

Rezumat

Adolescenții reprezintă una din cele mai vulnerabile pături ale populației. În lucrare sunt examinate particularitățile fiziologice și psihologice ale organismului la vârsta adolescentină, riscurile pentru sănătate și domeniile la care se referă aceste riscuri, starea de sănătate a adolescenților din Republica Moldova și sarcinile societății în scopul ocrotirii sănătății acestui grup de populație.

Summary

Adolescents represent one of the very vulnerable social strata. In the work are examined the physiological and psychological particularities of organism at the adolescent age, risks for health and areas where the risks are sited, the health status of adolescents and the community responsibilities oriented to the adolescent's health promotion.

FENOMENUL ÎMBĂTRÂNIRII POPULAȚIEI – ADAPTAREA POLITICILOR DE SĂNĂTATE

Prof. Dr. **Florian Popa**, Dr. **Mihai Păduraru**, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

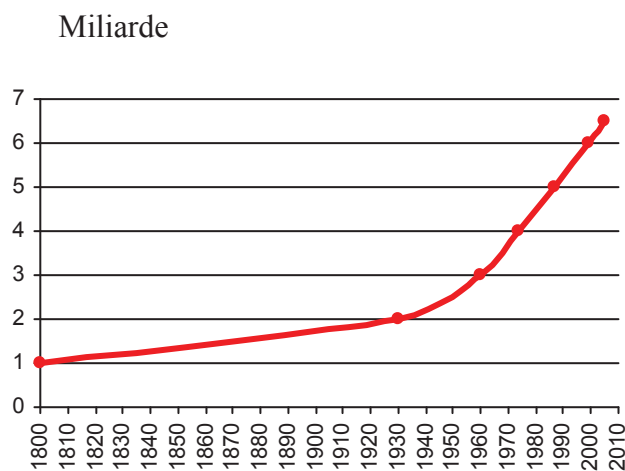
Tendința actuală la nivel planetar a societății umane este de restructurare prin intermediul a trei procese fundamentale și simultane cu serioase implicații socioeconomice, reprezentate de mondializare, urbanizare și îmbătrânire a populației. Acest ultim proces de remaniere are ca substrat importante progrese ce s-au realizat în domeniul științelor medicale, susținute de dezvoltarea economică, industrială și de evoluția socioculturală, care au dus în a doua jumătate a secolului al XX-lea la prelungirea speranței de viață la naștere.

I. Elemente de demografie

Procesul îmbătrânirii populației, manifest, cu precădere, în țările dezvoltate, se datorează, pe de o parte, tendinței de reducere a natalității și fertilității, iar, pe de altă parte, scăderii mortalității generale.

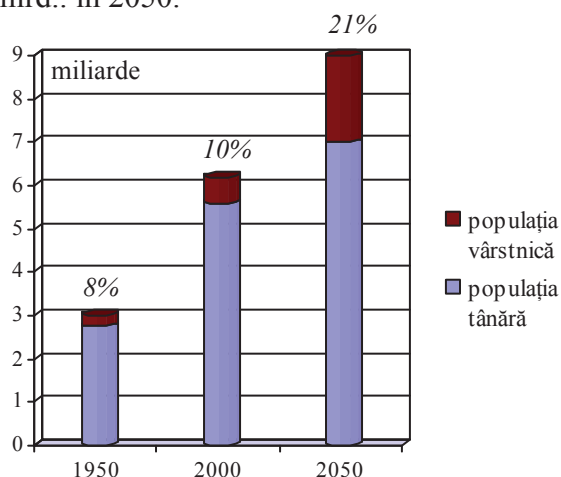
1. Fenomenul îmbătrânirii demografice pe plan mondial

Populația globului era de circa un mlrd. de locuitori în anul 1800, crescând la 2 mlrd. de abia în 1930 și având o creștere progresivă, până în 1960 ajungând la 3 mlrd., apoi la 4 mlrd. în 1974, 5 în 1987, 6 în 1999, depășind cifra de 6,5 mlrd. în anul 2005.



Graficul 1. Curba creșterii populației globului de-a lungul ultimelor două secole

După această creștere exponențială a populației în ultimele decenii, previziunile pentru secolul al XXI-lea evaluează că populația globului va continua să crească, dar într-un ritm mai lent, depășind, probabil, pragul de 9 mlrd.. în 2050.

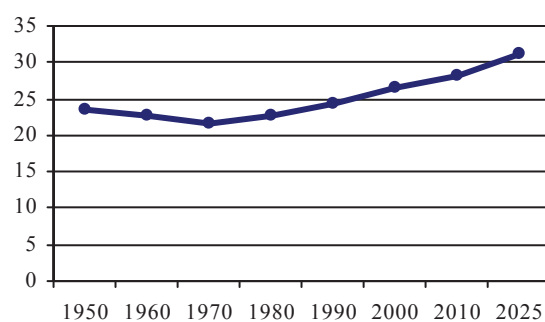


Graficul 2. Ponderele populației vârstnice în populația globală

Populația vârstnică prezintă o creștere și mai accentuată atât în cifre absolute, cât și în raport cu populația de vârstă activă, numărul persoanelor cu vârsta peste 60 de ani crescând de la 200 mln la nivel mondial în anul 1953, ceea ce reprezenta 8% din populația globului, la peste 600 mln - 10% din populația de 6 mlrd.. în anul 2000, previziunile fiind de 21% în 2050, când se evaluează un număr al vârstnicilor pe glob de 2 miliarde.

Structura pe vârste a populației din diferite țări se prezintă foarte divers, în țările avansate economic întâlnindu-se o proporție de 17% a persoanelor vârstnice, comparativ cu numai 7% în regiunile mai puțin dezvoltate ale lumii.

În termeni absoluți însă, ținând seama de numărul mare al populației în regiunile mai puțin dezvoltate, aici trăiau 241 mln de vârstnici în anul 1985, cu 55 mln mai mult decât în țările dezvoltate, iar în perioada 1980-1990 ritmul de creștere a numărului persoanelor vârstnice din țările în curs de dezvoltare a fost de două ori mai rapid decât în regiunile dezvoltate. Astfel, în 2002 numărul persoanelor de peste 60 de ani se ridică la 629 de mlrd., 54% trăind în Asia și 24% în Europa.



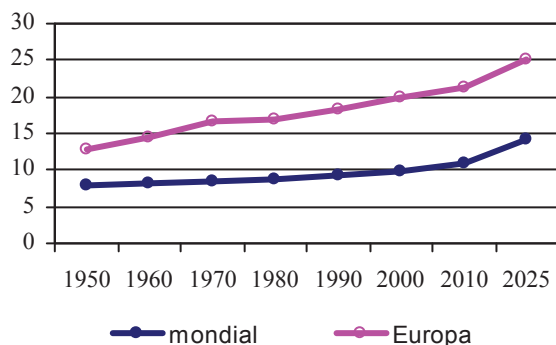
Graficul 3. Vârsta mediană a populației mondiale

În concluzie, într-o largă perspectivă, evoluția demografică mondială va avea ca tendință dominantă îmbătrânirea populației, acest aspect fiind clar evidențiat prin creșterea vârstei mediane a populației mondiale de la 21,6 ani în 1970, la 26,5 ani în anul 2000, fiind evaluată la 31,2 ani în anul 2025.

2. Fenomenul îmbătrânirii demografice în Europa

Europa este „cel mai bătrân” continent, vârsta mediană a populației fiind de circa 1,3-1,4 ori mai mare decât cea a populației globului, fiind evaluată pentru anul 2025 la aproximativ 40 de ani.

Populația continentului european a îmbătrânit continuu după 1950, între 1950 și 1970 proporția populației vârstnice crescând de la 13% la 17%, în anul 1985 proporția vârstnicilor fiind de 18%, evaluările arătând pentru următoarele decade o creștere la 25%.



Graficul 4. Proporția vârstnicilor în lume și în Europa

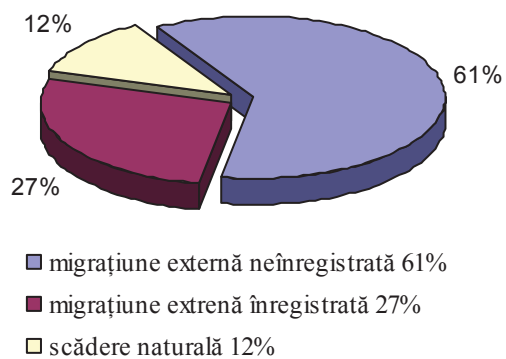
Lărgirea Uniunii Europene din 2004, de la 15 la 25 de membrii, a adus un plus de populație de 74,3 mln, atingându-se 453 mln de locuitori; odată cu aderarea României și Bulgariei, în ianuarie 2007, adăugându-se încă 29,5 mln de locuitori, UE a devenit a treia entitate politică a lumii cu 482,5 mln de locuitori, după China (1,3 mlrd.) și India (1,1 mlrd.). Acest aport de populație vine însă pe fondul unui declin demografic constant cu care se confruntă atât vechii, cât și cei mai recentii membrii ai Uniunii, în toată Europa rata totală a fertilității scăzând sub nivelul necesar înlocuirii simple a populației (aproximativ 2,1 copii la o femeie), ajungând la mai puțin de 1,5 copii la o femeie.

Schimbările demografice, ce se vor accelera începând din 2010, sunt pe cale să creeze un nou tip de societate în care vor exista din ce în ce mai puțini tineri și tot mai mulți vârstnici lucrători sau pensionari și persoane foarte vârstnice.

3. Îmbătrânirea demografică în România

În România ultimelor decenii se evidențiază un fenomen demografic având ca principale caracteristici îmbătrânirea populației, dar cu scăderea numerică a acesteia.

Prin compararea datelor ultimelor două recensăminte, cel din 1992, când se înregistrau 22 786 000 de persoane, și cel din 2002, ce a numărat 21 680 974 de persoane, se observă o scădere a populației țării cu 1,1 mln, ceea ce reprezintă aproximativ 5%, iar dacă la această scădere dintre cele două recensăminte mai adăugăm și scăderea populației care a avut loc între 2002 și 2005, se ajunge la o valoare de 1,5 mln de persoane, ceea ce reprezintă circa 7% din populația țării din 1990.

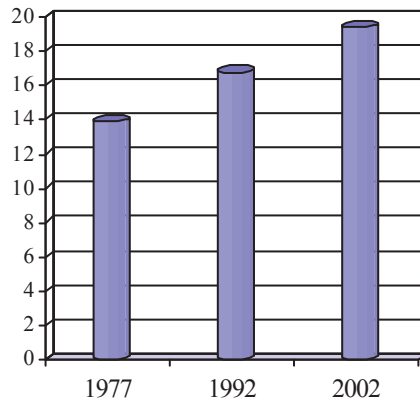


Graficul 5. Componentele scăderii populației

Componentele scăderii populației sunt reprezentate de migrația externă neînregistrată statistic - 61% , scăderea naturală - 27% și de migrația externă înregistrată statistic - 12%.

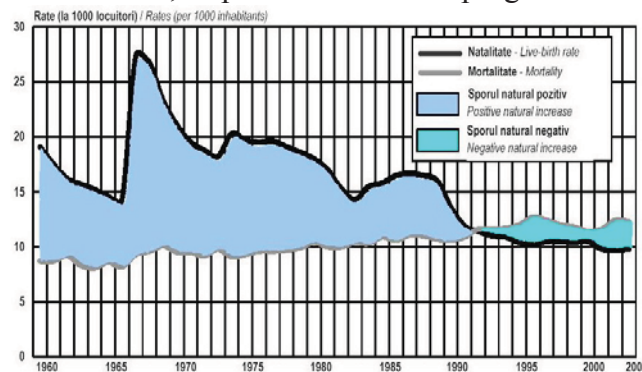
În România ponderea populației în vârstă de peste 60 de ani a înregistrat o creștere de la 13,9% în 1977, la 16,8% în 1992 și apoi la 19,4% în 2002, fenomenul fiind mai accentuat la populația de sex feminin cu o pondere de 21,7% în raport cu bărbații - 16,9%, populația vârstnică fiind mai bine reprezentată în mediul rural, unde este evaluată la aproape un sfert.

Astfel, se estimează că în România trăiesc în prezent aproximativ 4 mln de persoane cu vârstă peste 60 de ani (la o populație de circa 21,6 mln conform ultimului recensământ).



Graficul 6. Ponderea populației de peste 60 de ani

Din analiza diferenței între natalitatea înregistrată în țara noastră începând cu anul 1960 și mortalitate, putem evalua sporul natural. Așa cum se observa în *graficul 7*, se înregistrează un spor natural negativ pentru prima dată în 1990, ce pare a se accentua progresiv.



Graficul 7. Natalitatea, mortalitatea și sporul natural al populației în perioada 1960-2003, după Institutul Național de Statistică

Diminuarea generațiilor tinere și implicit a celei feminine de vârstă fertilă vor avea drept urmare directă scăderea numărului de născuți vii și a ratei natalității în următoarele decenii. În consecință, procesul de îmbătrânire demografică se va intensifica, una din consecințe fiind majorarea ratei mortalității generale, declinul demografic căpătând dimensiuni mai ample.

Costul demografic va fi resimțit mult mai puternic dincolo de anii 2025-2030, când generațiile născute după 1989, reduse numeric, vor constitui populația activă a țării și vor avea de susținut economic o disproporționalitate de mare populație vârstnică.

II. Specificul problemelor de sănătate ale populației vârstnice

Patologia populației vârstnice prezintă mai multe caracteristici: pe de o parte, o mare diversitate putând afecta toate aparatele și sistemele (cardiovascular, respirator, excretor, digestiv, neurologic, locomotor, organe de simț etc.) și, pe de altă parte, un înalt grad de polimorbiditate, la o evaluare clinică a unui bolnav vârstnic descoperind în medie 2-3 afecțiuni cronice asociate, în timp ce la persoanele trecute de 75 de ani printr-o investigație paraclinică amănunțită putând fi decelate în medie chiar 10 afecțiuni cronice asociate.

Afecțiunile vârstnicului se prezintă frecvent sub forma unor complexe patologice, în cadrul cărora se manifestă o strânsă interrelație fiziopatologică cu efect de potențare între entitățile patologice cu importante implicații asupra posibilităților terapeutice.

III. Particularități în terapia bolnavilor vârstnici

Vârstnicul este un pacient ce impune o serie de particularități în managementul terapiei oricărui tip de afecțiune. Pentru o bună organizare și structurare a acestor particularități, am elaborat o serie de principii de bază în terapia vârstnicilor:

a) Principiul *polimorbidității* - vârstnicul prezentând frecvent multiple afecțiuni cronice comorbide corelate prin diverse mecanisme.

b) principiul *stadializării* - fiind extrem de importantă precizarea stadiului acestor afecțiuni și a gradului lor de compensare.

c) principiul *toxicității/nocivității* - trebuie ținut cont de tratamentele urmate până în prezent, vârstnicii utilizând de multe ori mai multe tratamente asociate, riscul patologiei iatrogene triplându-se la peste 65 de ani.

d) principiul *vulnerabilității/fragilității* - evaluarea statusului organismului și a resurselor fiziologice ale tuturor aparatelor/sistemelor afectate.

e) principiul *tratamentului integrat* - impunându-se cooperare interdisciplinară.

f) principiul *compliancei* pacientului vârstnic - evaluare a gradului de alterare a memoriei și a elementelor particulare ale psihologiei vârstnicului.

IV. Aspectele socioeconomice și medicale ale îmbătrânirii populației

1. Presiunea asupra sistemului de pensii.

Sistemul de pensii reprezintă un aspect de mare importanță socială ce afectează un procent extrem de ridicat al vârstnicilor care nu au o altă sursă de venit.

Actualul sistem de pensii are ca model conceptul introdus de Bismarck în Germania, însă unei persoane de 65 ani și peste îi reveneau atunci 12-15 persoane de vârstă activă. Actual însă unui pensionar îi mai corespund aproximativ 4 persoane de vârstă activă și se estimează că peste 25 de ani numărul susținătorilor unui pensionar va fi de 2, în consecință impunându-se luarea unor măsuri de prevenire a neajunsurilor ce derivă din acest dezechilibru.

2. Impactul asupra Sistemului de sănătate.

Sistemul actual de sănătate va face cu greu față problemelor complexe pe care le implică fenomenul de îmbătrânire a populației, acesta aducând o creștere importantă a consumului de servicii de sănătate, a consumului de medicamente și implicit o creștere sensibilă a cheltuielilor publice pentru sănătate.

Nevoile specifice populației vârstnice nu sunt satisfăcute de existența unor programe sau servicii de sănătate și sociale adaptate particularităților sectorului respectiv de populație, iar problema este cu mult mai gravă în mediul rural.

Problemele majore cu care încă se confruntă sistemul de sănătate și care afectează în mod direct calitatea actului medical și a îngrijirilor specifice adresate vârstnicilor sunt următoarele: subfinanțarea și utilizarea inefficientă a resurselor, accesul inechitabil la servicii de calitate, managementul deficitar al resurselor umane și al informațiilor, promovarea deficitară a sănătății și prevenției și o colaborare intersectorială inadecvată.

V. Organizarea și finanțarea sistemului de sănătate

Sănătatea, ca problemă de importanță majoră a oricărei comunități, este ocrotită printr-o reglementare riguroasă și coordonată prin instituții adecvate.

1. Cadrul instituțional al sistemului sanitar.

Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de ocrotire a sănătății populației, sunt obligatorii, funcționează descentralizat pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor necesare, oferă dreptul alegerii libere de către asigurați a medicului, a unității sanitare și a Casei de Asigurări Sociale de Sănătate.

Constituirea fondurilor asigurărilor sociale de sănătate se face prin contribuția asiguraților (persoane fizice - angajați – și persoane juridice - angajatori), din subvenții de la bugetul de stat și din alte surse.

Administrarea Fondului de Asigurări Sociale de Sănătate se face prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și prin casele de asigurări de sănătate județene și ale mun. București, instituții publice autonome, de interes național cu personalitate juridică și fără scop lucrativ, care au ca obiect principal de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate în România.

Furnizorii de servicii medicale sunt reprezentați de medicii și personalul sanitar, cabinetele medicale, centrele de diagnostic și tratament, spitale și de alte unități sanitare cu activitate raportată la Casa de Asigurări de Sănătate.

Asistența de sănătate publică are scopul prevenirii îmbolnăvirilor, păstrării și promovării stării de sănătate a populației, al asigurării controlului asupra aplicării normelor de igienă și antiepidemice.

Autoritățile în domeniul asistenței de sănătate publică sunt Ministerul Sănătății, Direcțiile de sănătate publică județene și cea a mun. București, precum și institutele de sănătate publică din București și din câteva orașe ale țării.

Ministerul Sănătății, instituție centrală de specialitate a administrației publice și, totodată, autoritate centrală unică în domeniul asistenței de sănătate publică, aplică strategiile și politicile guvernamentale în domeniul asigurării sănătății populației și realizează reforma în acest domeniu, organizează sistemul informațional în domeniul sanitar și reprezintă statul în relațiile cu organismele internaționale din domeniul sănătății publice.

Institutele de sănătate publică din București și din orașele principale ale țării colaborează cu direcțiile de sănătate publică județene și ale municipiului București și cu Colegiul Medicilor din România pentru realizarea acestor programe naționale de sănătate publică.

2. Finanțarea sistemului de sănătate.

De-a lungul timpului în finanțarea sistemului sanitar au avut loc mai multe schimbări atât din punct de vedere legislativ, instituțional, cât și referitor la sursele de finanțare.

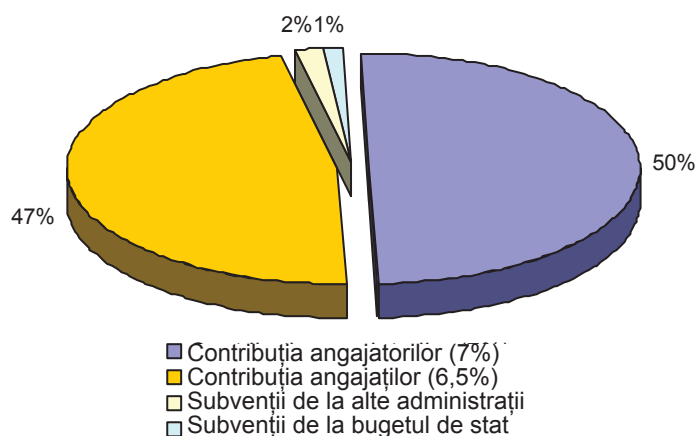
În perioada dinaintea introducerii asigurărilor sociale de sănătate finanțarea cheltuielilor din domeniul sanitar s-a realizat, în cea mai mare parte, din bugetul de stat, completat din 1993 și cu fonduri din bugetele locale.

Evoluția cheltuielilor în perioada 1989 - 1998 au avut ponderi oscilante raportate în dolari SUA și la PIB (Produsul Intern Brut): 2,8% în anii 1991, 3,0% în 1993, 3,1% în 1995 și 2,8% în 1997.

În 1998 România a adoptat Sistemul de asigurări sociale de sănătate, sursele de finanțare fiind următoarele: bugetul fondului de asigurări sociale de sănătate (pentru servicii medicale, dispozitivele medicale și medicamentele necesare persoanelor asigurate), bugetul de stat (pentru unități sanitare și activități din domeniul sănătății publice, programe naționale de sănătate și acțiuni sanitare, precum și pentru investiții), credite externe, bugete locale, venituri extrabugetare pentru programe de sănătate și activități de perfecționare a personalului medical, astfel Ministerul Sănătății ne mai deținând controlul direct asupra finanțării unei importante părți din rețeaua de furnizori de servicii.

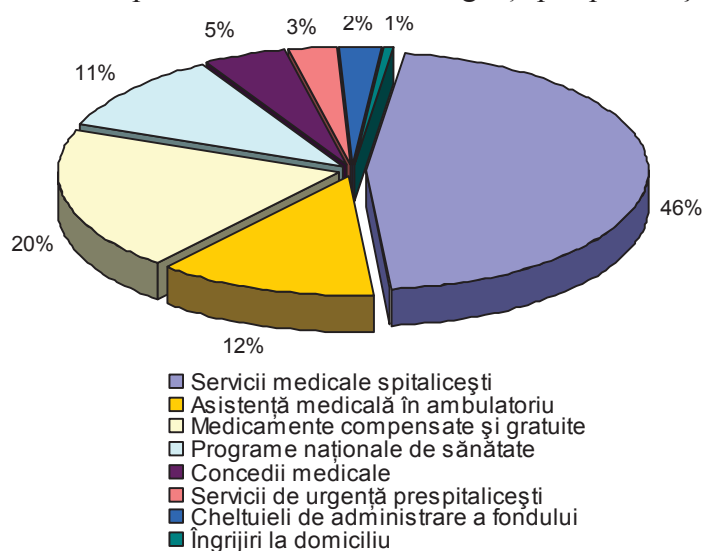
Dacă în anul 1998 (primul de asigurări sociale) Fondul Național de Asigurări de Sănătate a reprezentat 64,62% din cheltuielile totale pentru sănătate, în 2000 aceasta era de 81,65%, în 2003 crescând la 82,4%, o evoluție inversă având contribuția de la bugetul de stat.

Fondul Național de Asigurări de Sănătate, ca principală sursă de finanțare a sistemului de sănătate, este constituit în principal din contribuții plătite de angajați (6,5% din venit) și angajatori (7%), dar și din contribuții plătite de stat pentru anumite categorii de populație (șomeri, pensionari etc.) - *Graficul 8*. Aceste două surse reprezintă circa 97% din fond, fiind completat de contribuții mai mici sub forma subvențiilor de la alte administrații și de la bugetul de stat.



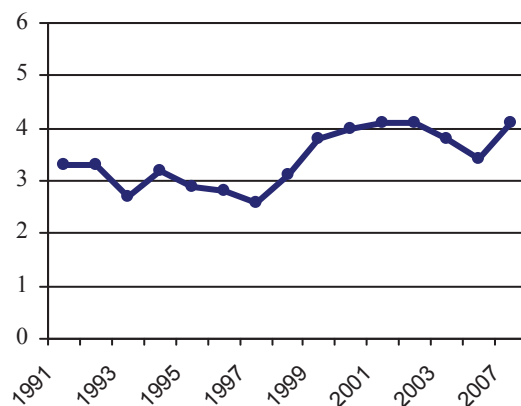
Graficul 8.

Cheltuielile din Fondul asigurărilor sociale de sănătate se realizează pe mai multe sectoare de activitate - *Graficul 9* –, cota cea mai mare revenind serviciilor medicale spitalicești, medicamentelor compensate și gratuite, asistenței medicale în ambulatoriu și programelor naționale de sănătate, o pondere mai mică din cheltuieli reprezentând serviciile de urgență prespitalicești și îngrijirile la domiciliu.



Graficul 9. Cheltuielile din Fondul asigurărilor sociale de sănătate

Începând cu 1 ianuarie 2004, 185 de spitale din România sunt finanțate pe baza DRG, restul spitalelor fiind finanțate prin buget global stabilit pe baza unor indicatori prevăzuți în Contractul-cadru, dar conform prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății nr. 29/2003 a introdus colectarea electronică a setului minim de date la nivel de pacient în vederea extinderii finanțării spitalelor bazate pe complexitatea cazului (DRG).



Graficul 10. Ponderea cheltuielilor din PIB

Evoluția cheltuielilor publice pentru acțiunile din domeniul sănătății este crescătoare, iar această creștere se observă atât calculată în milioane de RON, cât și în milioane de Euro, mai accentuată fiind după 2004.

Ponderea cheltuielilor din domeniul sanitar raportată la PIB a avut o evoluție oscilantă: 3,3% în anii 1991 și 1992, 2,7% în 1993, 3,2% în 1994, 2,9% în 1995, 2,8% în 1996, 2,6% în 1997, după care ponderea a crescut ușor până la 4,1% în anul 2001, ulterior scăzând la 3,8% în 2003 și chiar la 3,4% în 2005, pentru 2007 fiind votat un buget de 4,12%.

Deși prezintă o creștere raportată în procente din PIB, nivelul de finanțare a sistemului de sănătate din România rămâne scăzut în context european, chiar și țările din Centrul și Estul Europei, precum Ungaria, Croația sau Cehia cheltuind pentru sănătate mai mult, în medie cca 6-8% din PIB, în condițiile în care și PIB-ul acestor țări pe cap de locuitor este mai mare.

Elementele ce vor influența pozitiv pe viitor creșterile de finanțare din domeniul sanitar sunt:

- tendința de creștere procentuală din PIB alocată sănătății;
- creșterea PIB-ului preconizată pe următorii ani;
- creșterea veniturilor populației și implicit creșterea contribuției la Fondul național al asigurărilor sociale de sănătate;
- tendința de perpetuă reorganizare și eficientizare a sistemului.

Pe de altă parte:

- îmbătrânirea populației și procesul de alterare demografică prin schimbarea raportului tineri activi/vârstnici;
- creșterea standardelor de calitate în domeniul sanitar;
- creșterea necesarului de personal calificat și de centre specializate în îngrijirea persoanelor din această categorie de vârstă;
- creșterea morbidității (real - prin creșterea numărului afecțiunilor cronice pe fondul prelungirii duratei vieții, dar și virtual - printr-o sporire a diagnosticării acestora);
- diversificarea tipurilor de tratamente și de îngrijiri aplicate este o tendință ce impune o creștere a cheltuielilor, o reorganizare a acestora și o repartizare judicioasă, ținând cont de necesarul diferit pe diferite sectoare.

VI. Mecanisme și strategii de corecție

În elaborarea unor politici adecvate și eficiente în domeniul sanitar, trebuie ținut cont de o serie de standarde minimale, precum: suport instituțional și legislativ adecvat, angrenarea tuturor proceselor implicate, consistență și continuitate, respectarea tuturor drepturilor cetățeanului și familiei, o cât mai vastă multitudine de instrumente în aplicare, viabilitate financiară și corecție atât calitativă, cât și cantitativă a fenomenului.

a. Mecanisme cu aplicabilitate pe termen scurt.

Acestea sunt reprezentate de măsurile ce pot fi implementate într-o perioadă relativ scurtă de timp – circa 1-2 ani – și care pot corecta probleme legate, în special, de bugetul deficitar al anumitor sectoare fără o reală reorganizare a acestora.

O primă intervenție ce se impune este creșterea procentului din PIB alocat Sănătății, ținând cont de elementele ce cresc cheltuielile în perspectivă.

De asemenea se conturează necesitatea unei reorganizări a repartițiilor fondurilor din Sănătate cu creșterea procentelor sectoarelor din domeniul sănătății în corelație cu fenomenul îmbătrânirii și adresate acestei categorii de vârstă.

Aceste intervenții sunt:

- creșterea bugetului anual pentru asistența primară;
- creșterea fondurilor pentru medicamente compensate și gratuite;
- alocarea de fonduri crescute îngrijirilor la domiciliu și celor specifice categoriei de vârstă.

O altă măsură, ce ar putea fi analizată și adoptată pe termen scurt, dar care va aduce rezultate benefice pe termene mediu și lung atât pe plan economic, cât și social, este creșterea vârstei de pensionare a persoanelor ce lucrează în domenii ce permit aceasta și o mai flexibilă abordare a problemei în raport cu starea de sănătate fizică și mentală a persoanei; această măsură ducând la creșterea ponderii vârstnicilor activi și o mai bună integrare socială a persoanelor vârstnice.

b. Mecanisme și strategii cu aplicabilitate pe termen mediu.

De o importanță deosebită sunt măsurile și previziunile pe termen mediu ce fac legătură între ce se poate face într-o primă etapă și intervențiile pe termen îndelungat cu beneficii durabile.

Astfel, se impune o restructurare a asistenței primare, o eficientizare a acesteia prin instruirea personalului în probleme specifice ale sănătății vârstnicilor: polimorbiditate, diagnosticare precoce, tratamente adecvate, particularități în evoluție și recuperare etc.

Este necesară o creștere a îngrijirilor la domiciliu atât sub aspectul diversificărilor acestora, cât și a creșterii gradului lor profesional. Acest deziderat vine în întâmpinarea dificultăților de deplasare, a disabilităților vârstnicilor și creșterii complianței la tratament a acestora, precum și evaluarea gradului de recuperare cu consolidarea rezultatelor postterapeutice.

De o importanță deosebită în abordarea problemei medicale, dar și sociale ale vârstnicilor, este crearea de noi așezăminte, spitale cu departamente speciale și programe adaptate care să răspundă cererilor specifice și particularităților terapeutice.

Un alt aspect ce nu poate fi neglijat și poate aduce o creștere a calității serviciilor și o eficientizare a utilizării resurselor umane este reprezentat de calificarea în domeniu și dezvoltarea cercetării geriatrice, dar și în alte ramuri medicale corelate prin programe de cercetare dedicate.

c. Strategii cu aplicabilitate pe termen lung.

Cea mai durabilă, dar și cea mai îndelungată din punctul de vedere al perioadei de aplicare și implementare este corecția dezechilibrului demografic. Un astfel de program se întinde pe mai multe decade, are un cost important și are nevoie de un sprijin susținut din partea statului.

Amânarea aplicării unei politici eficiente în scopul corectării dezechilibrului demografic adâncește criza, îndepărtează și mai mult orizontul unei posibile redresări și majorează exponențial costurile unei intervenții împinse într-un viitor necunoscut.

O astfel de strategie poate fi doar rezultatul unor inițiative ale clasei politice, cu aportul esențial al specialiștilor, susținute de școală, biserică, mass-media, societatea civilă, sindicate, organizații nonguvernamentale și elaborate cu largă consultare directă a opiniei publice.

Esențială în toată strategia nu poate fi decât componenta stimulativă financiară combinată cu servicii și facilități orientate spre copil, mamă și familia tânără.

Bibliografie selectivă

1. Abrams, W.B.; Berchow, R.; Flechter, A., *The Merck Manual of Geriatrics*. Merck and Co. Inc. Railway, New York, 1990.
2. Angelescu, Nicolae, *Tratat de patologie chirurgicală*, 2002.
3. Bălăceanu, Stolnici C., *Geriatric practică*, Ed. Med., București, 1998.
4. Bogdan C., *Elemente de geriatric practică*, Ed. Med., București, 1998.
5. Botev, Nikolai, *Politicele în Domeniul Populației în Contextul Politicilor Sociale Moderne - Experiența internațională 2006*, Biroul UNFPA de Expertiză Tehnică, Bratislava.
6. Braunwald E., *Heart disease*. W.B. Saunders Comp., 1997.
7. Brocklehurst I.C., Talles R.C., Fillit H.M., *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, IVth ed. Churchill Livingstone, 1992.
8. Chiritoiu, M. Bogdan, *Reforma sistemului sanitar: eforturi într-o direcție greșită*.
9. Enăchescu, Dan; Marcu, Gr. Mihai, *Sănătate publică și management sanitar*, 1998.
10. Eremia, Dan, *Structurile vieii sub presiunea timpului*, 1996.
11. Evans, J.G., Franklin, Williams T.; Lynn, Beattie B., *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*, 2 Edition. Oxford University Press, 2000.
12. Gherasim, Leonida, *Medicină internă*, vol. 2, 1998.
13. Ghețau, Vasile, *Situația actuală și perspectivele populației României 2006, Dezbaterile: Populația și dezvoltarea - Un binom esențial pentru viitorul României*, 2006, Parlamentul României, Sala Drepturile Omului.
14. Ghidrai, Olimpia, *Geriatric și gerontologie*, ediția a II-a revizuită și adăugită, 2002.
15. Horga, Mihai, *Mandatul global al UNFPA în domeniul populației și dezvoltării și colaborarea cu parlamentele*, Fondul ONU pentru Populație, 2006.
16. Marcu, Aurelia; Marcu, Gr. M.; Vitcu, Luminița; Scătee, G.Silvia; Galan, Adriana; Vitcu, G.Anca; Popa, Ion; Florescu, Irina, *Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate, Sănătate și prevenție*, Institutul de sănătate publică, 2002.
17. Marcu, Gr. Mihail, *Sănătate publică și management*, Metode și practici, 2000.
18. Mărgineanu, Ioan, *Cercetarea și monitorizarea calității vieții în țările UE și țările candidate*, 2004, Nations, New York, 1988.
19. Mărgineanu, Ioan, *Politici sociale - Necesitatea reorientarea politicilor sociale în România*, 2004.
20. Mincă, Dana Galieta, *Sănătate publică și management*, 2000.
21. Puwak, Hildegard, *Încetinirea ireversibilității - Eseu-cercetare despre vârsta a treia*.

22. Rotariu, Traian, *Probleme prioritare și opțiuni politice în abordarea problemei populației - Dezbateră: Populația și Dezvoltarea - Un binom esențial pentru viitorul României*, 2006.
23. Ursea, Nicolae, *Esențialul în Nefrologie - Rinichiul și îmbătrânirea*, 2000.
24. Zarcovic, Grijica; Enăchescu, Dan, *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europene centrale și de răsărit - Evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România*.
25. ****Economic and Social Implications of Populations Aging. United Nations Publication.*
26. ****The World Aging Situation: Strategies and Policies. United Nations Publication.*
27. ****Cartea verde a populației României - Comisia națională pentru Populație și dezvoltare*, 2006.
28. ****Strategia Națională de sănătate publică*, 2004.
29. ****Ancheta medicală a stării de sănătate a populației iunie - iulie 1997*, C.C.S.S., București.

Rezumat

În contextul actual al îmbătrânirii populației, tendință remarcată atât pe plan mondial, european, cât și pe plan național, este explicabilă o creștere a ponderii problemelor de sănătate și a afecțiunilor specifice acestei categorii de vârstă.

Prin prisma particularităților terapiei, prognosticului, recuperării specifice pacienților vârstnici și a costurilor crescute, se impune o adaptare a politicilor de sănătate prin elaborarea și aplicarea unor strategii eficiente pe termene scurt, mediu și lung, care să cuprindă activitatea tuturor instituțiilor din domeniul sanitar și să corecteze toți factorii implicați.

Summary

In the actual contextually of the ageing population, tendency apparent in all world, in Europe and in our country, it's explicable growing of the health problems and specific affections of elderly patients.

Owing to characteristics of therapy, to prognosis, to specific recuperation of elderly patients and expensive cost price, it's necessary a readjustment of sanitary policy by elaboration and application capable strategies, short-dated, mean and long-term, who cover activity of all implicate medical care institutions and to correct all determinant factors.

ANALIZA MOLECULAR-GENETICĂ A POLIMORFISMULUI VNTR ALELELOR LA BOLNAVII CU FENILCETONURIE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Angela Gavriliuc¹, dr. în biologie, **Stanislav Groppa**², dr. h. în medicină, prof.univ., membru corespondent, **Anatol Jacotă**³, dr. h. în biologie, academician, Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală¹, USMF „N. Testemițanu”², Institutul de Genetică și Fiziologie a Plantelor al A.Ș.M.³

Mutațiile în gena fenilalaninhidroxilaza (FAH) cauzează o afecțiune autosomal-recisivă gravă - fenilcetonuria (FCU), care este una dintre cele mai răspândite dereglări ereditare ale schimbului de aminoacizi. Maladia se caracterizează prin afectarea preponderentă a sistemului nervos și prin diverse dereglări psihice ca rezultat al modificării metabolismului fenilalaninei (FA) în organism, condiționat, la rândul său, de reducerea activității fermentului hepatic FAH.

Gena FAH este localizată pe brațul lung al cromozomului 12, în regiunea q22-24.1 (Lidsky, 85). Având o lungime de 90 kb, ea este constituită din 13 exoni și codifică proteina ce conține 451 de aminoacizi (Deka, 91). În această genă sunt localizate site-uri de restricție pentru 7 endonucleaze și un număr variabil de repetări în tandem (VNTR), precum și haplotipuri, potrivit cărora se creează o cuplare dezechilibrată cu mutații ale genei FAH cu grad înalt de heterozigotitate (Eisensmith, 94).