

PENTRU O ABORDARE SOCIALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII. FACTORII STRUCTURALI AI DETERMINĂRII STĂRII DE SĂNĂTATE

IULIANA PRECUPETU
COSMINA-ELENA POP

Acest articol argumentează necesitatea introducerii și utilizării în domeniul sănătății a unui cadru de analiză și intervenție bazat pe factorii determinanți ai stării de sănătate. În primul rând, articolul trece în revistă principalele perspective teoretice asupra factorilor sociali determinanți ai stării de sănătate. În al doilea rând, descrie starea de sănătate în România, evidențiind principalii indicatori de rezultat și evoluția acestora în timp. În final, este prezentat cadrul de analiză și intervenție în domeniul sănătății adaptat după Organizația Mondială a Sănătății, accentuându-se factorii structurali ai determinării stării de sănătate. În România, starea de sănătate a populației este problematică și marcată de o serie de inegalități și, deși unele tendințe înregistrate în ultimele decade sunt pozitive, țara noastră continuă să se situeze într-o situație nefavorabilă în context european. Un cadru conceptual care consideră sănătatea, dincolo de factorii genetici și biologici, ca un proces social, oferă oportunitatea de a cartografia factorii determinanți ai stării de sănătate în România, de a identifica studiile/datele care pot contribui la conturarea unei imagini cât mai complete asupra stării de sănătate și determinanților ei, de a orienta elaborarea politicilor pornind de la rezultate de cercetare.

***Cuvinte-cheie:** starea de sănătate, factori structurali, Organizația Mondială a Sănătății, politici bazate pe cercetare.*

INTRODUCERE

Starea de sănătate a populației în România descrie un profil problematic, marcat de inegalități, care plasează țara noastră într-o situație nefavorabilă în context european. Este însă greu de apreciat cât de problematic este acest profil. Pe de o parte, unii indicatori arată o situație clar negativă a stării de sănătate, plasând România pe unul din primele locuri în Uniunea Europeană (mortalitatea datorată bolilor evitabile, mortalitatea infantilă). Pe de altă parte, se poate aprecia că, în timp, s-au înregistrat unele progrese importante (creșterea speranței de viață, scăderea incidenței

Adresele de contact ale autorilor: Iuliana Precupețu, Cosmina-Elena Pop, Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: iuliana@iccv.ro; cosminapop@gmail.com.

bolilor infecțioase). Demersul de înțelegere a stării de sănătate pornind de la indicatorii de rezultat existenți este unul extrem de limitat deoarece se concentrează pe output și orientează explicația către factori parțiali și medicali, pierzând astfel din vedere factorii structurali majori care determină starea de sănătate a populației. Abordarea predominantă actuală este medicală și tehnologică, în timp ce înțelegerea sănătății ca fenomen social care necesită intervenție intersectorială rămâne în România în plan secund. Totodată, indicatorii existenți din domeniul sănătății sunt în mică măsură integrați, rezultatul fiind acela că la momentul actual informația este fragmentată, nepermițând o imagine de ansamblu. În consecință, intervenția este și ea limitată și fragmentată, nefiind orientată de o explicație comprehensivă (pe cât posibil).

În România, în ultimii ani, strategiile în domeniul sănătății au fost introduse ca urmare a acordurilor cu UE și au preluat principiile și orientarea strategiilor europene. Deși aceste strategii europene sunt bazate pe cercetarea riguroasă a factorilor determinanți ai stării de sănătate în diferitele țări, în România există foarte puține studii dedicate atât înțelegerii factorilor sociali structurali și individuali ai stării de sănătate, cât și explicării modului în care sistemul de sănătate funcționează și influențează sănătatea populației. Politicile bazate pe rezultate de cercetare sunt încă puțin dezvoltate.

Acest articol argumentează necesitatea introducerii și utilizării în domeniul sănătății a unui cadru de analiză și intervenție bazat pe factorii determinanți ai stării de sănătate. O propunere a unui astfel de cadru nu reprezintă o noutate. Strategia UE 2020 în domeniul sănătății a fost precedată de o trecere în revistă riguroasă a determinantilor sociali ai sănătății (Marmot și alții, 2012; WHO, 2014) pe baza cadrului propus de către Organizația Mondială a Sănătății (WHO, 2010). Utilitatea acestui cadru constă în oportunitatea de a cartografia factorii determinanți ai stării de sănătate în România, de a identifica studiile/datele care pot contribui la conturarea unei imagini cât mai complete asupra stării de sănătate și determinantilor ei, de a orienta politicile bazate pe dovezi de cercetare. Un demers care pornește de la teorie și încearcă să explice indicatorii de output în funcție de perspectivele existente în știință poate contribui la identificarea mecanismelor prin care problemele de sănătate pot fi ținute.

Acest articol este structurat în câteva subcapitole. 1. În primul rând, vom argumenta, pe baza teoriei, rolul factorilor sociali în determinarea stării de sănătate; 2. În al doilea rând, vom descrie starea de sănătate în România, evidențiind principalii indicatori de rezultat și evoluția acestora în timp; 3. În final, vom prezenta în detaliu cadrul de analiză și intervenție în domeniul sănătății adaptat după WHO (2010, 2014) urmând argumentele acestuia și exemplificând cazul României acolo unde este posibil. Starea de sănătate este determinată social de o serie de factori și mecanisme care acționează la nivel individual, comunitar, societal și chiar global, pe parcursul întregului ciclu de viață al persoanei. Ne concentrăm aici numai pe factorii structurali majori ai sănătății, urmând ca într-un demers ulterior să tratăm în mod comprehensiv atât factorii structurali, cât și cei individuali care influențează starea de sănătate.

ROLUL FACTORILOR SOCIALI ÎN DETERMINAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

Cauzalitate socială în determinarea sănătății și a bolii

Condițiile sociale influențează sănătatea populației prin mecanisme multiple. Dincolo de factorii biologici, starea de sănătate este determinată de o multitudine de factori sociali de natură materială, psihosocială și comportamentală.

Starea de sănătate depinde, în primul rând, de factori de natură *materială* cum sunt venitul, condițiile de locuire, de muncă, de mediu etc. În timp ce condițiile materiale problematice constituie „cauze fundamentale” ale deteriorării stării de sănătate (Phelan și alții, 2010), acumularea avantajelor de natură materială este de natură să protejeze starea de sănătate atât în mod direct prin circumstanțele bune de viață și accesul la servicii de calitate, cât și indirect, prin resurse cum sunt cunoștințele, puterea și relațiile sociale.

La factorii de natură materială ai determinării sănătății, se adaugă o serie de factori *psihosociali* care includ elementele de stres pe parcursul vieții cum sunt evenimentele negative, condițiile stresante de viață sau lipsa suportului social și care declanșează boala sau contribuie la boli somatice. Studii devenite clasice au demonstrat influența negativă a stresului din mediul social asupra funcției neuroendocrine care determină creșterea vulnerabilității organismului în fața bolii (Cassel, 1976). Mai recent, alte studii (Geronimus și alții, 2015) au demonstrat relația între condițiile sociale și mecanismele biologice, arătând cum stresul cauzat de sărăcia extremă determină modificări la nivel celular, rezultând în procese de îmbătrânire prematură și mortalitate ridicată.

Pe lângă influența directă asupra sănătății, deprivarea materială, în măsura în care indică nesatisfacerea nevoilor de bază ale indivizilor, exercită și o influență mediată asupra acesteia, prin procesele de comparație socială (Blázquez și alții, 2014). Astfel, s-a demonstrat că starea de sănătate a populației este influențată de factorii psihosociali generați de inegalitatea de venit în diferitele societăți (Marmot, 2004; Wilkinson și Pickett 2006, 2009). Aceasta deoarece inegalitatea înaltă este corozivă la nivel social și generează pe baza proceselor de comparație socială sentimente de inutilitate, rușine, lipsă de putere, stres cronic, toate acestea afectând negativ starea de sănătate. Mai ales pentru cei de la baza distribuției veniturilor, stresul și sentimentele de excluziune socială pot reprezenta riscuri pentru sănătate. În general, precaritatea condițiilor de viață este asociată cu nesiguranță și stres legate de posibilitatea asigurării nevoilor de bază, de menținerea pe piața forței de muncă și de păstrarea relațiilor sociale.

Factorii *comportamentali* cum sunt fumatul, consumul de alcool, precum și tipul de dietă și activitate fizică au, de asemenea, o influență importantă în starea de sănătate. Aceste comportamente sunt distribuite în mod diferit în straturile sociale, iar pattern-ul lor variază în diversele societăți. În țările dezvoltate, fumatul este prevalent în grupurile cu statut socioeconomic scăzut, pe când în țările din sudul Europei este prevalent în grupurile cu un status înalt și printre femei (Hiscock și alții,

2012). Obezitatea și consumul excesiv de alcool au o prevalență înaltă în grupurile cu un status scăzut (Olson și alții, 2007; Van Oers și alții, 1998), iar exercițiul fizic este mai degrabă prevalent printre persoanele cu un status socioeconomic înalt (Eime și alții, 2015). Studiile sugerează că adoptarea comportamentelor de risc pentru sănătate poate fi rezultatul deprivării și stresului din mediul social (Mackenbach, 2002), fumatul, consumul excesiv de alcool, dieta bogată în carbohidrați, sedentarismul apărând ca răspuns la condițiile dificile de viață.

Determinare socială în ciclul vieții

Sănătatea adultului este un rezultat parțial al experiențelor individuale biologice și sociale în viața timpurie (inclusiv intrauterină), pe parcursul copilăriei și adolescenței. Circumstanțele negative prezente în copilărie (sau la un alt moment în ciclul vieții) pot contribui la o stare precară de sănătate pe durata vieții ulterioare. Această perspectivă permite înțelegerea „modului în care procesele temporale de-a lungul ciclului vieții unei cohorte sunt relaționate cu cohortele anterioare și viitoare și se manifestă în tendințe observabile în timp la nivelul populației” (WHO, 2010: 18).

O cale posibilă prin care condițiile negative pot influența starea de sănătate este expunerea individului în perioadele critice de creștere la factori de risc și care poate avea efecte persistente pe parcursul vieții asupra sănătății, „programând-o” biologic. O altă cale posibilă este acumularea riscurilor de-a lungul ciclului vieții (de exemplu expunerea la poluare, nutriție deficitară, stres etc.). Aceste riscuri vor influența traiectoriile sociale ale indivizilor prin limitarea accesului la educație, șanse reduse de participare pe piața forței de muncă și de participare la viața socială etc.

Studiile au arătat că boli cum sunt cele cardiovasculare sau cancerul de stomac sunt asociate cu statusul socioeconomic al părinților și, deci, cu condițiile din copilărie în mai mare măsură decât cu poziția socioeconomică la maturitate (Davey Smith și alții, 1998). Condițiile materiale precare în copilărie caracterizate prin aglomerare a locuirii, igienă deficitară conduc la creșterea riscului de infecții¹ astfel încât la maturitate starea de sănătate poartă amprenta circumstanțelor copilăriei. În mod asemănător, mortalitatea și morbiditatea datorate bolilor respiratorii ale adulților sunt asociate cu condițiile de locuire și infecțiile din perioada copilăriei. Alte boli și condiții medicale cum sunt diabetul, hipertensiunea, greutatea mică la naștere sunt determinate social prin condițiile experimentate în viața timpurie la care se adaugă factorii de risc de pe parcursul vieții adulte, determinând rate ale mortalității și morbidității modelate social (Davey Smith și Gordon, 2000). De exemplu, greutatea mică la naștere a copiilor este asociată cu nutriția mamei și interacționează cu obezitatea în viața adultă (prevalentă în mediile sărace), producând, astfel, riscuri crescute de boală (Black și alții, 2013).

¹ *Helicobacter pylori*, de exemplu, a fost demonstrat ca un factor de risc în cancerul de stomac (Conteduca și alții, 2013).

Mecanisme de selecție socială

Starea de sănătate poate avea un efect asupra poziției sociale, influențând mobilitatea socială, fie intergenerațional, fie intragenerațional. Oamenii cu o sănătate nefavorabilă pot ocupa o poziție socială mai joasă comparativ fie cu părinții (mobilitate intergenerațională), fie cu ei înșiși în trecut (mobilitate intragenerațională).

Problemele de sănătate apărute în copilărie influențează traseul educațional și, pe termen lung, cariera profesională și veniturile în viața adultă, influențând astfel negativ ascensiunea către poziții sociale mai înalte. Studiile au demonstrat că în special bolile cronice din copilărie sunt asociate cu o participare scăzută pe piața forței de muncă la vârste adulte (Haas și alții, 2011), în timp ce o sănătate nefavorabilă și stările emoționale negative la vârste tinere sunt predictorii ai șomajului chiar printre aceia ocupați cu contracte permanente de muncă (Wagenaar și alții, 2012). Persoanele cu o stare de sănătate problematică pot fi selectate într-un status socioeconomic mai scăzut sau pot rămâne în mediul socioeconomic în care s-au născut cu șanse reduse de mobilitate verticală din cauza oportunităților reduse de educație, ocupare și, în consecință, din cauza veniturilor diminuate și imposibilității unui standard de viață care îi poate proteja în fața diferitelor riscuri.

Selecția acționează și intragenerațional, pe parcursul vieții unui individ: apariția unei probleme importante de sănătate la vârsta adultă poate influența traseul social al acestuia. Traiectoriile sociale descendente sunt marcate de un complex de factori: starea proastă de sănătate, bunăstare scăzută la locul de muncă și abilități reduse, acestea conducând către ocupare temporară sau chiar șomaj (Wagenaar și alții, 2012). Acțiunea acestor mecanisme este mult diminuată în statele cu politici generoase care pot proteja individul în situații de risc. Astfel, Heggebø (2015) a demonstrat că selecția apare în Danemarca, dar nu și în Suedia și Norvegia, atunci când indivizii sunt nevoiți să părăsească piața forței de muncă². Acest model este explicat atât prin caracteristicile pieței forței de muncă în cele trei țări, dar și prin protecția mai slabă oferită de modelul danez bazat pe flexicurate.

Pentru categoriile cu un status socioeconomic scăzut care trăiesc în precaritate există rezultate de cercetare care sugerează existența selecției și în România. Astfel, pentru categoria care trăiește în bunăstare precară (deasupra pragului sărăciei, dar cu venituri scăzute și în deprivare materială) există tendința unei scăderi a statutului socioeconomic atunci când în gospodărie apare o problemă importantă de sănătate. Mecanismele principale sunt cele demonstrate în literatură: pierderea locului de muncă, venituri reduse și scăderea standardului de viață pentru întreaga gospodărie, cu o înrăutățire a calității vieții în general. Efectele apar la nivelul întregii gospodării, iar în ciclul vieții problemele de sănătate contribuie la acumularea dezavantajelor multiple pentru toți membrii gospodăriei (Precupețu și Pop, 2016).

² Cu excepția vârstelor tinere.

STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

În România, starea de sănătate a populației este problematică și, deși unele tendințe înregistrate în ultimele decade sunt pozitive, țara noastră continuă să se situeze într-o situație nefavorabilă în context european.

În general, bolile care afectează populația se află sub influența unor riscuri pentru sănătate ce variază în funcție de gradul de dezvoltare a societății (WHO, 2009). În societățile în curs de dezvoltare riscurile sunt, în general, relaționate cu sărăcia (nutriția deficitară, igienă și curățenie precare, relații sexuale neprotejate, calitate slabă a apei potabile, fum în locuințe din cauza utilizării combustibililor fosili) și determină o prevalență mare a bolilor infecțioase. În țările dezvoltate, riscurile tradiționale au fost înlocuite cu riscuri moderne: lipsa activității fizice, obezitatea, factori care țin de dietă, consumul de alcool și tutun. Această tranziție este vizibilă în societățile dezvoltate în prevalența mare a bolilor netransmisibile cum sunt cele cardiovasculare și neoplasmale.

La momentul actual, România se confruntă cu dubla provocare reprezentată de prezența atât a riscurilor tradiționale cât și a celor moderne. Pe de o parte, principalele cauze de deces sunt reprezentate de bolile cardiovasculare, cancere și boli digestive, ceea ce apropie țara noastră de profilul țărilor dezvoltate, însă fără a fi parcurs complet tranziția epidemiologică a acestora. Pe de altă parte, România se remarcă printr-o incidență înaltă a tuberculozei și o mortalitate ridicată datorată acesteia, o prevalență relativ înaltă a sifilisului, apariția periodică a unor focare de boli transmisibile cum sunt rujeola, rujeola, scarlatina, precum și o rată înaltă a mortalității datorate unor cauze situate în perioada perinatală, toate acestea reprezentând elemente ale unui tablou mai degrabă tradițional al bolilor.

Acest profil epidemiologic mixt dominat de dubla povară a riscurilor moderne și tradiționale constituie o provocare pentru strategiile în domeniul sănătății care trebuie să țină seama în mod comprehensiv o varietate de factori determinanți de origini diverse.

Este dificil de apreciat dacă starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit în ultimele decenii. Pe de o parte, au fost înregistrate o serie de tendințe pozitive: o creștere a speranței de viață, o scădere a ratelor de mortalitate, reducerea mortalității infantile și a celei materne. În același timp, există indicatori cu parcurs sinuos, de tipul incidenței tuberculozei care a crescut spectaculos după 1990 și apoi a scăzut până la niveluri apropiate de cele din 1990. Recent se înregistrează tendințe clar negative, cum sunt scăderea ratei de vaccinare și creșterea incidenței HIV. Aceste evoluții au fost însoțite în perioada postcomunistă de o adâncire a inegalităților în starea de sănătate între femei și bărbați, între urban și rural, între regiuni de dezvoltare și județe, dar și între grupuri sociale. România continuă să se confrunte la momentul actual cu o serie de probleme fundamentale legate de starea de sănătate a populației.

E probabil că, în general, dezvoltarea economică, introducerea tehnologiei moderne, conectarea la abordările medicinei din vest au contribuit la tendințele

pozitive înregistrate după 1990. Totuși, creșterea sărăciei, accentuarea diferențelor de dezvoltare teritorială, dezvoltarea inegală a serviciilor de sănătate la nivel teritorial și diferențierea accesului la servicii între rural și urban, adâncirea inegalităților de acces la educație, creșterea consumului de droguri constituie fenomene care contribuie la un tablou eterogen al stării de sănătate.

În cele ce urmează, vom descrie starea de sănătate în context european.

Speranța de viață la naștere, indicator relevant pentru starea de sănătate a populației și pentru nivelul de dezvoltare a țării, era în anul 2015 de 75 de ani, România fiind a patra țară din UE cu cel mai scăzut nivel și situându-se la mare distanță de țări cum sunt Spania (83 ani) și Italia (82,7 ani) și de media europeană de 80,6 ani (Eurostat, 2017).

Speranța de viață a crescut față de 1990 cu aproximativ 5 ani, iar tendința a fost aceea de accentuare a inegalităților între femei și bărbați, între mediul urban și rural, între județe și între regiunile de dezvoltare ale țării. Astfel în 2015, speranța de viață pentru femei era în medie cu 7 ani mai mare decât cea pentru bărbați, cu 2,8 ani mai mare în mediul urban față de rural, în timp ce diferențele pe regiuni atingeau 2,6 ani, iar inegalitățile între județe ajungeau până la 4,5 ani.

Rata mortalității este a doua cea mai mare din UE, fiind cu 50% mai ridicată față de media UE28 (Eurostat, 2017). Principalele cauze de deces sunt reprezentate de bolile cardiovasculare, neoplazmele maligne și bolile digestive. Între statele UE28, România se situa în 2014 pe primul loc în ceea ce privește mortalitatea pe cauze specifice de deces pentru boli cum sunt: infarctul miocardic, tuberculoza, cancerul de col uterin, bolile cronice de ficat, accidentele de transport, precum și pentru anumite condiții situate în perioada perinatală (Eurostat, 2016). În timp, după 1990, rata mortalității a cunoscut o creștere până în anul 1996, după care a avut o tendință de scădere, cu fluctuații, menținându-se pe tot parcursul perioadei la niveluri mai înalte decât în 1990.

La nivel național, inegalitățile menționate anterior la speranța de viață la naștere se regăsesc și în cazul mortalității generale, în anul 2015 mortalitatea în cazul bărbaților fiind mai mare decât în cazul femeilor: 12,5‰ față de 11‰, iar în mediul rural rata mortalității (14,3‰) fiind mai mare față de urban (9,8‰) (Tempo, INS, 2016). În același an, județele în care s-a înregistrat cel mai ridicat nivel al ratei mortalității au fost Teleorman (16,9‰), Giurgiu (15‰), Dolj (14,2‰), Călărași (14‰) și Olt (14‰). Cel mai scăzut nivel al acestui indicator în anul 2015, a fost înregistrat în județele Iași, Brașov, Ilfov (9,9‰) și Sibiu (10‰).

Mortalitatea infantilă, indicator care reflectă atât efectul economic și al condițiilor sociale asupra sănătății mamei și a nou-născuților, cât și eficacitatea sistemelor de sănătate, înregistra în 2015 o valoare de 7,6‰, reprezentând cea mai înaltă valoare din UE28, aflată la mare distanță față de media UE28 (3,6‰) (Eurostat, 2017). Cele mai frecvente cauze de deces ale copiilor sub vârsta de un an sunt condițiile perinatale (34%), bolile respiratorii (29%) și patologii congenitale (cca. 25%), după cum au fost evidențiate în *Strategia Națională pentru Sănătate 2014–2020*. Rata mortalității infantile a scăzut constant față de începutul anilor

1990 (27%). În mod asemănător, mortalitatea maternă plasează România pe primul loc între statele membre UE28, cu cea mai ridicată valoare, însă, în timp, această rată a înregistrat o scădere de la 127 de decese la 100 de mii de născuți vii în 1990 la 31 în 2015 (WHO, 2016). Tendințele pozitive înregistrate de mortalitatea infantilă și maternă sunt atribuite creșterii economice și programelor naționale de sănătate (Vlădescu, 2016).

În ceea ce privește rata mortalității infantile în România, datele evidențiază inegalități ridicate între cele două medii de rezidență (rural-urban), precum și între regiunile de dezvoltare și județe. În anul 2015, rata mortalității infantile era în mediul urban de 6,3‰, în mediul rural de 10‰, iar în cazul județelor, înregistra valori de aproape trei ori mai mari în Tulcea (15,2‰) față de București (4,9‰), în timp ce la nivel regional avea un nivel semnificativ mai ridicat în regiunea Sud-Vest Oltenia (9‰), comparativ cu București-Ilfov (5,2‰) (Tempo, INS, 2016).

Mortalitatea evitabilă include atât decesele care puteau fi amânate, cât și decesele care puteau fi prevenite și reflectă atât calitatea și performanța sistemului de sănătate cât și, într-un sens larg, politicile de sănătate. O îmbunătățire a politicilor destinate sănătății ar trebui să conducă la o scădere a mortalității evitabile. România era, în anul 2014, a doua țară din UE28, după Letonia, cu cele mai multe decese care ar fi putut fi amânate (319,2 de decese la 100 de mii de locuitori), având o rată de aproape două ori mai mare decât media europeană, evidențiind astfel nivelul scăzut al calității îngrijirii medicale. Și în ceea ce privește decesele care ar fi putut fi prevenite, România ocupa locul patru între statele membre cu valori ridicate ale acestei rate cu un număr de 363 de decese la 100 de mii de locuitori (Eurostat, 2017).

Morbiditatea, gradul de îmbolnăvire a populației, este surprinsă atât prin indicatori care se referă la incidență (cazuri noi de îmbolnăvire pe tipuri de afecțiuni), cât și prin cei care se referă la prevalență (cazurile existente pentru o afecțiune la un moment dat). Din păcate, datele privind prevalența diferitelor afecțiuni sunt slab disponibile din punct de vedere statistic, atât la nivel național, cât și la nivel internațional.

Dintre toate afecțiunile prezente în populație, bolile cronice au un impact major în ceea ce privește starea de sănătate a populației, dar și asupra bugetului pentru îngrijirea sănătății, în această categorie numărându-se: bolile cardiovasculare, cardiopatia ischemică, diabetul zaharat, bolile reumatice, bolile mentale și afecțiunile psihice, insuficiența renală, litiaza renală, ciroza, tumorile.

În perioada 1992–2015, incidența îmbolnăvirilor a fluctuat între 1,4 milioane și 1,6 milioane de cazuri noi în fiecare an. În ceea ce privește incidența bolilor infecțioase și parazitare, aceasta a crescut în perioada 1992–2004, apoi a cunoscut o scădere constantă până în 2015 (Tempo, INS, 2016). Incidența tumorilor s-a dublat în aceeași perioadă, iar numărul cazurilor de îmbolnăviri cu boli endocrine, de nutriție și diabet a crescut de peste cinci ori (în 1992, se înregistrau sub 100 de mii de cazuri noi, iar în 2015 peste 500 de mii de cazuri noi de îmbolnăviri). Incidența îmbolnăvirilor aparatului circulator a crescut constant în perioada 1992–2015,

în anul 2015 înregistrându-se peste 900 de mii de cazuri noi de îmbolnăvire, de aproximativ două ori mai mult decât în anul 1992. O creștere constantă s-a înregistrat și în afecțiunile cu origine în perioada perinatală, precum și în cazul malformațiilor congenitale, deformații și anomalii cromozomiale. Îmbunătățiri în ceea ce privește morbiditatea pentru anumite boli, au fost evidențiate pentru bolile sistemului respirator (o creștere rapidă la începutul anilor 1990, apoi o scădere constantă din 2004), pentru bolile sistemului digestiv (o scădere semnificativă în perioada 1992–2015), pentru bolile legate de sarcină, naștere și lăuzie (o scădere semnificativă) și pentru bolile legate de leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe (Tempo, INS, 2016).

În general, pentru bolile infecțioase se poate aprecia că s-au înregistrat tendințe pozitive față de începutul anilor 1990. Incidența hepatitei virale a scăzut constant în perioada 1990–2015 (de la aproximativ 75 de mii de cazuri noi în 1990 la 5637 de cazuri în 2015) (Tempo, INS, 2016). În context european, România ocupă o poziție favorabilă, în anul 2014, România avea rata incidenței hepatitei de tip B de 1,3 (la 100 de mii de locuitori), sub media europeană (UE27) care a fost 4,3. Totuși, datele ar trebui privite cu anumite rezerve, în sensul că țara noastră nu are un sistem de prevenție și identificare (de screening) pentru îmbolnăvirea cu hepatita B sau C. Ratele de prevalență pentru hepatita B și C în cazul populației adulte din România sunt ridicate (ECDC, 2016). Și în ceea ce privește incidența HIV/SIDA în România a fost de 4 (la 100 de persoane), fiind sub media UE28 (5,9) în anul 2014, însă tendința în ultima perioadă este de ușoară creștere (OECD, 2016).

România continuă să se situeze pe primul loc în UE28 în ceea ce privește incidența tuberculozei și mortalitatea datorată acesteia. Dacă în perioada 1990–2002 incidența tuberculozei a cunoscut o creștere constantă, în perioada 2003–2015, scăderea a fost semnificativă.

Incidența a numeroase boli infecțioase și parazitare (dizenterie, tuse convulsivă, trichineloză, salmoneloză, leptospiroză) a scăzut constant după 1990. În cazul bolilor rubeolă, rujeolă, scarlatină, incidența lor fluctuează destul de mult în perioada 1990–2015, cu îmbunătățiri semnificative, dar și cu apariția periodică a unor focare.

Bolile cu transmitere sexuală (chlamidia, gonoreea), aveau o rată a incidenței în anul 2014 sub valoarea 1 (la 100 de mii de locuitori), situând țara noastră între statele cu o incidență mică a acestor boli. Totuși, în ceea ce privește incidența sifilisului, rata a fost pentru România de 6,4 (la 100 de mii de locuitori), rate asemănătoare fiind înregistrate în Bulgaria (6,3), Danemarca (6,4), Slovacia (6,6), Letonia (6,7), Germania (7,1) (OECD, 2016).

Sarcina la adolescente plasează România pe locul 2 în UE, după Bulgaria cu 38,9 de sarcini la 1000 de adolescente între 15 și 19 ani, la mare distanță de țări cum sunt Danemarca (2,4‰) sau Slovenia (4,6‰), aceasta reprezentând o problemă importantă de educație în domeniul sănătății.

Speranța de viață sănătoasă reflectă vitalitatea și calitatea vieții populației. În România, speranța de viață sănătoasă la naștere a fost în anul 2015 de 59,2 de ani, pentru femei fiind 59,4 ani, iar pentru bărbați 59 ani. Între statele europene, România

se situează aproape de media UE28 (63,3 ani pentru femei, 62,6 ani pentru bărbați). Oamenii trăiesc cel mai puțin într-o stare bună de sănătate în Letonia (54,1 ani pentru femei și 51,8 ani pentru bărbați) și Estonia (56,2 ani pentru femei și 53,8 ani pentru bărbați). Cea mai ridicată speranță de viață sănătoasă în anul 2015 a fost înregistrată în Malta (74,6 ani pentru femei, 72,6 ani pentru bărbați) și în Suedia (73,8 ani pentru femei și 74 ani pentru bărbați) (Eurostat, 2017).

CADRU DE ANALIZĂ ȘI INTERVENȚIE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI. FACTORII STRUCTURALI AI DETERMINĂRII SĂNĂTĂȚII

În România nu există o cunoaștere adecvată a factorilor determinanți ai sănătății și a problemelor sistemului medical care să fie bazată pe studii riguroase. În știință, la nivel internațional, încă de la sfârșitul anilor '90 abordarea determinantilor sociali ai sănătății a devenit centrală în dezbaterile asupra sănătății și bolii și asupra direcțiilor posibile în politicile de sănătate. Abordarea a fost preluată de către WHO, care a inițiat o serie de rapoarte conținând recomandări de politici care pornesc de la cauzalitatea socială a sănătății, cu accent pe distribuția sănătății și bolii în populație. Aceasta deoarece, deși cauzele biologice sunt cele care determină bolile, cauzele sociale sunt cele care explică distribuția bolii în populație, ajutându-ne să înțelegem de ce riscul de boală sau dizabilitate este mai ridicat pentru anumite grupuri sociale în comparație cu altele și de ce impactul bolii și dizabilității este mai important în viața celor vulnerabili decât în cea a persoanelor care dispun de resurse (Krumeich și Meershoek, 2014).

În literatură există mai multe modele teoretice bazate pe determinanții sociali ai sănătății (Barton și Grant, 2006; Huynen și alții, 2005; Labonté and Torgerson, 2005), însă cadrul propus de către WHO (2010, 2014) are meritul de a fi construit atât pentru analiză, cât și pentru a identifica zonele de intervenție pentru politici.

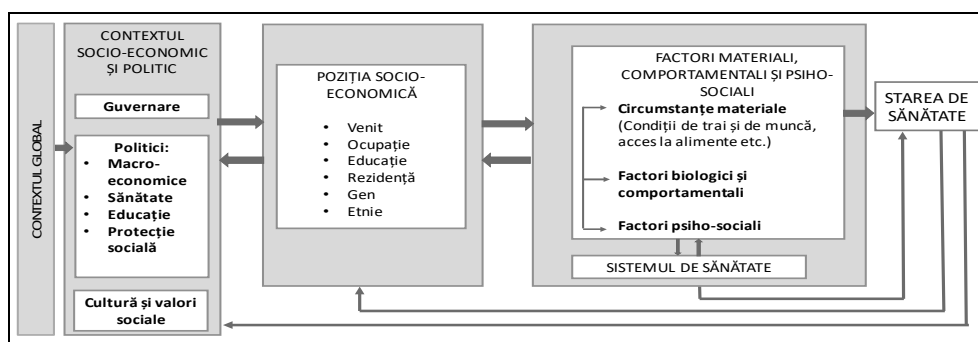
În această lucrare prezentăm și explicităm o formă adaptată a cadrului propus de WHO, încercând să discutăm problemele legate de situația stării de sănătate a populației în România și să tratăm rolul factorilor structurali în determinarea sănătății. Aceasta deoarece elaborarea politicilor care să conducă la îmbunătățirea stării de sănătate a populației nu se poate baza pe o abordare *one-size-fits-all*, ci ar trebui să țină seama de mecanismele concrete de determinare a sănătății și bolii în situații specifice, de contextele sociopolitice particulare, și să ia în considerare resursele disponibile, parteneriatele care sunt posibile, disponibilitatea pentru implementarea politicilor (WHO, 2010).

Cadrul propus de către Organizația Mondială a Sănătății utilizează două tipuri de factori determinanți ai sănătății: structurali (elementele de context și poziția socioeconomică) și intermediari (condițiile materiale, circumstanțele psihosociale, factorii comportamentali și biologici, la care se adaugă sistemul de sănătate). Termenii de *structural* și *intermediar* se referă la ordinea în care acești factori își exercită influența asupra sănătății. În acest articol utilizăm termenii de structural și individual,

având ca referință nivelul la care se produce cauzalitatea (*Figura 1*). Astfel, factorii structurali sunt cei care țin de context, la care se adaugă sistemul de sănătate, aceștia fiind exteriori individului. Factorii individuali includ condițiile materiale, circumstanțele psihosociale, factorii comportamentali și biologici, precum și poziția socioeconomică, toate acestea definind persoana și fiind măsurate la nivel individual. În cele ce urmează, ne concentrăm asupra factorilor structurali ai sănătății: contextul global, contextul socioeconomic și politic și sistemul medical.

Figura 1

Determinanți structurali și individuali ai sănătății și inegalităților în starea de sănătate



Sursa: adaptare a modelului Organizației Mondiale a Sănătății (WHO, 2010, 2014).

Contextul global

La nivel global există o serie de mecanisme care pot influența starea de sănătate: acordurile internaționale de comerț în care România este partener, organizarea marilor firme farmaceutice, companiile multinaționale, disponibilitatea pe piața globală a tehnologiei medicale și a medicamentelor și chiar fenomene globale de genul schimbărilor climatice. Criza economică recentă, de exemplu, a produs rezultate negative vizibile în starea de sănătate în diferite țări europene afectate (WHO, 2014).

În cazul României, elemente cum sunt factorii economici și sociali globali, cadrele legislative internaționale, instituțiile globale în domeniul sănătății pot fi influențate, probabil, într-o foarte mică măsură de la nivel național. Este, însă, posibilă o mai bună coordonare și o mai bună relaționare cu strategiile și politicile europene de sănătate și cele din alte domenii, relații îmbunătățite cu instituțiile internaționale, o creștere a capacității de negociere cu companiile farmaceutice, o mai bună planificare a achizițiilor de medicamente și tehnologie medicală. Din acest punct de vedere, este nevoie de o creștere a capacității manageriale la nivelul instituțiilor centrale în domeniul sănătății. Ultimii ani au fost marcați de probleme (inclusiv de organizare) în asigurarea bunurilor medicale (medicamente, vaccinuri, tehnologie adecvată) care sunt achiziționate pe piața globală. Acțiunile la nivel național în relație cu contextul global afectează astfel direct și indirect starea de sănătate a populației din România.

Contextul socioeconomic și politic

Contextele macro, prin instituțiile și procesele economice, sociale și politice care definesc tipul de societate structurează condițiile majore care definesc viața la nivel individual și, implicit, sănătatea oamenilor. Aceste condiții macro sunt reprezentate de tipul (procesul) de guvernare, piața forței de muncă, sistemul de educație, instituțiile politice, valorile și normele sociale și toate contribuie la stratificarea socială specifică unei societăți. Ele generează „ierarhiile de putere, prestigiu și acces la resurse” (WHO, 2010: 5) vizibile la nivel individual în statusul socioeconomic (prin intermediul educației, venitului, ocupației etc.). Astfel, condițiile macro și sistemul specific de stratificare socială creează mecanismele structurale care influențează starea de sănătate și distribuția acesteia în populație.

Guvernarea în general și guvernarea pentru sănătate în particular

„Guvernele sunt responsabile de crearea condițiilor care permit indivizilor să atingă cea mai bună stare de sănătate pe care o pot avea” (WHO, 2014: 8). Sistemul de guvernare cuprinde reguli, mecanisme de implementare, organizații și se referă la modul în care sunt dezvoltate politicile, în care sunt distribuite resursele, precum și la mecanismele de responsabilizare a guvernelor, iar dimensiunile guvernării includ participarea și răspunderea, stabilitatea politică și absența violenței/terorismului, eficacitatea guvernării, calitatea reglementărilor, statul de drept și controlul corupției (Kaufmann și alții, 2010). Deși scopul nostru aici nu este o discuție în detaliu a acestor dimensiuni în România, este important să subliniem faptul că acești factori de context sunt esențiali atât pentru modul de organizare a sistemului de sănătate, cât și pentru starea de sănătate a populației. De exemplu, corupția din sănătate este o manifestare la nivelul sistemului a modului în care guvernarea se realizează în România.

Sistemul de guvernare la diferite niveluri (național, regional și local) și în toate sectoarele (public, privat, ONG) este cel care poate adopta o abordare orientată către sănătate bazată pe determinanții sociali ai acesteia, care să își propună îmbunătățirea stării de sănătate a populației și reducerea inegalităților existente în starea de sănătate. *Guvernarea pentru sănătate și bunăstare* recomandată de către WHO se referă la politici, finanțare, decizii orientate către îmbunătățirea stării de sănătate la toate nivelele guvernării și societății, într-o abordare generală orientată de considerarea sănătății ca un „drept al oamenilor, un bun public, o componentă a bunăstării și o problemă de justiție socială” (WHO, 2014: 124).

În mod obișnuit, buna guvernare și guvernarea pentru sănătate sunt extinse și către mediul privat și ONG, dincolo de ceea ce poate face guvernul la toate nivelurile. În România însă, dezvoltarea insuficientă și dezechilibrată a societății civile, participarea politică și socială limitată a oamenilor, creșterea sectorului medical privat la care numai o mică parte din populație are acces, toate acestea contribuie la plasarea unui rol extrem de important la nivel guvernamental în abordarea sănătății și inegalităților în sănătate.

Multe responsabilități ale guvernării cu implicații pentru sănătate (calitatea mediului, locuire, apă și curățenie, siguranța vecinătății) au fost descentralizate la nivel local, în timp ce sănătatea rămâne în cea mai mare parte organizată central, ceea ce face necesară, în concepția Organizației Mondiale a Sănătății, integrarea sănătății în politicile de la nivel regional și local.

Direcțiile de acțiune specifice propuse de către WHO (2014) cu relevanță în domeniul guvernării la nivel național se referă la elementele care pot asigura succesul strategiilor de intervenție în sănătate: dezvoltarea parteneriatelor la toate nivelurile guvernamentale care să faciliteze modelele de lucru bazate pe cooperare, să facă posibilă stabilirea priorităților de comun acord între sectoare, să includă mecanisme de responsabilizare în sensul asigurării echității în sănătate. De asemenea, este necesar să se asigure coerența acțiunilor intersectorial și printre actorii implicați pentru a obține rezultate semnificative în îmbunătățirea stării de sănătate și țintirea inegalităților. În acest sens sunt importante investiția pe termen lung și sustenabilitatea acțiunilor. Este important ca diferitele nevoi, perspective și drepturi ale grupurilor vulnerabile să fie incluse în procesele de luare a deciziei prin mecanisme de participare și consultare.

În general, în România, reformele din sănătate de până acum nu s-au asigurat de sprijinul tuturor actorilor implicați și, de cele mai multe ori, nu au inclus grupurile vulnerabile. Asumarea politică a reformelor pe durata unui mandat, fără sprijinul celor implicați, a condus până acum la eșecul sau îndeplinirea parțială a acestora. Strategia 2020 în domeniul sănătății nu a fost implementată, în ciuda faptului că a fost riguros elaborată și a fost conectată cu strategiile europene.

Politicile: macroeconomice în sănătate, educație, de protecție socială

Politicile macroeconomice și structurile pieței pe care acestea se bazează, politicile în domeniul ocupării, locuirii, educației, sănătății (inclusiv apă și curățenie), sistemul de protecție socială produc efecte importante în starea de sănătate a populației.

Politicile publice sunt rezultatul sistemului politic, al modului în care puterea și ideologia se împletesc pentru a determina în cele din urmă starea de sănătate a oamenilor (Bambra și alții, 2005). Organizarea sistemului de sănătate și accesul la bunuri și servicii medicale, politicile de ocupare (prietenos pentru familie sau nu, bazate predominant pe măsuri active sau pasive), sistemul de educație și șansele de acces la educație, sistemul de protecție socială și măsura în care oferă plase de siguranță adecvate categoriilor vulnerabile, toate sunt rezultatul unor decizii de politici publice ce au efecte asupra sănătății oamenilor.

Aceste aspecte care țin de context determină în mare măsură sistemul de stratificare în societate, distribuția resurselor materiale, a puterii și prestigiului și, în ultimă instanță, distribuția sănătății și a bolii. Rezultatele de cercetare au arătat că variabile care țin de sistemul politic și de tipul de stat al bunăstării influențează starea de sănătate a populației. Astfel, în țările cu state ale bunăstării social-democrate cu sisteme publice de sănătate bine dezvoltate și politici sociale generoase, starea

de sănătate este semnificativ mai bună (indicatori cum sunt mortalitatea infantilă și greutatea mică la naștere înregistrând valori scăzute), comparativ cu alte tipuri de state ale bunăstării (Chung și Muntaner, 2006).

Evident, politicile de sănătate sunt o variabilă esențială de context, cu impact asupra stării de sănătate. În România este necesară o politică de sănătate gândită pe termen lung, cu accent pe echitate, care să încorporeze mecanisme de monitorizare și evaluare, care să prioritizeze direcțiile de dezvoltare și investițiile în resurse, o politică deschisă către participarea și feedback-ul tuturor actorilor importanți, inclusiv al pacienților.

Reformele succesive ale politicilor începând din anii '90 nu și-au atins obiectivele și încă este nevoie de strategii și regularizare comprehensivă în multe aspecte ale îngrijirii sănătății, în timp ce stabilitatea financiară constituie încă o problemă majoră (Vlădescu și alții, 2016). Mai mult decât atât, sănătatea a fost subfinanțată pe tot parcursul tranziției, iar această tendință continuă în prezent, în ciuda nevoilor de creștere a cheltuielilor la nivelul mediu al UE.

Cheltuielile cu sănătatea și starea de sănătate a populației sunt relaționate, iar rezultatele diverselor studii arată că o creștere a sumelor alocate pentru sănătate este semnificativ asociată cu o îmbunătățire a stării de sănătate vizibilă în nivelurile reduse ale mortalității infantile și într-o speranță de viață crescută (Nixon și Ullmann, 2006; Crémieux și alții 1999).

În contextul politicilor, o stare de sănătate bună a populației poate fi atinsă prin educație, locuire, ocupare, politici de redistribuire, asistență socială, iar circumstanțele sociale ale categoriilor defavorizate ar trebui ținute în vedere. Politicile de sănătate ar trebui corelate cu cele din alte domenii, educația și ocuparea fiind esențiale. Dată fiind determinarea multiplă a stării de sănătate, aceasta ar trebui abordată în mod comprehensiv.

De exemplu, este binecunoscut faptul că sărăcia și mortalitatea copilului sunt puternic relaționate (Singh și Kogan, 2007). O copilărie petrecută în sărăcie presupune de multe ori o dietă deficitară, probleme de dezvoltare fizică, psihică și emoțională, cognitivă și de limbaj, toate acestea reprezentând provocări pentru starea de sănătate pe durata întregii vieți. România are cea mai înaltă rată a sărăciei copilului din UE, iar o îmbunătățire a stării de sănătate a populației nu poate fi realizată fără măsuri care să țintească această problemă. Astfel un sistem universal și de bună calitate de educație și îngrijire a copilului pentru primii ani de viață este considerat un element esențial care poate atenua atât inegalitățile în educație și cât și efectele sărăciei (WHO, 2014). Asigurarea accesului la un astfel de sistem pentru toate categoriile și acordând atenție specială grupurilor vulnerabile, ar trebui să constituie o prioritate în condițiile existenței în România a unor inegalități importante în accesul la educație (Zamfir și alții, 2016). Politicile de sănătate, educație și redistribuire ar trebui gândite intersectorial, ținând cont de particularitățile contextului social de azi al României. Extinderea rolului educațional al școlilor către responsabilități sociale s-a făcut deja prin programele de „școală după școală”, prin programul „cornul și laptele”, iar la momentul actual, programele care își propun o masă caldă în școli pot contribui

atât la menținerea în școală a copiilor din medii defavorizate, cât și la asigurarea unei nutriții adecvate copiilor în general. O concentrare pe servicii cu acces universal ar trebui să reprezinte alternativa la inițiativele actuale, parțiale și de termen scurt.

Politicile de ocupare ar trebui, de asemenea, să încorporeze principii care să protejeze sănătatea oamenilor și să fie concepute în relație cu cele de sănătate, educaționale și de protecție socială, având în vedere o perspectivă a cursului vieții. Recomandările WHO (2014) includ politici de ocupare prietenoase pentru familie, cu contracte sigure ce permit ore flexibile, combinate cu servicii accesibile pentru copii ce pot contribui la echilibrul muncă – viață de familie și asigurarea unui început bun pentru copii și adolescenți. Asigurarea unei educații echitabile și sprijinul acordat tinerilor pentru dezvoltarea abilităților de muncă și viață și apoi la integrarea pe piața forței de muncă completează elementele cheie din perspectiva ciclului vieții.

La nivelul specific al politicilor de ocupare, dată fiind vulnerabilitatea rezultată din condițiile de muncă în România este esențială o concentrare pe îmbunătățirea condițiilor de muncă prin reducerea riscurilor la care sunt expuși angajații. Aceasta deoarece, în țara noastră, existența unei economii informale importante care nu protejează formal lucrătorii față de riscurile pentru sănătate, condițiile de muncă de o calitate mai slabă comparativ cu alte țări din UE (Eurofound, 2017) se constituie în circumstanțe negative pentru starea de sănătate.

În sfârșit, politicile de protecție socială ar trebui să țină cont de nevoia de a îmbunătăți starea de sănătate și de a micșora gradientul social în sănătate. În societățile în care inegalitatea de venit este ridicată, așa cum este și cazul României, starea de sănătate a populației este mai nefavorabilă (Wilkinson și Pickett, 2006). Inegalitățile sociale mari afectează coeziunea socială și determină slăbirea relațiilor sociale care, la rândul lor, influențează negativ starea de sănătate. O creștere a cheltuielilor sociale cu accent pe îmbunătățirea situației populației vulnerabile este absolut necesară în România, dat fiind faptul că potențialul de îmbunătățire a sănătății populației acționând asupra inegalității de venit este mai mare în societățile mai puțin dezvoltate economic (Pop și alții, 2012).

Atenția specială acordată grupurilor vulnerabile este justificată de situația lor de sănătate nefavorabilă comparativ cu cea a altor grupuri și de faptul că au mai puține mijloace de a-și face cunoscute problemele. În plus, România se află în situația în care, pe parcursul tranziției și în special în ultima decadă, a crescut oferta de servicii medicale private, iar domeniul analizelor medicale (componenta de bază a diagnosticării) a fost în cea mai mare parte subcontractat serviciilor private. Acolo unde capacitatea și mecanismele de guvernare, reglementarea și implementarea sunt slabe, „furnizorii de servicii nu sunt ghidați de nevoi, ci de cei care pot plăti” (WHO, 2014: 127). Ca urmare, costurile pentru asistența medicală primară cresc, iar accesul la servicii este ghidat de criterii de profit (Braveman și Tarimo, 2002). La nivel individual, efectele sunt vizibile în faptul că persoanele cu resurse limitate

sunt afectate de costurile medicale în mai mare măsură decât cele care dispun de resurse și sunt nevoite să amâne diagnosticarea și tratamentul cu consecințe pe termen lung pentru starea lor de sănătate. La nivel societal, consecințele se văd în creșterea costurilor prin faptul că sistemul de sănătate este nevoit să aloce resurse mai mari pentru tratarea cazurilor grave, dar și în afectarea capitalului uman cu potențial în dezvoltare. Insuficiența atenție acordată grupurilor vulnerabile în înțelegerea și explicarea factorilor sociali contextuali care le determină starea precară de sănătate, dar și în designul politicilor poate conduce la intervenții care nu au impactul scontat.

Abordarea intersectorială este esențială în ținerea problemelor de sănătate. De exemplu, sarcina la adolescente nu poate fi rezolvată prin oferirea de mijloace contraceptive, ci trebuie tratată dintr-o perspectivă socială mai largă. Ținerea acestei probleme implică o cunoaștere exactă a fenomenului și apoi eforturi de prevenire la nivelul întregii populații și o concentrare pe populația aflată în risc. Educația sexuală este numai o fațetă a fenomenului, ea trebuie integrată într-o abordare mai largă, a educației pentru sănătate, care presupune colaborarea între specialiștii în educație, în sănătate, a societății civile și crearea unui consens în ceea ce privește conținutul. Acesta ar trebui să urmărească o corelare cu comportamentele sănătoase în general (igienă, nutriție, activitate fizică, fumat, alcool) și prioritizarea sănătății în strategiile de viață ale copiilor și adolescenților. Un astfel de demers ar trebui riguros planificat și ar trebui să includă formarea de specialiști, programe speciale în școli, integrarea unor metode moderne. Ignorarea problemei sau tratarea ei parțială conduce la consecințe pentru sănătatea în ciclul vieții pentru populația afectată.

Cultură și valori sociale

Considerarea sănătății ca o valoare importantă la nivel societal și individual este o componentă esențială a culturii fiecărei societăți, a sistemului de valori al acesteia.

Valoarea socială atribuită sănătății într-o societate este vizibilă în politicile de sănătate, în modul în care acestea sunt elaborate și implementate, în cheltuielile publice cu sănătatea, în modul în care este asigurat accesul la sănătate, în felul în care sunt tratate categoriile defavorizate. În societățile în care prevalează valorile colectiviste, responsabilitatea este plasată în mare măsură la nivelul statului în finanțarea și organizarea serviciilor, pe când în societățile mai degrabă individualiste, sănătatea și boala sunt considerate chestiuni private (Solar și alții, 2005). La nivel individual, valoarea acordată sănătății este observabilă în comportamentele sănătoase: înclinația de a face sport, opțiunea pentru o dietă sănătoasă, consum redus de alcool etc.

De remarcat este faptul că valorile sociale influențează, la rândul lor, deciziile în politicile publice, astfel încât deciziile de alocare a resurselor reflectă valorile dominante în societate (Littlejohns și alții, 2012).

Pe parcursul tranziției, în România, sănătatea (alături de educație) a fost, mai degrabă, tratată marginal. Departe de a fi considerată o prioritate pe agenda publică,

sănătatea a fost în mod constant subfinanțată, în timp ce sistemul a fost reformat fără o viziune bine definită și neglijat în aspectele sale la nivel regional și comunitar. Reformarea sistemului și creșterea sistemului privat au lăsat, în mod firesc, loc valorilor individualiste, iar responsabilitatea sănătății a căzut în mai mare măsură în sarcina individului comparativ cu perioada comunistă. Pentru categoriile vulnerabile însă, care trăiesc în sărăcie și deprivare materială, cu educație scăzută, fără ocupare, sănătatea nu poate fi lăsată în responsabilitatea individuală, date fiind constrângerile acestor categorii. O stare de sănătate bună a întregii populații și diminuarea inegalităților existente în sănătate pot rezulta, mai degrabă, prin „politici sociale egalitare, inclusiv servicii medicale publice” (Chung și Muntaner, 2006).

Prioritizarea sănătății în strategiile de dezvoltare și adoptarea ideii de sănătate pentru întreaga societate este însă, posibilă și poate constitui un vector care poate atrage alte domenii în dezvoltare: educație, ocupare, locuire. Strategia națională pentru sănătate 2020 având subtitlul *Sănătate pentru prosperitate* încorporează în principiu ideea de sănătate ca o componentă importantă a bunăstării, însă asumarea sănătății ca un obiectiv central al dezvoltării trebuie să se facă la toate nivelurile guvernării. Sănătatea poate fi un principiu structurant al acțiunii sociale. De exemplu, dacă deciziile de dezvoltare economică încorporează această idee, atunci investițiile care au potențialul de a afecta sănătatea oamenilor (producând poluare, oferind condiții de muncă de calitate slabă, de exemplu) ar fi chestionate, îmbunătățite sau chiar anulate.

Sistemul medical și accesul la servicii medicale

Sistemul de sănătate este un factor determinant al sănătății prin problemele relaționate cu accesul populației la servicii și bunuri medicale, dar și prin acțiunile intersectoriale.

Scopul nostru aici nu este o analiză a sistemului de sănătate. Considerăm că sistemul de sănătate din România are nevoie de o analiză organizațională care să reprezinte baza unei reforme substanțiale asumată la nivelul întregii societăți și cu implicarea tuturor actorilor politici și a celor din domeniul sănătății. În lipsa unui studiu riguros, analiza indicatorilor dispași conduce la decizii fragmentate, contradictorii, neasumate, neimplementate, așa cum s-a întâmplat pe parcursul tranziției. Reforma și stabilitatea sistemului pe termen lung în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației, realizate cât mai curând, ar trebui să reprezinte o prioritate pentru România.

Accesul la serviciile medicale este problematic și marcat de inegalități pe medii de rezidență, la nivel teritorial și între diferite grupuri sociale. Acoperirea populației prin sistemul asigurărilor de sănătate, măsurată prin ponderea asiguraților/persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie, a fost în anul 2016 de 77,7%, cu 85,8% în urban și 65,6% în rural (CNAS, 2017). Există categorii de populație care au un risc crescut de a rămâne în afara acoperirii în sistemul asigurărilor de sănătate: persoanele care lucrează fără

contract, persoanele sărace din mediul rural care nu se califică pentru venitul minim garantat, lucrătorii în agricultura de subsistență, o parte din populația roma. Studiile demonstrează că cele mai vulnerabile categorii sunt săracii, persoanele de peste 60 de ani din mediul rural și o parte din populația roma (Banca Mondială, 2011). Eforturile trebuie să se concentreze în direcția asigurării accesului universal la servicii medicale. Adoptarea legii asistenței medicale comunitare în octombrie 2016 are ca scop creșterea accesului la asistență medicală a grupurilor vulnerabile și a populației din mediul rural.

Între statele europene, România ocupa penultima poziție în anul 2014, în ceea ce privește procentul populației acoperite de asigurare medicală (publică și privată). Cea mai mare parte a statelor europene au peste 99% din populație asigurată pentru serviciile medicale de bază, doar în Bulgaria (88,2%), Grecia (86%), România (86%) și Cipru (83%), acoperirea cu asigurări medicale coboară sub 90% (OECD, 2016).

În România, acoperirea cu furnizori de servicii medicale este deficitară și arată, de asemenea, disparități la nivel teritorial și în funcție de mediul de rezidență. Astfel, în ceea ce privește densitatea medicilor, regiunile mai dezvoltate București-Ilfov și Nord-Vest au un număr de medici de până la 4 ori mai mare decât regiunile mai sărace cum sunt Sud-Est și Sud Muntenia (Eurostat, 2016). Numărul locuitorilor ce revin unui medic în rural era în 2011 de șapte ori mai mare decât în urban (Comisia Europeană, 2015) și există, de asemenea, localități fără asistență medicală primară, cele mai multe aflate în zone rurale izolate și dezavantajate.

În condițiile emigrării a medicilor, dar și a asistenților medicali, precum și mutării lor către sectorul privat, sistemul public de sănătate românesc duce o lipsă acută de personal medical, acesta fiind mult sub necesar. România este a doua țară, după Polonia, cu cel mai mic număr de medici practicanți la 1 000 de persoane, respectiv 2,7, mult sub media UE28 (3,5) (OECD, 2016).

Cheltuielile totale pentru sănătate poziționează România pe ultimul loc între statele membre ale UE28. În anul 2015, finanțarea sănătății a fost 5% din PIB, reprezentând aproximativ jumătate din cât alocă state precum Germania, Franța, Olanda și Suedia pentru acest domeniu și jumătate din media cheltuielilor pentru sănătate la nivel UE28 (OECD, 2016). Cea mai mare parte a finanțării sănătății (4% din PIB) este asigurată de bugetul asigurărilor obligatorii de sănătate și fondurile guvernamentale, restul de 1% fiind fonduri private.

Între statele europene, țara noastră are un sistem medical centrat încă pe serviciile medicale acordate în mediul spitalicesc, lucru pus în evidență atât de proporția mare de cheltuieli care sunt destinate spitalelor, cât și de numărul mare de paturi de spital în context european (6,7 paturi de spital la 1 000 de persoane, față de 5,2 media europeană în 2014) (OECD, 2016).

Între statele UE, România se situează pe locul 4 în ceea ce privește nevoile nesatisfăcute de asistență medicală. În 2014, 9,3% au indicat nesatisfacerea nevoii de asistență medicală din cauza costurilor/distanței/listelor de așteptare. În România,

costurile prea ridicate contribuie într-o mai mare măsură la nesatisfacerea nevoilor de asistență medicală pentru cei din prima quintilă de venit (12,9%) față de cei din ultima quintilă de venit (3,7%) (Eurostat, 2016).

Plățile informale influențează accesibilitatea, eficiența și calitatea sistemului medical. Ele au devenit o normă dominantă în sistemul public de sănătate din România. Aceste plăți contribuie la inegalitățile în starea de sănătate deoarece persoanele cu statut socioeconomic mai înalt sunt cele își permit plățile informale și, cel mai probabil, beneficiază de atenție crescută, timp de așteptare scăzut și tratament de calitate mai înaltă.

Procesul de îmbătrânire demografică va conduce la creșterea proporției populației de peste 65 de ani și a celei de peste 80 de ani, așadar va crește povara bolilor cronice în populație, precum și nevoile de îngrijire pe termen lung. În acest context, România are nevoie să dezvolte și să aloce resurse mai mari pentru un sistem de îngrijire pe termen lung, care în acest moment este slab finanțat și dezvoltat, dar și să creeze o varietate de servicii care să răspundă atât nevoilor medicale cât și celor sociale.

CONCLUZII

Sănătatea populației este o resursă economică și socială de care depinde procesul de dezvoltare la nivel societal.

În perspectivă comparativă, România are una dintre cele nefavorabile situații între statele UE în ceea ce privește starea de sănătate. Deși unele tendințe pozitive au fost înregistrate în ultimele decenii, starea de sănătate rămâne problematică și este marcată de inegalități atât la nivel teritorial cât și între grupurile sociale, iar aceste inegalități au tendința de a se adânci în timp.

Teoriile existente demonstrează clar dependența stării de sănătate de factorii sociali, pe parcursul întregului ciclu de viață al unei persoane. Elementele de natură structurală (contextul global, cel socioeconomic și politic, sistemul medical), ce țin de organizarea socială în general, au o influență majoră asupra stării de sănătate a populației și pot reprezenta ținte ale politicilor publice.

În România este nevoie de implementarea unei strategii care să aibă ca scop îmbunătățirea stării de sănătate a întregii populații și țintirea inegalităților în sănătate prin acordarea unei atenții speciale grupurilor vulnerabile. Adoptarea explicită a unui cadru conceptual bazat pe determinanții sociali ai sănătății, care să ia în considerare contextul social și profilul epidemiologic specific, cu o abordare atât sociologică cât și medicală ar putea orienta o astfel de strategie. Un cadru conceptual care consideră sănătatea, dincolo de factorii genetici și biologici, ca un proces social, poate ghida analiza empirică pentru a facilita înțelegerea determinanților și mecanismelor sociale și poate orienta elaborarea politicilor pentru a releva zonele de intervenție.

BIBLIOGRAFIE

- Bambra, C., Fox, D., Scott-Samuel, A., *Towards a politics of health*, in "Health Promotion International", vol. 20, no. 2, June 2005, pp. 187–193, available online at <https://doi.org/10.1093/heapro/dah608>.
- Barton, H., Grant, M., *A health map for the local human habitat*, in "The journal of the Royal Society for the Promotion of Health", vol. 126, no. 6, November 2006, pp. 252–253, available online at <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., Uauy, R., *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries group*, in "The Lancet", vol. 383, no. 9890, August 2013, pp. 427–451, available online at [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).
- Blázquez, M., Cottini, E., Herrarte, A., *The socioeconomic gradient in health: how important is material deprivation?*, in "The Journal of Economic Inequality", vol. 12, no. 2, June 2014, pp. 239–264, available online at <https://doi.org/10.1007/s10888-013-9248-5>.
- Braveman, P., Tarimo, E., *Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations*, in "Social Science & Medicine", vol. 54, no. 11, June 2002, pp. 1621–1635, available online at [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00331-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00331-8).
- Cassel J., *The contribution of the Social environment to host resistance*, in "American Journal of Epidemiology", vol. 104, no. 2, 1976, pp. 107–123.
- Chung, H., Muntaner, C., *Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries*, in "Social Science & Medicine", vol. 63, no. 3, August 2006, pp. 829–842, available online at <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.030>.
- Conteduca, V., Sansonno, D., Lauletta, G., Russi, S., Ingravallo, G., Dammacco, F. H., *Pylori infection and gastric cancer: State of the art (Review)*, in "International Journal of Oncology", vol. 42, no. 1, January 2013, pp. 5–18, available online at <https://doi.org/10.3892/ijo.2012.1701>.
- Corner, L., *Gender-sensitive and Pro-poor Indicators of Good Governance*, Background paper for the UNDP Oslo Governance Centre and Indian Council for Social Science Research (ICSSR) International workshop on engendering and empowering governance indicators, New Delhi, 2005, available online at <http://www.undp.org/governance/docs/Gender-Pub-GenderIndicators.pdf>.
- Crémieux, P. Y., Ouellette, P., Pilon, C., *Health care spending as determinants of health outcomes*, in "Health Economics", vol. 8, no. 7, November 1999, pp. 627–639, available online at DOI: 10.1002/(SICI)1099-1050(199911)8:7<627::AID-HEC474>3.0.CO;2-8.
- Davey Smith, G., Gordon, D., *Poverty across the Life-course and Health*, in Gordon, D., Pantazis, Ch. (editors), *Tacking Inequalities: Where are we now and what can be done? 2000*, Bristol, UK, Policy Press at the University of Bristol, 2000, pp. 141–158, available online at <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1t891q2.14>.
- Davey Smith, G., Hart, C., Blane, D., Hole, D., *Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study*, in "British Medical Journal", vol. 316, no. 7145, May 1998, pp. 1631–1635, available online at <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7145.1631>.
- Davey Smith, G., *Health inequalities: lifecourse approaches*, Bristol, Policy Press, 2003.
- Doyal, L., *Sex, gender, and health: the need for a new approach*, in "BMJ", vol. 323, no. 7320, November 2001, pp. 1061–1063, available online at <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>.
- Eime, R. M., Harvey, J. T., Charity, M. J., Casey, M. M., van Uffelen, J. G. Z., Payne, W. R., *The contribution of sport participation to overall health enhancing physical activity levels in Australia: a population-based study*, in "BMC Public Health", vol. 15, no. 806, April 2015, available online at <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2156-9>.
- Galobardes, B., Shaw, Lawlor, D. A., Lynch, John W., Davey Smith, G., *Indicators of socioeconomic position (part 1)*, in "Journal of Epidemiology Community Health", vol. 60, no. 1, January 2006, pp. 7–12, available online at Doi: 10.1136/jech.2004.023531.

- Geronimus, A. T., Pearson, J. A., Linnenbringer, E., Schulz, A. J., Reyes, A. G., Epel, E. S., Lin, J., Blackburn, E. H., *Race-Ethnicity, Poverty, Urban Stressors, and Telomere Length in a Detroit Community-based Sample*, in "Journal of Health and Social Behavior", vol. 56, no. 2, April 2015, pp. 199–224, available online at <https://doi.org/10.1177/0022146515582100>.
- Haas, S. A., *Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood Health on Socioeconomic Attainment*, in "Journal of Health and Social Behavior", vol. 47, no. 4, December 2006, pp. 339–354, available online at <https://doi.org/10.1177/002214650604700403>.
- Heggebø, K., *Unemployment in Scandinavia during an economic crisis: Crossnational differences in health selection*, in "Social Science & Medicine", vol. 130, April 2015, pp. 115–124, available online at <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.010>.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., Munafò, M., *Socioeconomic status and smoking: a review*, in "Annals of the New York Academy of Sciences", vol. 1248, 2012, pp. 107–123, available online at DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.
- Huynen, M. M. T. E., Martens, P., Hilderink, H. B. M., *The health impacts of globalization: a conceptual framework*, in "Globalization & Health", vol. 1, August 2005, p. 14, available online at <http://dx.doi.org/10.1186/1744-8603-1-14>.
- Iacobuță, A. O., Baciuc, L., Ionescu, A. M., Mursa, G. C., *Socioeconomic inequalities in self-perceived health in Romania*, in "Journal of Public Administration, Finance and Law", Special Issue, no. 2, 2015, pp. 209–224, available online at http://www.jopaf.com/uploads/special-issue-2-2015/SOCIOECONOMIC_INEQUALITIES_IN_SELF_PERCEIVED_HEALTH_IN_ROMANIA.pdf.
- Kaufmann, D., Kraay, A., Mastruzzi, M., *The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues*, World Bank Policy Research Working Papers, 2010, available online at <https://doi.org/10.1596/1813-9450-5430>.
- Kickbusch, I. Gleicher, D., *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011, available online at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf.
- Krumeich, A., Meershoek, A., *Health in global context; beyond the social determinants of health?*, in "Glob Health Action", vol. 7, no. 1, 2014, available online at <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23506>.
- Labonté, R., Torgerson, R., *Interrogating globalization, health and development: Towards a comprehensive framework for research, policy and political action*, in "Critical Public Health", vol. 15, no. 2, 2005, pp. 157–179, available online at <http://dx.doi.org/10.1080/09581590500186117>.
- Littlejohns, P., Weale, A., Chalkidou, K., Faden, R., Teerawattananon, Y., *Social values and health policy: a new international research programme*, in "Journal of Health Organization and Management", vol. 26, no. 3, 2012, pp. 285–292, available online at <https://doi.org/10.1108/14777261211238945>.
- Lynch, J., Davey Smith, G., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., Kaplan, G., *Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations*, in "Lancet", vol. 358, no. 9277, July 2001, pp. 194–200, available online at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05407-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05407-1).
- Mackenbach, J. P., *Income inequality and population health*, in "BMJ", vol. 324, no. 1, January 2002, available online at <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7328.1>.
- Mackenbach, J. P., *The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox*, in "Social Science and Medicine", vol. 75, no. 4, August 2012, pp. 761–769, available online at <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>.
- Marmot, M., *The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist*, in "Health Affairs", vol. 21, no. 2, 2002, pp. 31–46, available online at DOI:10.1377/hlthaff.21.2.31.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., *WHO European review of social determinants of health and the health divide*, in "Lancet", vol. 380, no. 9846, September 2012, pp. 1011–1029, available online at [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8).

- Marmot, M., *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, London, TimesBooks, 2004.
- Nixon, J., Ulmann, Ph., *The relationship between health care expenditure and health outcomes*, in “The European Journal of Health Economics”, vol. 7, no. 1, March 2006, pp. 7–18, available online at <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0336-8>.
- Olson, Ch. M., Bove, C. F., Miller, E. O., *Growing up poor: Long-term implications for eating patterns and body*, in “Appetite”, vol. 49, no. 1, July 2007, pp. 198–207, available online at <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.012>.
- Phelan, J. C., Bruce, L. G., Tehranifar, P., *Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications*, in “Journal of health and social behavior”, vol. 51, no. 1_Suppl, March 2010, pp. S28–S40, available online at <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>.
- Pop, I. A., van Ingen, E., van Oorschot, W., *Inequality, Wealth and Health: Is Decreasing Income Inequality the Key to Create Healthier Societies?*, in “Social Indicators Research”, vol. 113, no. 3, 2013, pp. 1025–1043, available online at <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0125-6>.
- Precupețu, I., Pop, C.-E., *Health Status and Health Selection Processes in Intra-Generational Mobility When Living in Precarious Prosperity*, paper presented at “Third ISA Forum of Sociology. The Futures We Want: Global Sociology and the Struggles for a Better World”, Vienna, Austria, 10–14 July 2016.
- Precupețu, I., Pop, C.-E., *The Role of Access to Healthcare Services in Self-rated Health in Romania, from a European Comparative Perspective*, in “Sociologie românească”, vol. XIV, no. 1, 2016, pp. 45–60, available online at [http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2016_1/SR\(2016\)_14\(1\)_Precupetu&Pop_45-60.pdf](http://www.arsociologie.ro/images/stories/sr/articles/sr_2016_1/SR(2016)_14(1)_Precupetu&Pop_45-60.pdf).
- Precupețu, I., Vasile, M., Vlase, I., *Individual and contextual factors in self-rated health inequalities: a comparison between Romania, 10NMS and EU15*, in “Revista de Cercetare și Intervenție Socială”, vol. 41, 2013, pp. 28–39, available online at http://www.rcis.ro/images/documente/rcis41_02.pdf.
- Ross, C. E., Wu, C., *The Links Between Education and Health*, in “American Sociological Review”, vol. 60, no. 5, 1995, pp. 719–745, available online at <http://www.jstor.org/stable/2096319>.
- Solar, O., Irwin, A., Vega, J., *Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement Issues and the Health Systems Context*, WHO Health Equity Team working paper, unpublished, 2005.
- van Oers, J. A. M., Bongers, I. M. B., van de Goor, L. A. M., Garretsen, H. F. L., *Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status*, in “Alcohol and Alcoholism”, vol. 34, no. 1, 1999, pp. 78–88, available online at <https://pdfs.semanticscholar.org/23c5/9fe71cd64be9145addef368394f436f1fc8f.pdf>.
- Vlădescu, C., Scintee, S. G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., Sagan, A., *Romania: Health system review*, in “Health systems in transition”, vol. 18, no. 4, 2016, pp. 1–170, available online at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/317240/Hit-Romania.pdf?ua=1.
- Singh, G. K., Kogan, M. D., *Widening socioeconomic disparities in US childhood mortality, 1969–2000*, in “American Journal of Public Health”, vol. 97, no. 9, pp. 1658–1665.
- Volkers, A. C., Westert, G. P., Schellevis, F. G., *Health disparities by occupation, modified by education: a cross-sectional population study*, in “BMC Public Health”, vol. 7, August 2007, p. 196, available online at <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-196>.
- Wagenaar, A. F., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., van den Bossche, S., Smulders, P., Taris, T. W., *Can labour contract differences in health and work-related attitudes be explained by quality of working life and job insecurity?*, in “International Archives of Occupational and Environmental Health”, vol. 85, no. 7, October 2012, pp. 763–773, available online at <http://doi.org/10.1007/s00420-011-0718-4>.

- Wilkinson, R. G., *Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al.*, in “Journal of Epidemiology and Community Health”, vol. 54, no. 6, June 2000, pp. 411–413, available online at <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.6.411>.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E., *Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence*, in “Social Science & Medicine”, vol. 62, no. 7, April 2006, pp. 1768–1784, available online at <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E., *The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others*, in “Social Science and Medicine”, vol. 65, no. 9, November 2007, pp. 1965–1978, available online at <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.041>.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E., *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*, Bloomsbury Press, 2009.
- Zamfir, C., Cace, S., Precupețu, I., Preoteasa, A. M., Stănculescu, M., Zamfir, E., *Calitatea vieții: România 2035. Direcții și priorități*, în Strategia de dezvoltare a României în următorii 20 de ani, Volumul II, Vlad, Ionel-Valentin (coord.), București, Editura Academiei Române, 2016, pp. 284–314.
- *** *Analiza Funcțională a Sectorului Sănătate în România*, Banca Mondială, 2011, available online at <http://sgg.gov.ro/docs/File/UPP/doc/rapoarte-finale-bm/etapa-II/MS-RO-FR-Health-Sector-ROM>.
- *** *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health Social Determinants of Health – Discussion Paper 2*, WHO, 2010, available online at http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.
- *** *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva, World Health Organization, 2009, available online at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
- *** *Governance and delivery mechanisms task group report*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
- *** *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing, 2016, available online at <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.
- *** *Raportul de țară al României 2016*, Comisia Europeană, 2016, available online at http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_romania_ro.pdf.
- *** *Raportul de țară al României 2017*, Comisia Europeană, 2017, available online at <http://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2017-european-semester-country-report-romania-ro.pdf>.
- *** *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2014, available online at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1.
- *** *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union*, European Commission, 2014, available online at http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_es_en.pdf.
- *** *Sinteza Evaluării activității desfășurată de furnizori pe tipuri de asistență medicală în anul 2016*, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2017, available online at http://www.cnas.ro/theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap_sit/SINTEZA_2016.pdf.
- *** *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report*, Eurofound, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2017, available online at https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf.
- *** *Strategia Națională de Sănătate 2014–2020 (HG 1028/2014)*, Ministerul Sănătății, 2014, disponibil online la <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>.
- *** *Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2016, available online at <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/systematic-review-hepatitis-B-C-prevalence.pdf>.

Surse de date

Baza de date Tempo, Institutul Național de Statistică al României, disponibilă online: www.insse.ro (consultată 2016–2017).

Baza de date Eurostat, disponibilă online: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (consultată 2016–2017).

Baza de date WHO, disponibilă online: <http://www.who.int/gho/database/en/> (consultată 2016–2017).

This article argues in favor of a conceptual framework on social determinants of health that can allow analysis and intervention in the field of health. First, we look at the main theoretical perspectives on the social determinants of health. Second, we look at health status in European comparative perspective, and trends registered in time in health status in Romania. Finally, we detail an adapted framework on social determinants of health put forward by the World Health Organization and we focus on structural social determinants of health. In Romania, health status is problematic and marked by important inequalities, and while some positive trends have been noticed in time, our country still ranks among those with the least favorable situations in health status in the European Union. In case of Romania, the adoption of a framework on social determinants of health can guide the understanding of current health status based on existing data/research, can help in surveying all relevant factors that contribute to health, and can provide a starting point for research based policy.

Keywords: *health status, structural determinants of health, World Health Organization, research based policy.*

Primit: 05.07.2017

Acceptat: 29.08.2017