



Institutul
Național de
Sănătate Publică

CAMPANIA

**Sănătatea
reproducerii**

Analiză de situație



2024



CUPRINS

Contents

Cap I	COMPORTAMENTUL SEXUAL ȘI REPRODUCTIV	4	
1.	I.1 La nivel European	4	
I.1.1.	NATALITATEA		4
I.1.2.	NĂSCUȚII MORȚI		6
I.1.3.	AVORTURI		7
I.1.4.	MORTALITATEA MATERNĂ (‰‰‰ născuți vii)		9
I.1.5.	MORTALITATEA INFANTILĂ		11
I.2.	ROMÂNIA		12
I.2.1.	Natalitatea		12
I.2.2.	NĂSCUȚII MORȚI, MORTINATALIATE		13
I.2.3.	AVORTURILE		14
I.2.4.	MORTALITATEA MATERNĂ		15
I.2.5.	MORTALITATEA INFANTILĂ		18
Cap II	Infecții cu transmitere sexuală	19	
II.1.	HIV/SIDA		19
II.1.1.	EUROPA		19
II.1.2.	România		21
II.2.	SIFILIS		23
II.2.1.	EUROPA		23
II.2.2.	ROMÂNIA		23
II.3.	Herpes		24
II.4.	Gonoreea		24
II.5.	Cancerul de col uterin		25
Cap III	PLANIFICAREA FAMILIALĂ ȘI CONTRACEPȚIA	28	
Cap IV	Date relevante din studii naționale, europene și internaționale	29	
IV.1.	GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE		29
IV.2.	Estimări globale și regionale ale prevalenței papilomavirusului uman genital în rândul bărbaților: o revizuire sistematică și meta-analiză		29
IV.3.	Reorientarea cercetării privind sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților: reflecții de la o conferință internațională ⁴³		29
Cap V	Accesibilitatea la servicii de sănătatea reproducerii. Situația cabinetelor de planificare familială	30	
Cap VI	Nașterea la domiciliu sau la spital?	31	
Cap VII	GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE- instrument util ⁴⁵	32	
Cap VIII	Grupuri vulnerabile	32	



INTRODUCERE. În fiecare an, aproximativ 21 de milioane de fete cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani din regiunile în curs de dezvoltare rămân însărcinate și aproximativ 12 milioane dintre ele nasc.¹

Sarcina la adolescență este un fenomen global cu consecințe grave asupra sănătății pentru indivizi, familii și comunități. La nivel global, regional și național există un angajament tot mai mare pentru prevenirea căsătoriei copiilor cu vârste mai mici de 18 ani, a sarcinii și a nașterii la adolescenți.²

Potrivit OMS, sănătatea sexuală este parte a sănătății reproductive și presupune “acea stare de bine din punct de vedere fizic, emoțional, mental și social în relație cu sexualitatea și nu doar absența disfuncțiilor, infirmității sau mortalității”, care implică o atitudine pozitivă și respect în abordarea relațiilor sexuale, cu posibilitatea de a avea experiențe sexuale plăcute și sigure, în absența oricărei constrângeri, discriminări sau violențe.³

Complicațiile care apar în cursul sarcinii constituie principala cauză de deces a adolescentelor cu vârste cuprinse între 15 - 19 ani. Riscurile cele mai frecvente sunt reprezentate de eclampsie, endometrita puerperală și infecțiile sistemice, copii născuți prematur, cu greutate mică, dar și alte patologii neonatale. Din cele aproximativ 5,6 milioane de avorturi înregistrate anual în rândul adolescentelor cu vârsta între 15 și 19 ani, 3,9 milioane sunt avorturi la risc, care contribuie la creșterea morbidității și mortalității materne. Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) sunt determinate de o varietate de agenți patogeni care, în anumite situații, pot declanșa complicații ca: • infertilitate, sarcini ectopice, avorturi spontane, naștere prematură, greutate scăzută la naștere, endometrite (infecția cu Chlamydia și gonoreea); • mortalitate perinatală (sifilis); • creșterea riscului de infecție cu alți patogeni; • uretrită, pielonefrită, meningită sau infecții respiratorii ale nou-născutului (Mycoplasma); • malformații, defecte de dezvoltare intrauterină a sistemului nervos central, keratoconjunctivita nou-născutului (infecția cu herpes simplex); • cancer de col uterin (infecția cu HPV, responsabilă pentru mai mult de jumătate de milion de cazuri și peste 300000 de decese anual).⁴

LA NIVEL MONDIAL

- În 2021, numărul global estimat de *mirese-copii* a fost de 650 de milioane, fetele având un risc crescut de sarcină, datorită unei autonomii limitate în luarea deciziilor privind amânarea nașterii și utilizarea contraceptivelor. În multe locuri, fetele aleg să rămână însărcinate deoarece au perspective limitate de educație și de angajare.²
- Rata de natalitate la adolescente a scăzut de la 64,5 ‰ (la grupa de vârstă 15-19 ani) în 2000, la 41,3 ‰ în 2023.
- Rata natalității la adolescentele de 10-14 ani în 2022 a fost estimată la 1,5‰.
- Aproximativ 73 de milioane de avorturi induse au loc anual. 6 din 10 (61%) dintre toate sarcinile neintenționate și 3 din 10 (29%) dintre toate sarcinile se termină cu avort indus.⁵

Din cele 5,6 milioane de avorturi estimate care au loc anual în rândul adolescenților cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, 3,9 milioane sunt la risc.⁶

- În fiecare an, 4,7–13,2% din decesele materne pot fi atribuite avortului la risc.⁵
- Educația sexuală timpurie și cuprinzătoare, accesul la informații corecte despre



practicile sexuale sigure, accesul la servicii de informare asupra avortului, contracepției și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, poate contribui semnificativ la prevenirea complicațiilor și a deceselor materne, la sarcini dorite și monitorizate medical, la sănătatea nou-născuților și la prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală, la evitarea infertilității.⁶

Prevenirea sarcinii în rândul adolescentelor și a mortalității și morbidității legate de sarcină sunt fundamentale pentru obținerea unor rezultate pozitive în materie de sănătate pe parcursul vieții.

În UE, în iunie 2023, aprox. jumătate (45%) din nașterile la mame cu vârste mai mici de 15 ani se înregistrau în România; 32% dintre mamele minore au menționat că și propriile lor mame aveau sub 18 ani la data primei nașteri.⁷

Prin Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european”, al cărui promotor a fost INSP „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”, ghidul realizat sintetizează acele recomandări de bună practică medicală care pot fi înglobate serviciilor preventive oferite la nivelul asistenței medicale primare în configurația actuală a sistemului de sănătate din România: • evaluarea riscului și consilierea pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS); • identificarea riscului de infertilitate, consilierea și îndrumarea către serviciile specializate în tratamentul acesteia; • informarea în domeniul planificării familiale și consilierea sau îndrumarea către serviciile specializate; • evaluarea și consilierea pre- și interconceptională; • monitorizarea sarcinii și serviciile de îngrijire pre- și postnatală (v. ghidul dedicat).⁴

În acest context, în acest an se desfășoară încă o campanie destinată conștientizării tinerilor cu privire la opțiunile de îngrijire a sănătății reproductive, accesul la informații corecte și produse la prețuri accesibile, sigure și acceptabile – inclusiv contracepția, prevenirea infecțiilor și sexul sigur – le permite tinerilor să acceseze serviciile de care au nevoie pentru a-și proteja sănătatea.⁶

Cap I COMPORTAMENTUL SEXUAL ȘI REPRODUCTIV

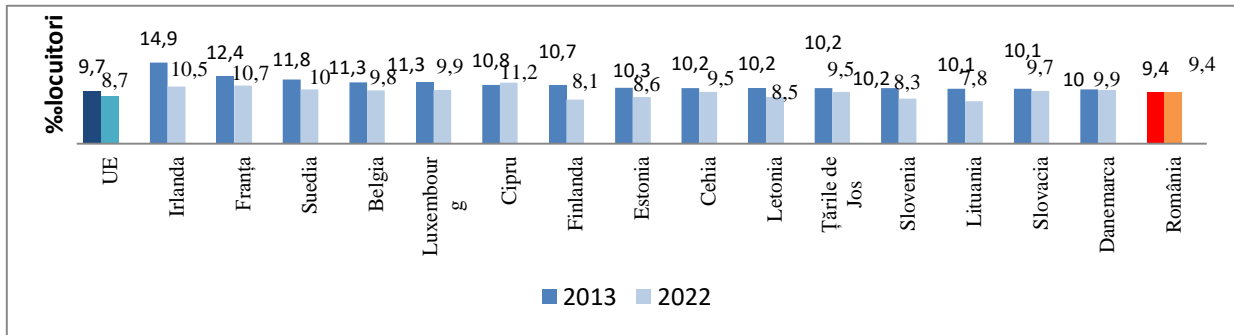
Date statistice la nivel european, național și județean privind nivelul și dinamica fenomenului

1. I.1 La nivel European

I.1.1. NATALITATEA

Tendința natalității în majoritatea țărilor UE a fost de scădere în 2022 față de 2013, iar în Germania de creștere.

Figura 1. Rata brută de natalitate UE, 2013 și 2022- 16 țări cu valorile cele mai mari (% locuitori)

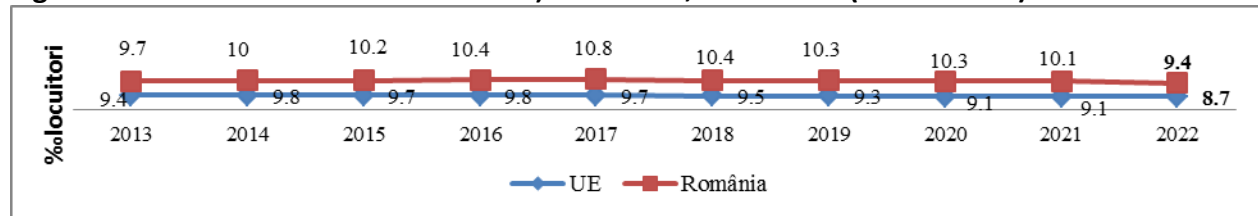


Sursa:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=en&category=t_demo.t_demo_fer⁸

Ratele de natalitate în țările din UE au înregistrat cele mai mari scăderi în 2022 față de 2013, în 29,5% (Irlanda), 24,3% (Finlanda) și Spania 24,2%, iar cele mai mari creșteri în Germania (3,5%).

Figura 2. Rata brută de natalitate în UE și România , 2013-2022 (% locuitori)



Sursa:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=en&category=t_demo.t_demo_fer⁸

În perioada 2013-2022, în UE, ratele de natalitate brută au înregistrat o scădere progresivă, de la 9,7‰ la 8,7‰ în UE (cu 10,31%). În România, în anul 2022, a atins valoarea din 2013 (9,4‰), cu un maxim de 10,8‰ în 2017.

Tabel 1. Ponderea născuților vii provenind de la adolescente cu vârste între 10-19 ani, în Europa și România, 2013-2022, %

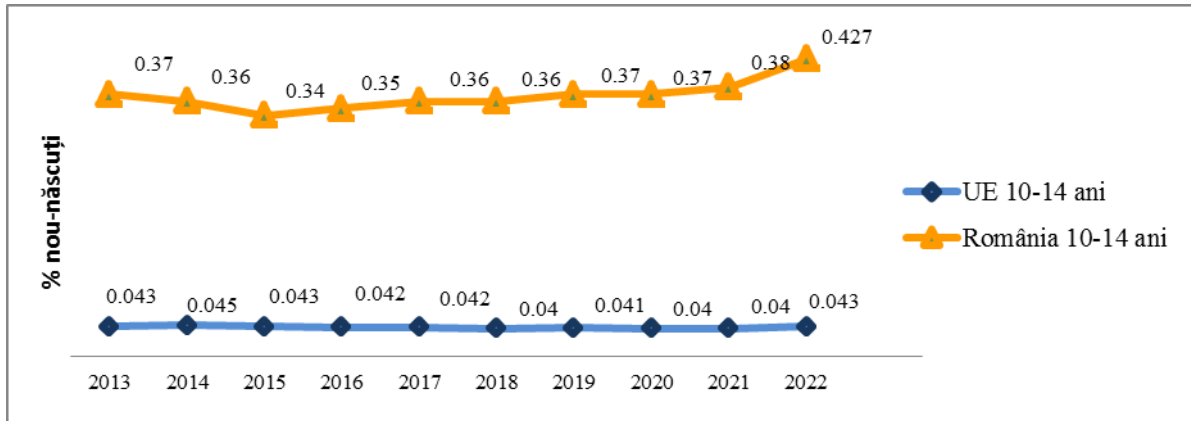
Țări	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
UE/EEA	2.90	2.81	2.70	2.69	2.55	2.43	2.37	2.26	2.06	2.09
România	10.16	10.01	9.84	9.97	9.66	9.48	9.35	9.13	9.18	9.30

Sursa:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fasec/default/table?lang=en&category=demo.demo_fer⁹

În perioada 2013-2022, în UE, ponderea născuților provenind din mame cu vârste cuprinse între 10-19 ani a înregistrat o scădere de 28%, iar în România, de 8.5%.

Figura 3. Evoluția ponderii nou-născuților la adolescente 10-14 ani, UE vs Romania, 2013-2022 (%)

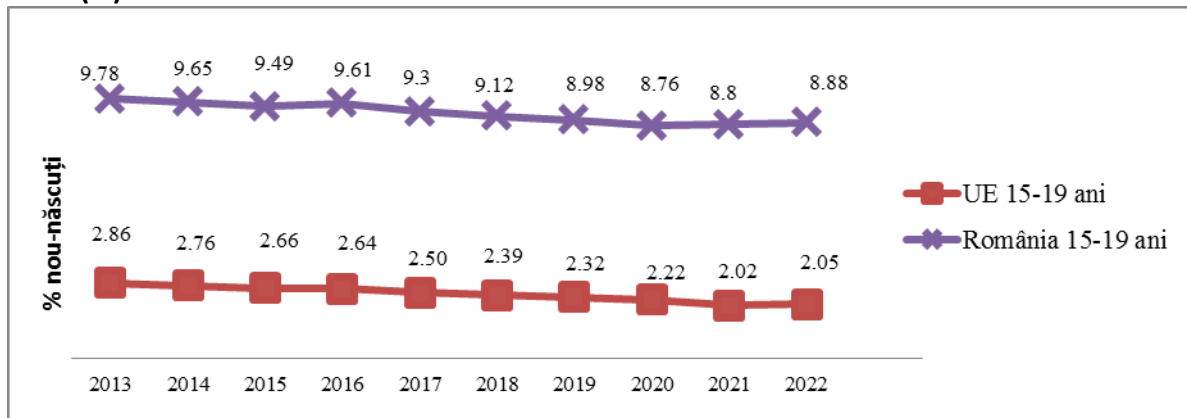


Sursa:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fasec/default/table?lang=en&category=demo.demofer⁹

În perioada 2013-2022, în UE, ponderea născuților provenind din mame cu vârste cuprinse între 10-14 ani a înregistrat o evoluție oscilantă, cu valoare maximă în 2014 (creștere de 4.65%) și minime în 2018 și 2020-2021 (scădere de 11%), iar în România, o creștere de 13.51% în anul 2022, față de 2013.

Figura 4. Evoluția ponderii nou-născuților la adolescente 15-19 ani, UE vs România, 2013-2022 (%)



În aceeași perioadă, în UE, ponderea născuților provenind din mame cu vârste cuprinse între 15-19 ani a înregistrat o scădere de 28,4%, iar în România, de 9%.

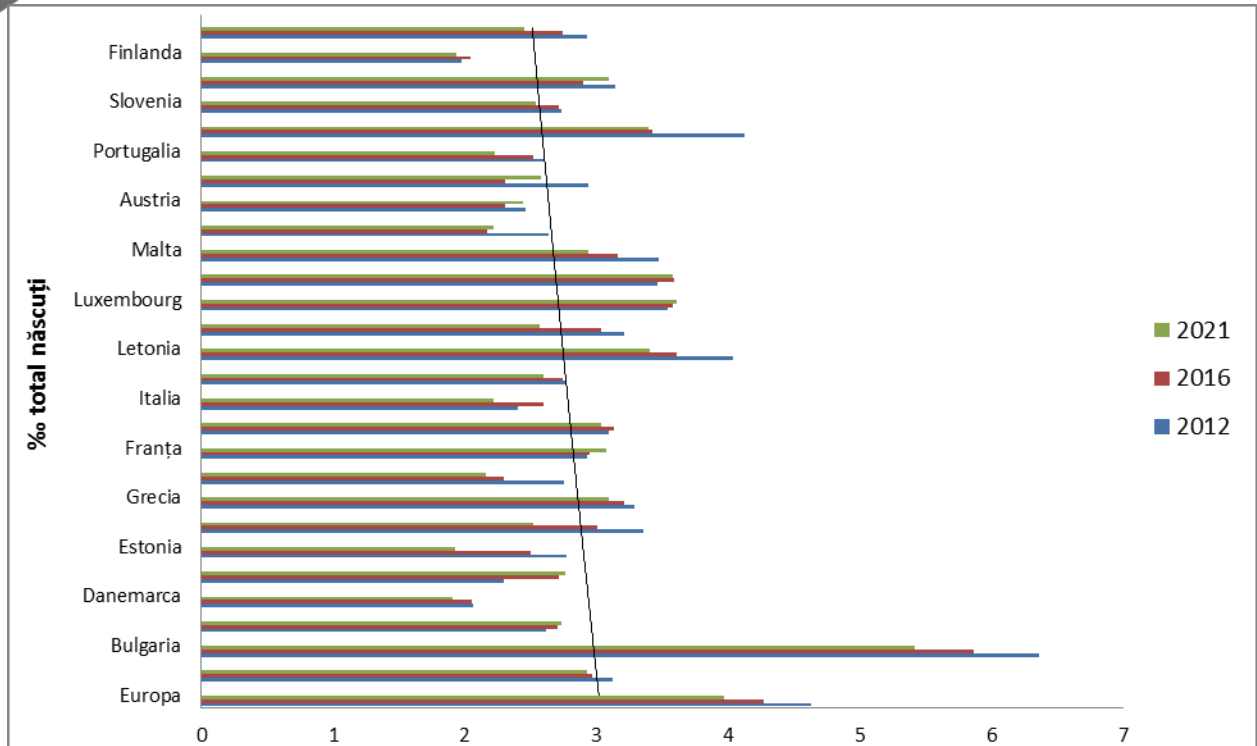
Deși **vârsta mamei la prima naștere** (ca estimare statistică) a crescut în UE de la 30,3 ani în 2013, la 31,1 ani în 2021 și 2022 (cu 2,64%), fenomenul nașterii la adolescente 10-14 ani și 15-19 ani este îngrijorător. În România, deși vârsta medie la prima naștere a crescut de la 27,4 ani în 2013, la 28,2 ani în 2021 și 2022 (cu 2,93%), fenomenul nașterii la adolescente rămâne de asemenea îngrijorător (fenomenul "copii cu copii").¹⁰

I.1.2. NĂSCUȚII MORȚI

La nivel global, în 2021, a fost înregistrată o rată **de născuți morți** de 13,91‰ născuți vii, în scădere de la 16,13‰ născuți vii în 2012 (cu 14%). În Europa, rata **de născuți morți** a scăzut de la 4,63‰ în 2012, la 3,97‰ în 2021 (cu 14%).^{11,12}

Atât în Europa, cât și în România, ratele de născuți morți au scăzut în 2021 față de 2012. În UE, ratele a scăzut cu 14% în perioada menționată, iar în România, cu 18%. În 2012, 3,13% din născuții morți din UE, se regăseau în România, iar în 2021, 3,24%.

Figura 5. Rata de mortinatalitate în Europa, 2012, 2016 și 2021(‰ total născuți)



Sursa: <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>¹¹,

<https://apps.who.int/gho/data/view.main.STILLBIRTHV?lang=en>¹²

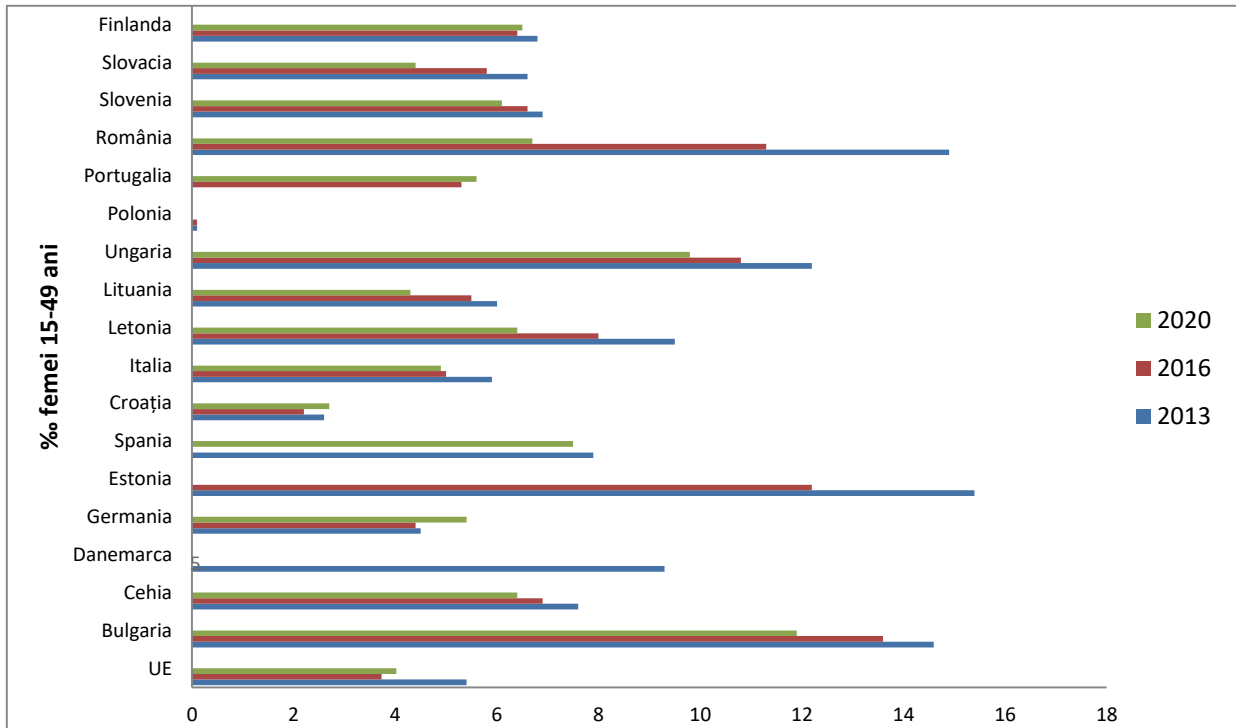
I.1.3. AVORTURI

În perioada 2013-2020, se remarcă o scădere a ratelor avorturilor (număr de avorturi %o femei 15-49 ani) în majoritatea țărilor UE (cu excepția creșterilor remarcate în Germania în special, de 22,7%, Croația, și Portugalia și a Poloniei, unde rata a rămas constantă). În România, avorturile au scăzut cu 55%.¹³

În raportul de cercetare REFUZUL LA EFECTUAREA AVORTULUI LA CERERE ÎN ROMÂNIA, 2020-2021, scăderea ratelor avorturilor se poate datora campaniilor de informare a populației, oferirii de metode contraceptive moderne gratuit unei categorii cât mai largi de beneficiare. În același timp, există un refuz în masă al medicilor din spitalele de stat de a practica avorturi la cerere.¹⁴

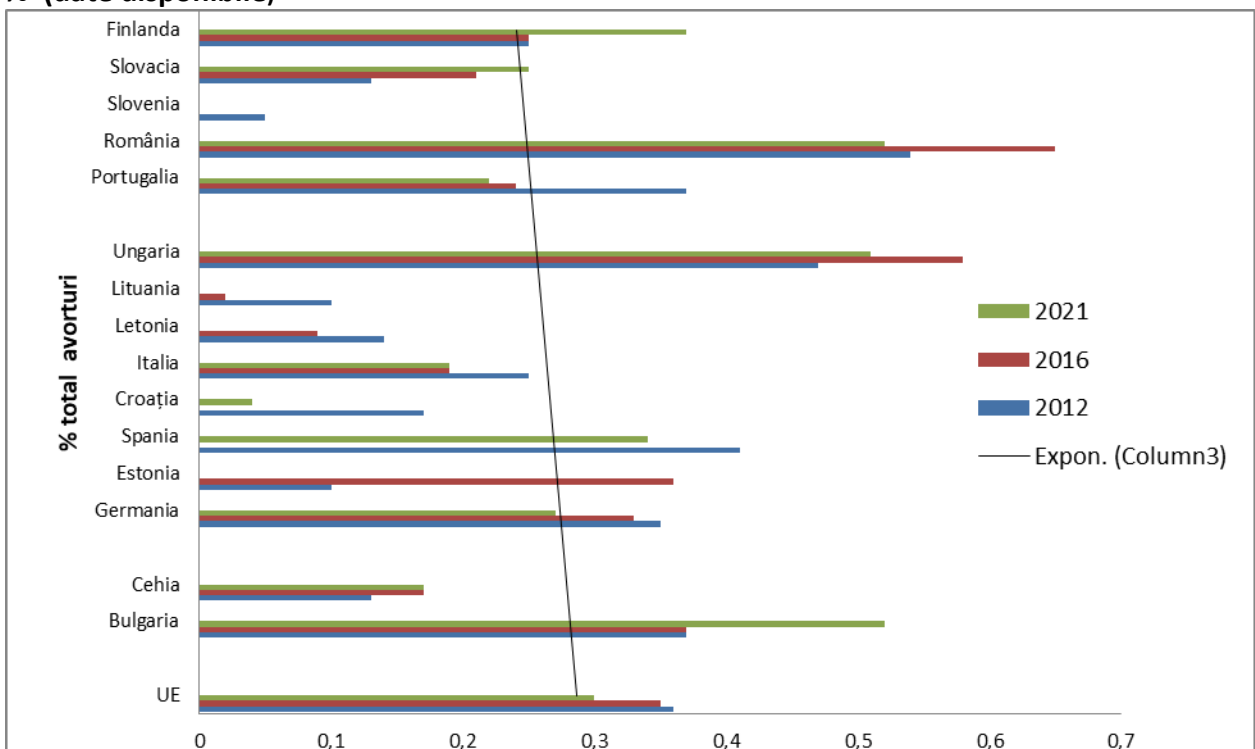
În cadrul unui număr de 59 spitale se efectuează întreruperi de sarcină la cerere; un număr de 69 spitale au transmis că nu efectuează avorturi la cerere, iar în nouă spitale se efectuează avort medicamentos. Din cei 802 medici specialiști în obstetrică-ginecologie care lucrează în cele 171 spitale care au răspuns, 275 efectuează întreruperi de sarcină la cerere. Raportul menționează existența unor discrepanțe în ceea ce privește răspunsul oficial al spitalelor și răspunsul acestora când sunt contactate telefonic.

Figura 6. Evoluția ratei avorturilor, Europa, 2013, 2016 și 2020 (%o femei 15-49 ani)



Sursa: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabortind/default/table?lang=en¹³

Figura 7. Ponderea avorturilor induse la mame cu vârste sub 15 ani, UE, 2012, 2016, 2021, % (date disponibile)

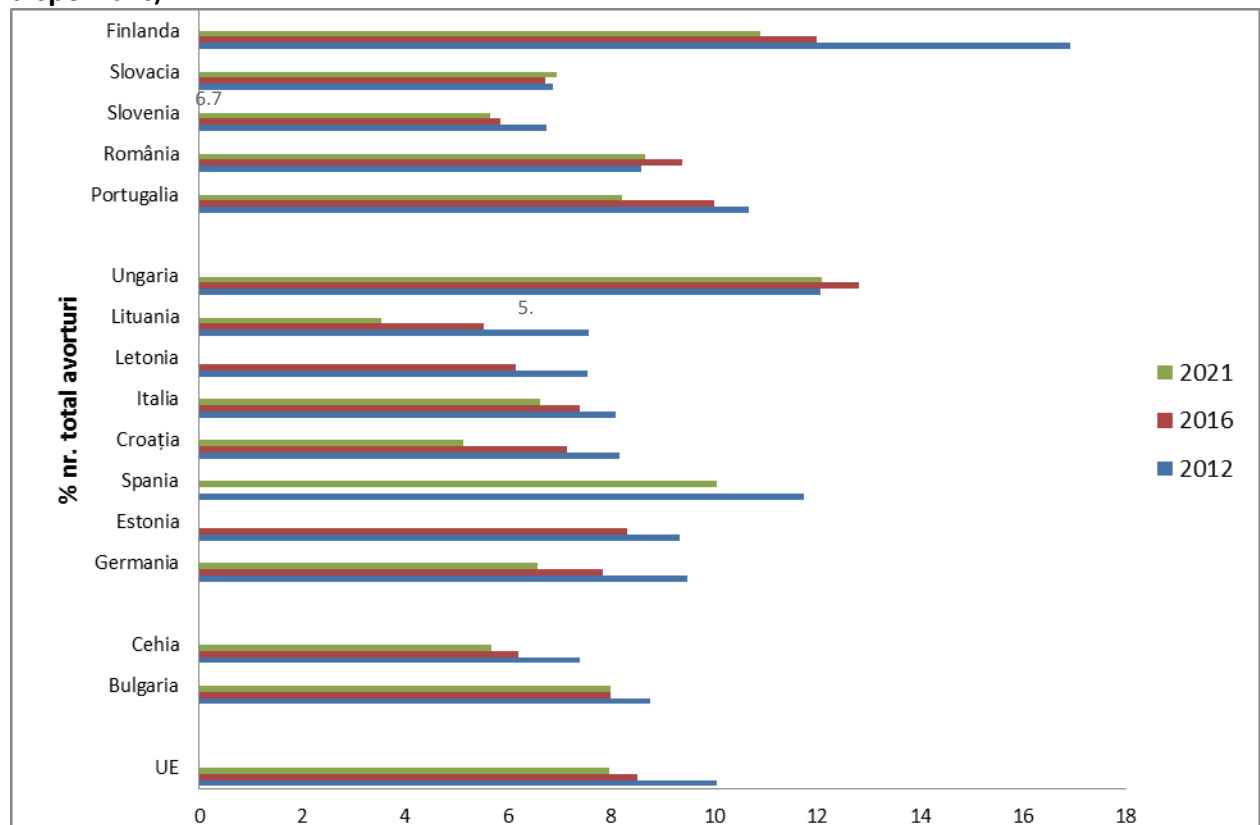


Sursa: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabort_custom_9706536/default/table?lang=en¹⁵

În perioada 2012-2021, în UE, ponderea avorturilor induse legal, înregistrate la adolescente cu vârste mai mici de 15 ani, a avut valori în scădere cu 14%. În România, ponderea avorturilor înregistrate la adolescente cu vârste mai mici de 15 ani a scăzut cu 4%.



Figura 7. Ponderea avorturilor induse la mame de 15-19 ani, UE, 2012 2016, 2021, % (date disponibile)



Sursa:

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabort_custom_9706536/default/table?lang=en¹⁵](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabort_custom_9706536/default/table?lang=en<sup>15</sup)

În perioada 2012-2021, în UE, ponderea avorturilor înregistrate la adolescente 15-19 ani a scăzut cu 16%. În România, în aceeași perioadă, ponderea avorturilor înregistrate la adolescente 15-19 ani a crescut cu 9,2% în 2016 față de 2012, ca apoi să scadă cu 8% față de 2016.

I.1.4. MORTALITATEA MATERNĂ (‰000 născuți vii)

Obiectivele de dezvoltare sustenabilă (SDG), o agendă globală pentru dezvoltare vizează să abordeze provocări majore ale lumii, cum ar fi sărăcia, inegalitățile, accesul la educație, accesul la servicii de sănătate, dar și toate aspectele legate de mortalitatea maternă.

Conform OMS, UNICEF, UNFPA, World Bank și UNDESA, în 2020, la nivel global, aproximativ 287000 de femei au murit dintr-o cauză maternă (800 de decese materne zilnic și aproximativ 1 la 2 minute), cu mai mult de 1/3 mai mică decât în 2000, când au existat aproximativ 446000 de decese materne.

În 2020, rata a fost estimată la 223 de decese materne ‰000 de născuți vii, în scădere de la 227 în 2015 și de la 339 în 2000 – o reducere cu 1/3 (34,3%) pe toată perioada de 20 de ani. În medie, RMM global a scăzut cu 2,1% anual între 2000 și 2020, deși progresul a fost inegal în această perioadă. În perioada 2000 – 2015, media globală de scădere a fost de 2,7%, dar aceasta a crescut cu 0,04% între 2016 și 2020.¹⁶

Tabel 2. Rata de mortalitate maternă, 2020 (‰000, nr, %)

Regiunea/Țara	Mortalitatea maternă ‰000	Număr decese materne	% decese materne din decesele femeilor de vârstă reproductivă
La nivel global	223	287000	9.8



Europa	13	1300	0.7
România	10	20	0.7

Sursa: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>¹⁶

Rata de mortalitate maternă a înregistrat o scădere atât la nivel global, în Europa cât și în România, în perioada 2000-2020.

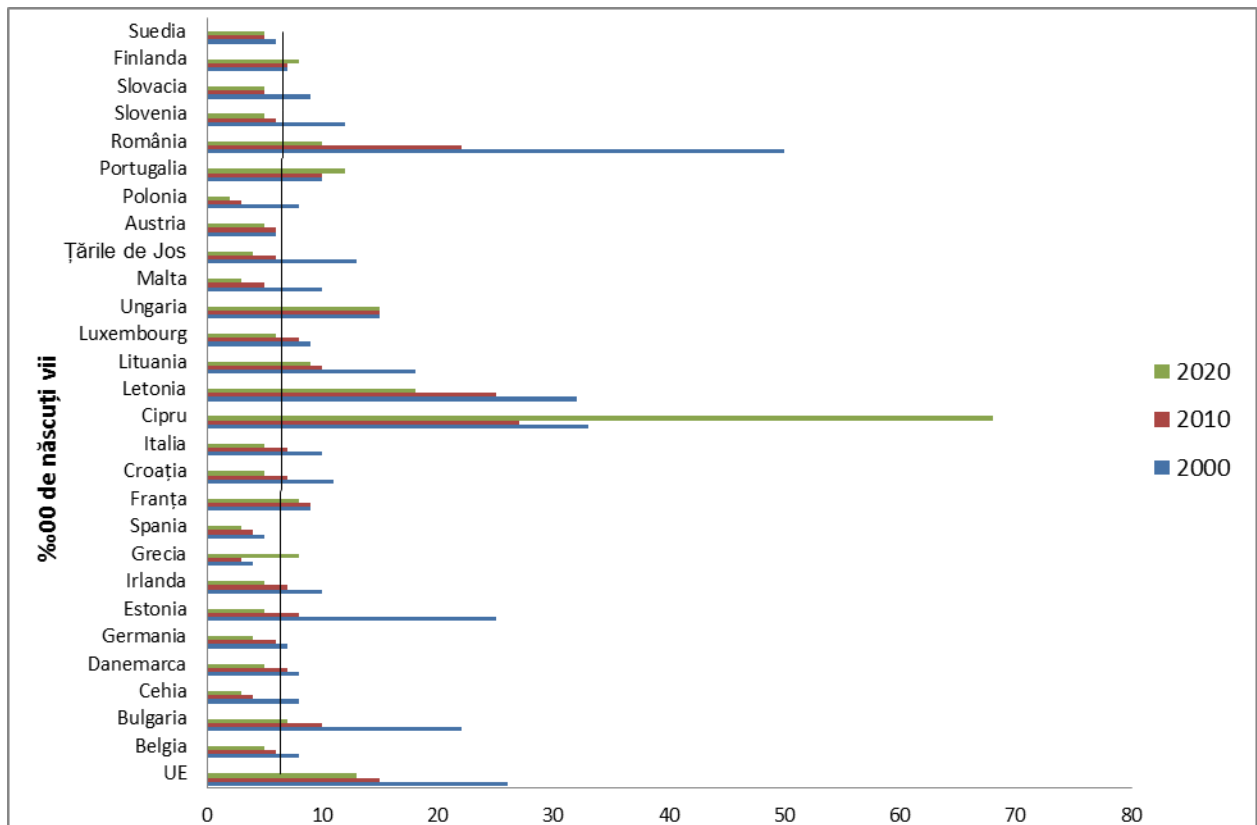
Tabel 3. Rata mortalității materne (RMM, ‰) și rata medie anuală de reducere (ARR, %) în perioada 2000-2020, la nivel global, european și în România

Regiunea/Țara	Rata de mortalitate maternă ‰ născuți vii			% Reducere în perioada 2000-2020
	2010	2015	2020	
La nivel global	339	254	223	34.3
Europa	20	10	13	58.3
România	50	22	10	8.0

Sursa: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>¹⁶

Rata de mortalitate maternă înregistrată în anul 2000, a avut valorile cele mai mari în România (50‰), aprox. dublu față de valorile înregistrate în UE. Ratele de mortalitate maternă au scăzut atât în Europa cât și în România.

Figura 8. Rata mortalității materne la nivel european, 2000, 2010 și 2020 (‰)

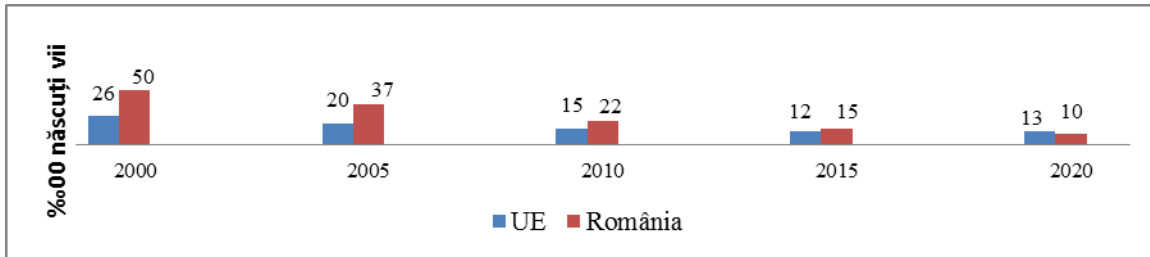


Sursa: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>¹⁶

Rata de mortalitate maternă, în perioada 2000-2020, a înregistrat o scădere de 50% la nivel european și de 20% în România.



Figura 9. Mortalitatea maternă, România vs. UE, 2000, 2005, 2010, 2015 și 2020 (% \cdot 00 născuți vii)



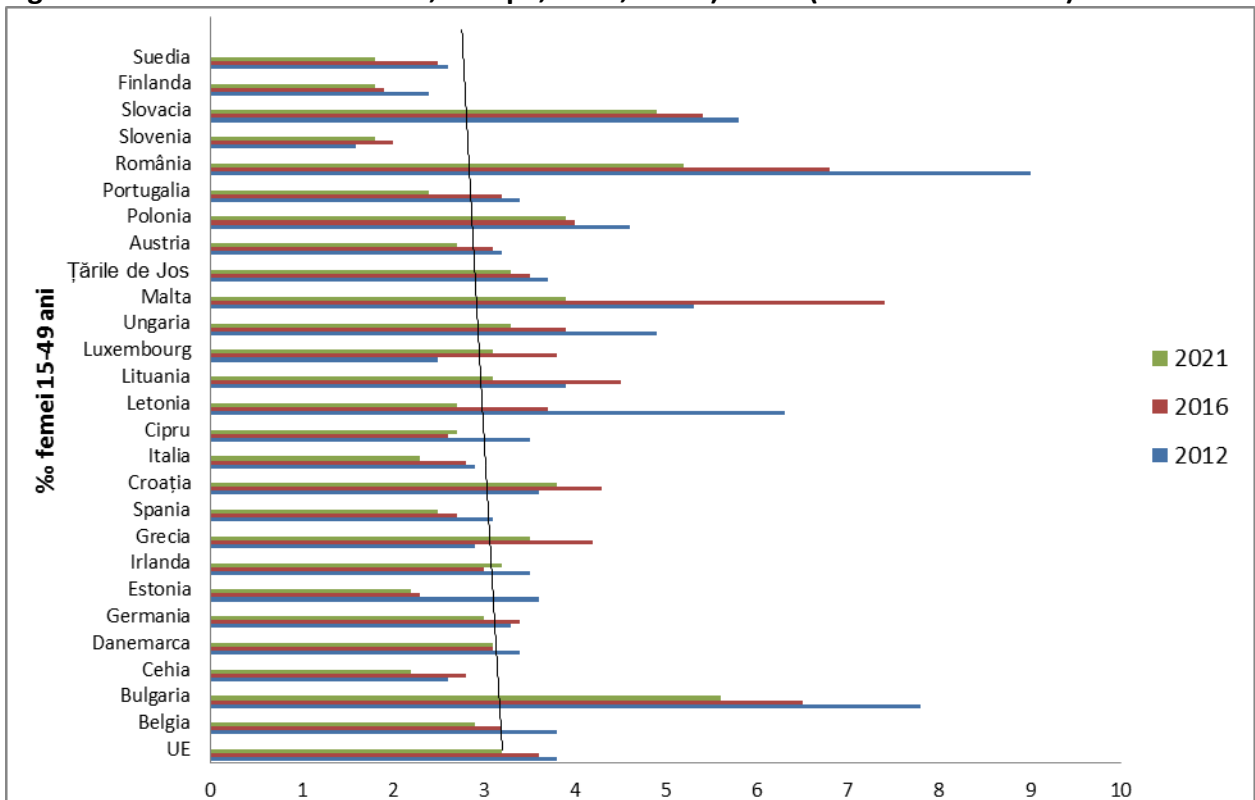
Sursa: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>¹⁶

În 2021, cel mai mare număr de decese datorate sarcinii, nașterii și lăuziei s-au înregistrat în **România (51- o creștere cu 150% față de anul anterior)** și Franța (49).¹⁷

I.1.5. MORTALITATEA INFANTILĂ

În perioada 2013-2022, în UE, mortalitatea infantilă a înregistrat o scădere de 11%. Cele mai mari scăderi ale mortalității infantile s-au înregistrat **România (36%)** și Bulgaria (34%).

Figura 10. Mortalitatea infantilă, Europa, 2012, 2016 și 2021 (% \cdot femei 15-49 ani)



Sursa:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/default/table?lang=en&category=demo.dem_o_mor¹⁸

În anul 2013, ponderea deceselor neonatale înregistrate în cazul mamelor cu vârste cuprinse între 15-19 ani a fost mai mare în România față de UE de 4 ori (sub 1 zi), de 3 ori (1-6 zile) și de 2 ori (7-27 zile).

În perioada 2013-2020, ponderea deceselor neonatale înregistrate în cazul mamelor cu vârste cuprinse între 15-19 ani a înregistrat scăderi cu 46% (sub 1 zi), respectiv 26% (1-6 zile)



și 24% (7-27 zile). În România, în perioada 2013-2021, a înregistrat creșteri cu aprox. 21%, 27% și respectiv 82%.

Tabel 4. Ponderea deceselor neonatale în cazul mamelor cu vârste cuprinse între 15-19 ani, în UE, comparativ cu România, în perioada 2013-2021

Grupa de vârstă a mamei	Ani	UE			România		
		sub 1 zi	1-6 zile	7-27 zile	sub 1 zi	1-6 zile	7-27 zile
15-19 ani	2013	2.66	2.99	3.27	10.75	8.74	7.55
	2014	2.28	3.31	3.40	9.63	11.71	13.71
	2015	2.63	3.50	2.84	14.94	11.95	13.03
	2016	2.46	3.11	2.65	11.73	8.72	11.55
	2017	2.37	2.84	3.28	17.91	12.78	14.81
	2018	1.97	2.96	2.84	6.33	11.51	13.19
	2019	1.98	2.72	2.94	12.5	10.41	12.32
	2020	1.66	2.89	2.18	8.25	12.30	10.65
	2021	1.44	2.20	2.47	12.61	10.98	13.90

Sursa:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aperro_custom_9986260/default/table?lang=en¹⁹
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aperro/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pnmor²⁰

I.2. ROMÂNIA

I.2.1. Natalitatea

Natalitatea a fost de 8,3‰ în 2022, în scădere de la 9,6‰ în 2013 (aprox. 14%).

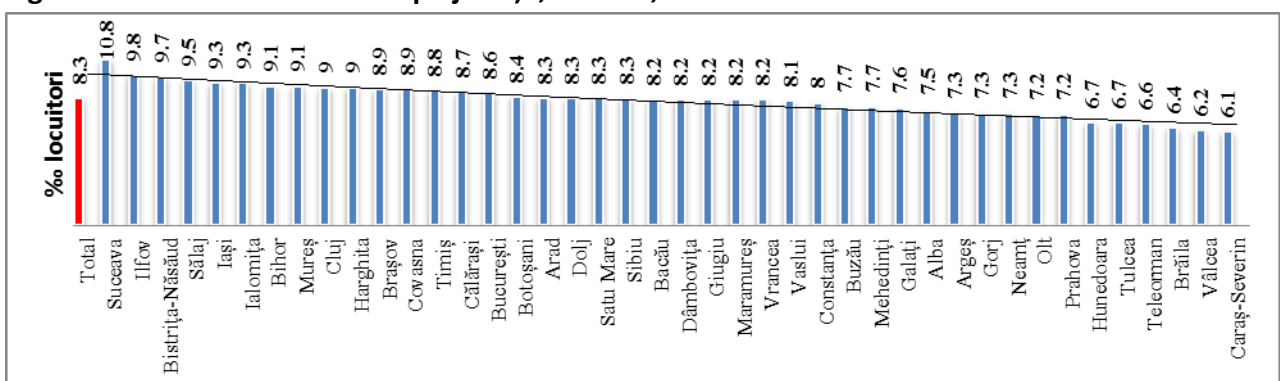
Tabel 5. Ratele de natalitate în perioada 2013-2022, România (‰ locuitori)

Mediu	Ani									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Născuți vii ‰ locuitori									
Total	9.6	9.1	9.3	9.4	9.7	9.7	9.7	9.5	8.9	8.3
urban	9.3	8.8	9	9.2	9.5	9.5	9.5	9.2	8.4	7.6
rural	10	9.5	9.5	9.7	9.9	9.9	9.9	10	9.6	9.2

Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹>

În mediul urban a scăzut cu aprox. 18%, iar în mediul rural cu aprox. 8%.

Figura 11. Ratele de natalitate pe județe, în 2022, România ‰ locuitori



Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹>

În 2022, cele mai mari valori ale natalității s-au înregistrat în județele: Suceava (10,8‰), Ilfov (9,8‰) și Bistrița-Năsăud (9,7‰), iar cele mai mici valori, în Caraș Severin (6,1‰), Vâlcea (6,2‰).



Ponderea **născuților vii** având mame cu vârste mai mici de 15 ani a înregistrat valori în scădere cu 8% în perioada 2013-2022 și cu 22% în cazul mamelor având vârste cuprinse între 15-19 ani.

Tabel 6. Ponderea născuților vii din total nou-născuți, pe grupe de vârstă ale mamei (sub 15 și 15-19 ani), România, 2013-2022, nr. și %

Grupe de vârstă a mamei	Ani									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	214932	202501	206190	209641	214928	214614	215467	211273	196858	182083
sub 15 ani	816 0.38%	728 0.36%	698 0.34%	732 0.35%	763 0.35%	746 0.35%	779 0.36%	760 0.37%	745 0.38%	751 <u>0.41%</u>
15-19 ani	20642 9.60%	19375 9.58%	19426 9.42%	20066 9.57%	19908 9.26%	19502 9.09%	19052 8.84%	18372 8.69%	17273 8.77%	16070 <u>8.82%</u>

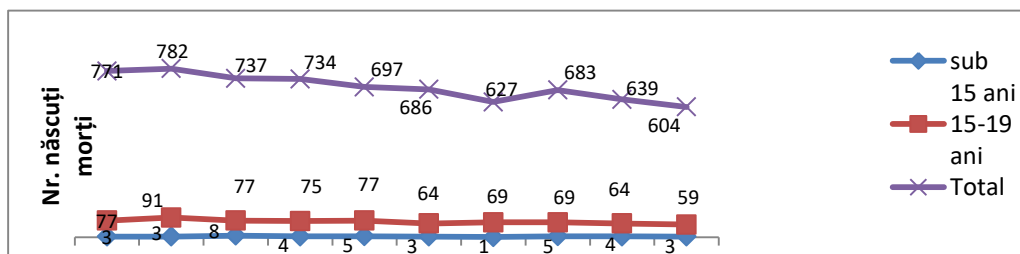
Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹>

I.2.2. NĂSCUȚII MORȚI, MORTINATALIAȚE

În ceea ce privește numărul de născuți morți, în 2022, se remarcă o scădere cu 22% față de 2013.

Copiii **născuți morți** care au provenit din fete adolescente cu vârste mai mici de 15 ani, în 2022, au reprezentat **0,49%** din totalul de copii născuți morți în 2022, față de **0,39%** din totalul de copii născuți morți în 2013. La mamele cu vârste între 15-19 ani, s-au înregistrat 9,77% născuți morți din totalul de copii născuți morți în 2022 iar în 2013, 9,99%.

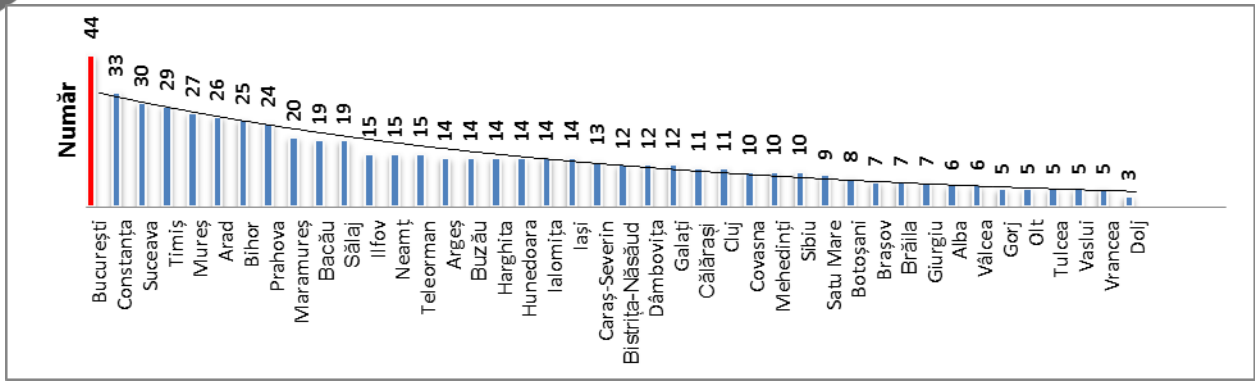
Figura 12. Evoluția numărului de născuți morți pe grupe de vârstă ale mamei, în perioada 2013-2022, România



Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹>

Pe întreaga perioadă 2013-2022, s-a remarcat scăderea numărului de născuți morți atât în mediul urban (cu 21%), cât și în rural (cu 22%). Cei mai mulți născuți morți s-au înregistrat în București (44), Constanța (33) și Suceava (30), iar cei mai puțini în Gorj, Olt, Tulcea, Vaslui și Vrancea (câte 5) și Dolj (3).

Figura 13. Născuți morți pe județe, România, 2022 (nr.)



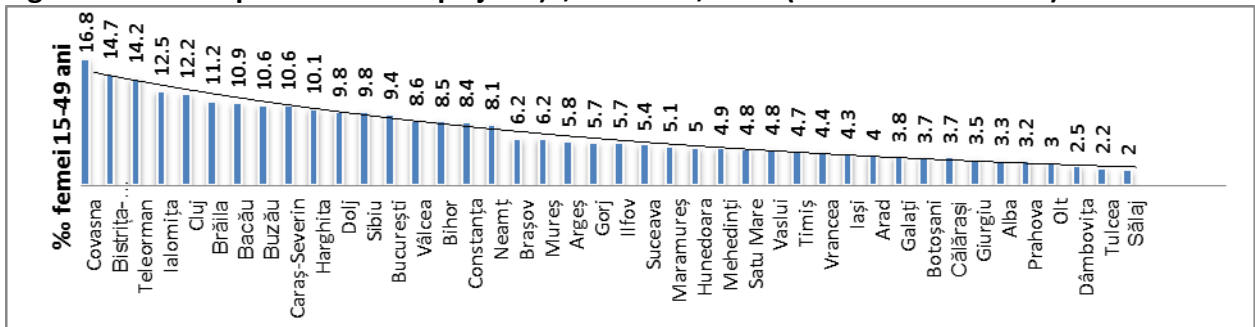
Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table21>

Deși s-au înregistrat valori scăzute ale numărului de născuți morți la mamele cu vârste mai mici de 15 ani și cu vârste între 15-19 ani, în anul 2022 față de 2013, fenomenul **copii cu copii** persistă în România, având consecințe grave atât asupra nou născuților, cât și asupra mamelor cu vârste mult prea mici (aparatură reproducătoare incomplet dezvoltată pentru sarcină și naștere).

I.2.3. AVORTURILE

În România, în anul 2022 au fost efectuate 28661 întreruperi de sarcină (7,1 avorturi % femei 15-49 ani, dintre care 46,78% au fost la cerere) comparativ cu 86432 întreruperi de sarcină (dintre care 56,8% au fost la cerere) efectuate în anul 2013.^{20,21,22}

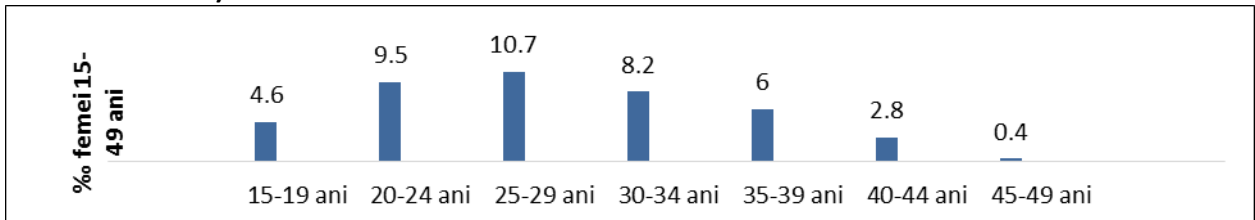
Figura 14. Întreruperi de sarcină pe județe, România, 2022 (% femei 15-49 ani)



Sursa: INSP-CNSISP

Ratele avorturilor la cerere au înregistrat valori mai scăzute în 2022 față de 2013 (69%). În 2022, cele mai multe avorturi au fost efectuate în Covasna, Bistrița-Năsăud și Teleorman, iar cele mai puține, în Dâmbovița, Tulcea și Sălaj.

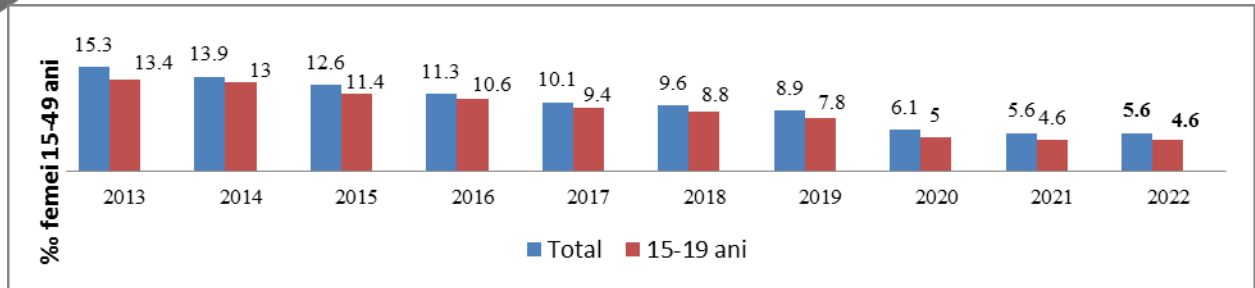
Figura 15. Întreruperi de sarcină, pe grupe de vârstă ale mamei, România, 2022 (% femei de vârstă fertilă)



Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table21>

Cele mai multe avorturi au fost înregistrate la grupa de vârstă 25-29 ani.

Figura 16. Avorturi la adolescente 15-19 ani, România, 2013- 2022 (% femei)



Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹>

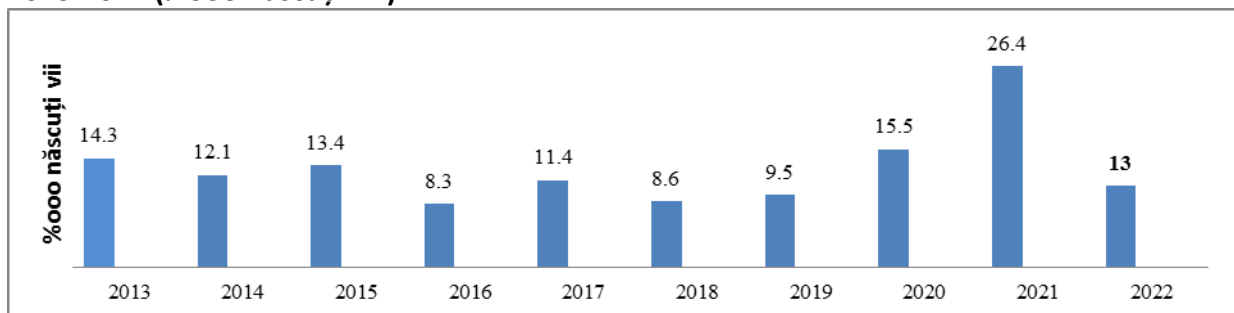
În 2022, avorturile la fete cu vârste între 15-19 ani, au scăzut cu 66% comparativ cu anul 2013.

În anul 2013, avorturile înregistrate la fete cu vârste între 15-19 ani reprezentau 8,87% din totalul avorturilor înregistrate în același an, iar în 2022, 8,85%.

I.2.4. MORTALITATEA MATERNĂ

Mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct a înregistrat o scădere de 34%, de la 11,7 la 7,7 (‰o născuți vii). Mortalitatea maternă prin risc obstetrical indirect a înregistrat o creștere de 81%, de la 10,7 la 19,4 (‰o născuți vii). Mortalitatea maternă cauzată de avort a avut valori reduse în 2021 față de 2011, cu aprox. 65%.

Fig. 17. Mortalitate maternă prin complicații ale sarcinii, nașterii și lăuziei în România, 2013-2022 (‰o născuți vii)

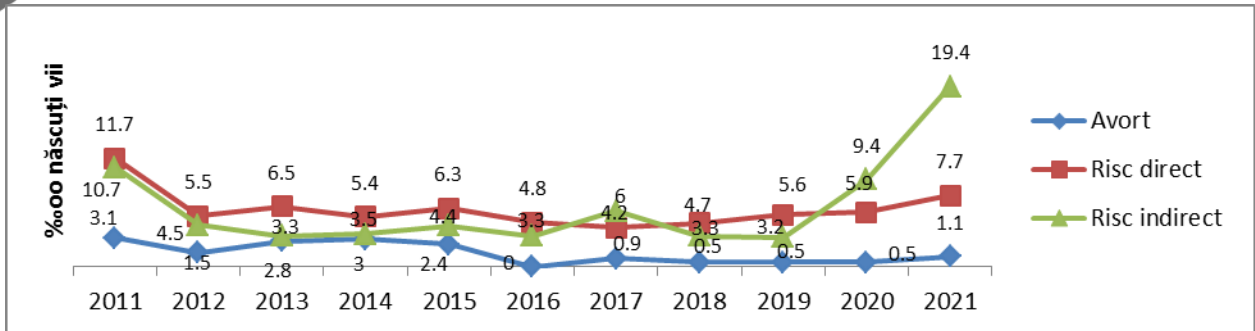


Sursa: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹>

În perioada 2013-2022, mortalitatea maternă a înregistrat scăderi cu 9%, în 2022 o scădere cu 51% față de anul 2021.

În anul 2021 s-au înregistrat un număr de 51 decese, rata de mortalitate maternă fiind mai mare decât în 2011, când s-a înregistrat un număr de 50 decese (28,2‰o vs 25,5‰o, mai mare cu 10,6%).

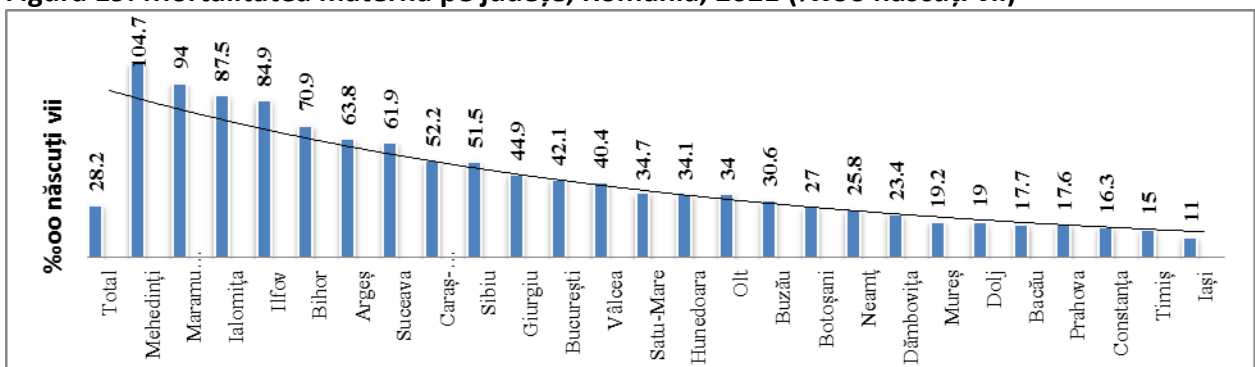
Fig.18. Evoluția mortalității materne pe categorii de risc, România, 2011-2021 (‰o născuți vii)



Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf²²

În 2021, mortalitatea maternă a avut valorile cele mai mari în județele Mehedinți (104,7‰) și Maramureș (94‰), iar cea mai mică valoare a avut-o județul Iași (1‰).

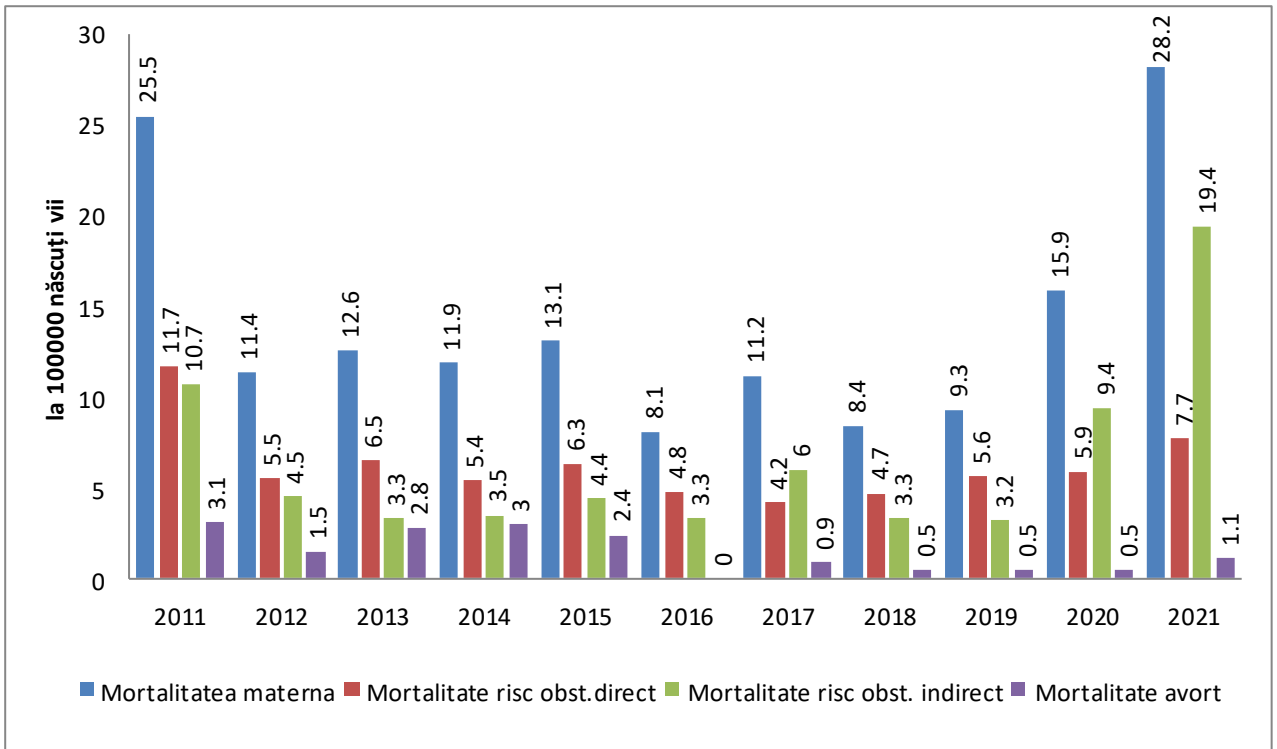
Figura 19. Mortalitatea maternă pe județe, România, 2021 (‰ născuți vii)



Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf²²

În perioada 2011-2021 mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct a înregistrat scăderi marcante la toate grupele de vârstă, cu 49% la grupa 10-19 ani, cu 89,5% la grupa 20-29 ani, cu 71% la grupa 30-39 ani și cu 98% la grupa 40-49 ani.

Figura 20. Mortalitate maternă, prin avort și riscuri obstetricale, România, 2011-2021, ‰ născ.vii

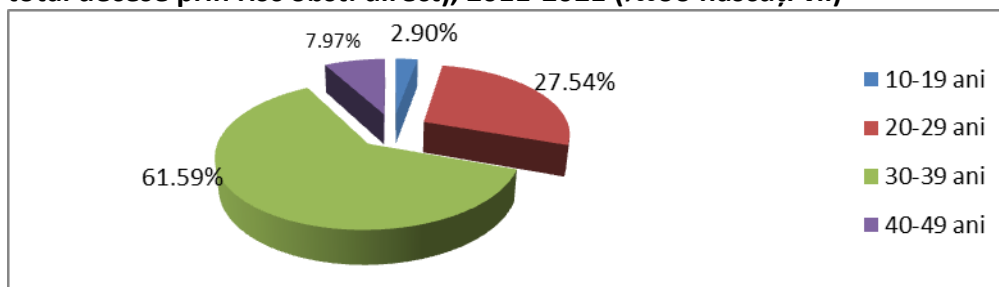


Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf²²

Riscurile obstetricale au reprezentat cauza cea mai frecventă de mortalitate maternă, în perioada 2011-2021.

Mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct a înregistrat cea mai mare valoare la grupa de vârstă 30-39 ani (61,6% din decesele materne prin risc direct).

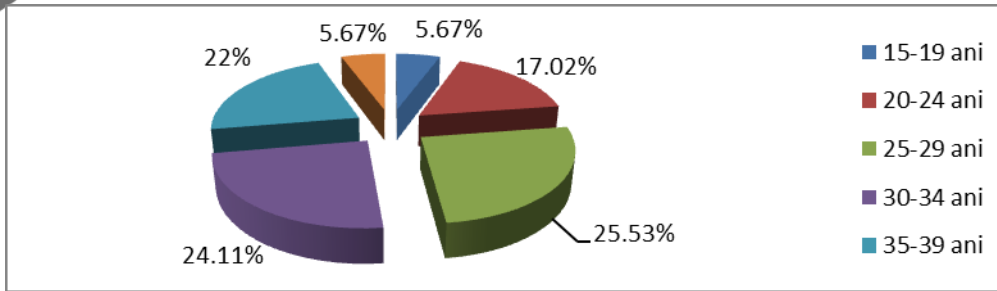
Figura 21. Ponderea deceselor prin risc obst. direct pe grupe de vârstă ale mamei (% din total decese prin risc obst. direct), 2011-2021 (‰o0 născuți vii)



Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf²²

Prin risc obst. indirect, grupele de vârstă unde se înregistrează cele mai mari valori ale mortalității materne sunt 25-29 ani (25,53% dintre decesele materne prin risc indirect) și 30-34 ani (24,11%).

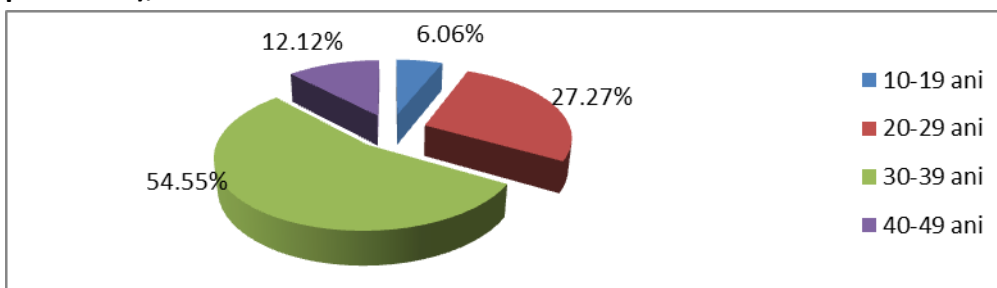
Figura 22. Ponderea deceselor prin risc obst. indirect pe grupe de vârstă ale mamei (% din total decese prin risc obst. indirect), 2011-2020



Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea_materna-in-Romania-2021.pdf²²

Prin avort, grupa de vârstă unde se înregistrează cele mai mari valori ale mortalității materne este 30-39 ani (54,55% dintre decesele materne prin avort).

Figura 23. Ponderea deceselor prin avort pe grupe de vârstă ale mamei (% din total decese prin avort), 2011-2020

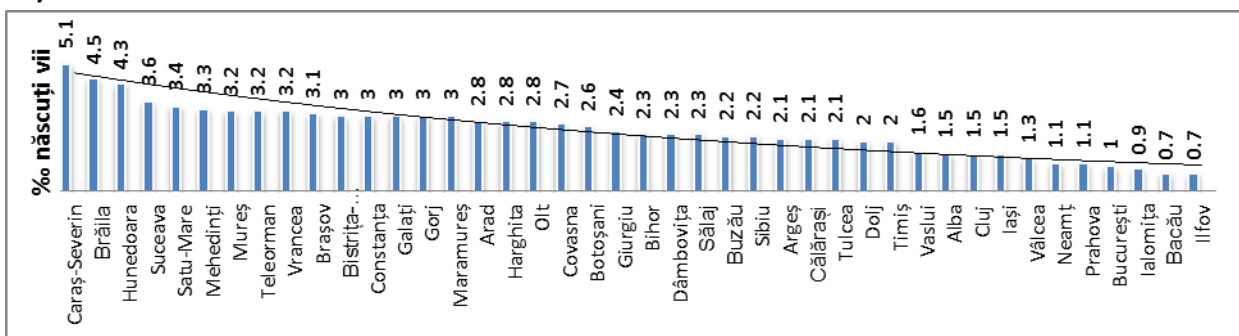


Sursa: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea_materna-in-Romania-2021.pdf²²

I.2.5. MORTALITATEA INFANTILĂ

Mortalitatea infantilă neonatală

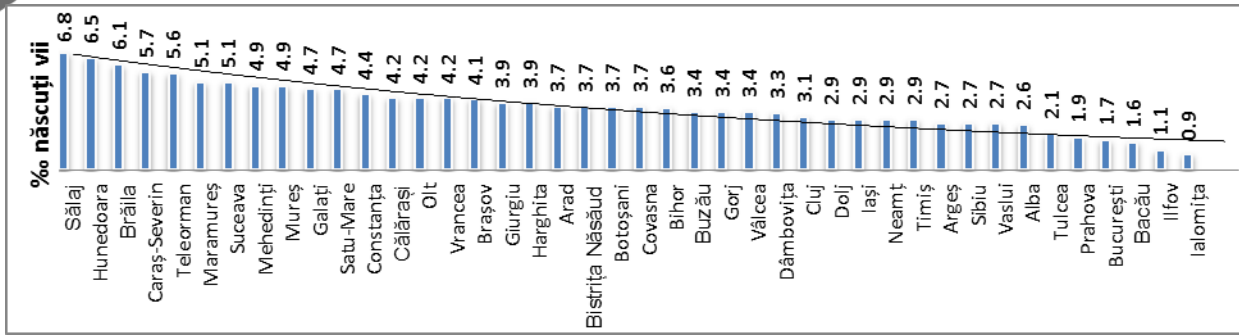
Figura 24. Mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) pe județe, România, 2022 (% născuți vii)



Sursa: <https://insp.gov.ro/download/mortalitatea-infantila-in-romania-2022/>²³

Mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) are valoarea cea mai mare în județul Caraș-Severin (5,1% născuți vii) și cea mai mică în județele Bacău și Ilfov (câte 0,7% născuți vii).

Figura 25. Mortalitatea neonatală (0-27 zile) pe județe, România, 2022, % născuți vii



Sursa: <https://insp.gov.ro/download/mortalitatea-infantila-in-romania-2022/23>

Mortalitatea neonatală (0-27 zile) are valoarea cea mai mare în județul Sălaj (6,8‰ născuți vii) și cea mai mică în județul Ialomița (0,9‰ născuți vii).

Mortalitatea neonatală precoce a scăzut cu aprox. 51% în 2022 (atât la fete cât și la băieți), comparativ cu anul 2010. Pe medii, în urban a scăzut cu aprox. 55% în aceeași perioadă, iar în mediul rural, a scăzut cu aprox. 49%.

Tabelul 8. Mortalitatea neonatală precoce, în România, 2010-2022 (‰ născuți vii)

Total	Ani								
	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	3.7	2.9	2.5	2.3	2.2	2.1	2.1	1.9	2.2
Urban	3.1	2.4	2.2	1.8	1.8	1.8	1.9	1.6	1.9
Rural	4.4	3.5	2.9	2.9	2.7	2.5	2.4	2.2	2.6
Masculin	4.3	3.2	2.8	2.5	2.3	2.4	2.2	2	2.6
Feminin	3	2.5	2.2	2.1	2	1.9	2.1	1.8	1.9

Sursa: <https://insp.gov.ro/download/mortalitatea-infantila-in-romania-2022/23>

Cap II Infecții cu transmitere sexuală

- Peste 1 milion de infecții cu transmitere sexuală (ITS) sunt dobândite în fiecare zi în întreaga lume, dintre care majoritatea sunt asimptomatice.
- În fiecare an există aproximativ 374 de milioane de noi infecții cu 1 din 4 ITS curabile: chlamydia, gonoree, sifilis și trichomoniasis.
- Se estimează că peste 500 de milioane de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani au o infecție genitală cu virusul herpes simplex (HSV sau herpes).
- Infecția cu papilomavirus uman (HPV) este asociată cu peste 311 000 de decese cauzate de cancerul de col uterin.²⁴

Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) sunt o cauză globală majoră de îmbolnăvire acută, infertilitate, dizabilități pe termen lung și deces, cu consecințe medicale și psihologice grave pentru milioane de bărbați, femei și sugari. OMS/Europa pledează și asistă statele membre în promovarea politicilor și practicilor bazate pe dovezi și drepturile omului pentru controlul și prevenirea ITS și în dezvoltarea capacităților naționale de a implementa astfel de politici și practici.²⁵

Datele și statisticile ITS sunt colectate anual prin formularul de raportare comun OMS/Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF). Acest proces acoperă cele 53 de state membre din Regiunea Europeană a OMS. Sistemul centralizat de informații pentru boli infecțioase (CISID) al OMS/Europa prezintă aceste date online.

II.1. HIV/SIDA

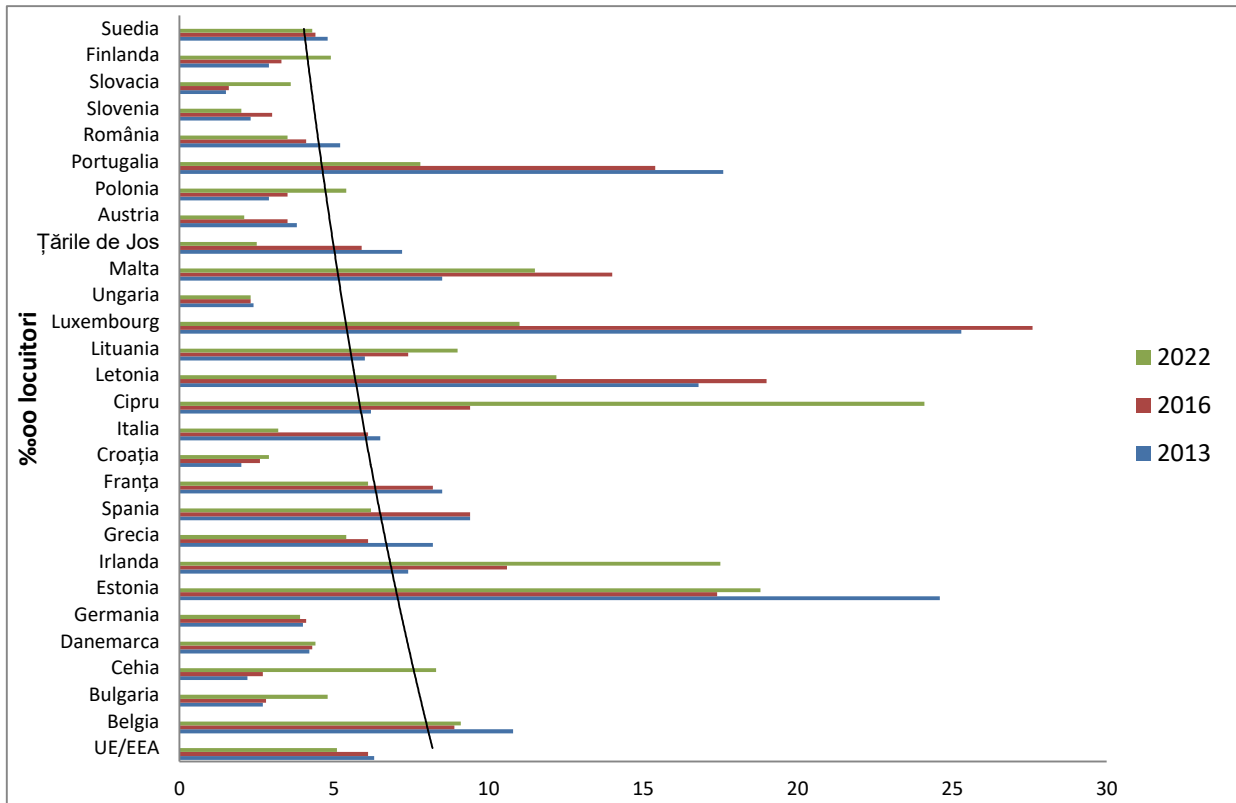
II.1.1. EUROPA



În UE, incidența HIV a scăzut de la 6,3 ‰ locuitori în 2013, la 3.8 în 2020 (cu 40%), crescând apoi până în anul 2022 cu 34% față de valoarea din 2020.

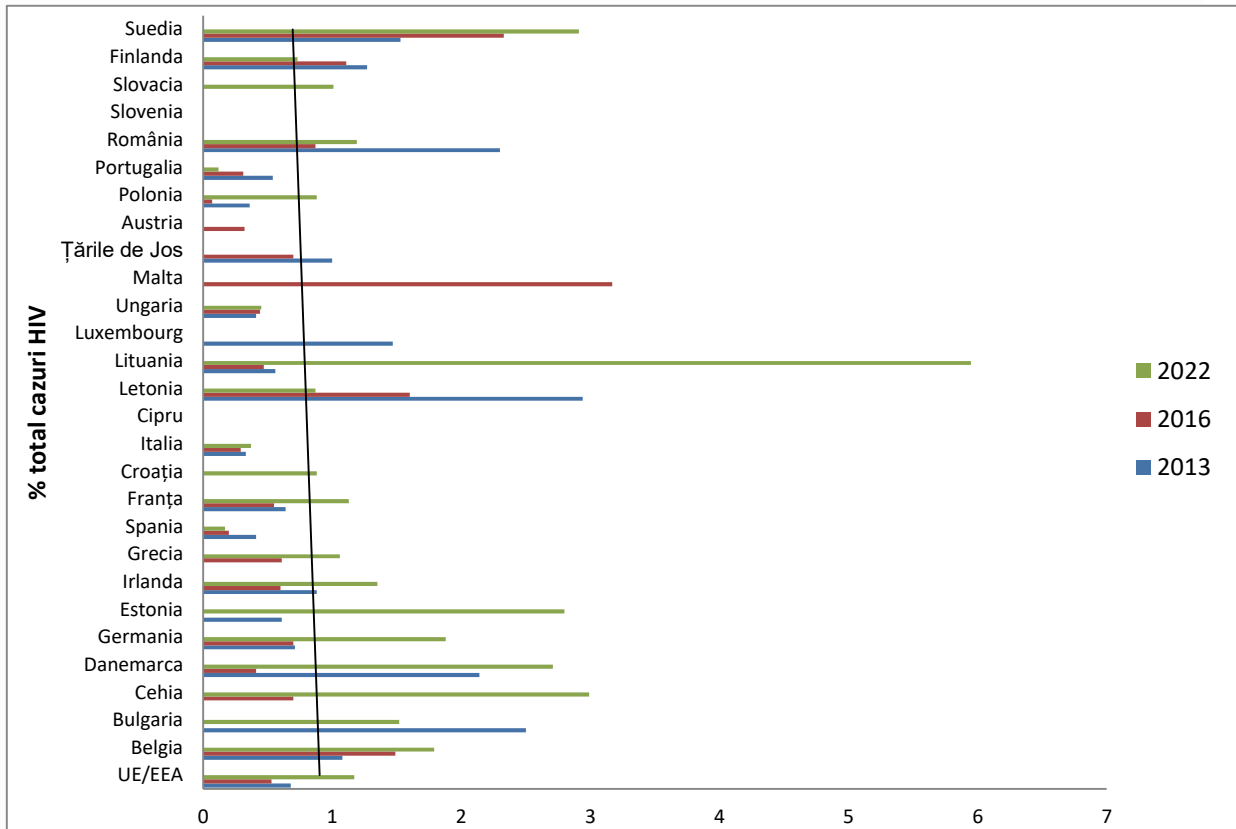
În 2013, incidența HIV în România reprezenta 82,5% din valoarea UE, iar în 2022, a reprezentat 68,6% din valoarea UE. Proporția maximă a fost înregistrată în 2013, când incidența HIV în România a fost 82,2% din valoarea UE.²⁶

Figura 26. Incidența HIV în UE, în perioada 2013, 2016 și 2022 (‰ locuitori)



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2023-2022-data>²⁶

Figura 28. Ponderea cazurilor noi de HIV la persoanele infectate prin transmiterea materno-fetală, din total cazuri noi, în UE, 2013, 2016 și 2022



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2023-2022-data>²⁶

II.1.2. România

ROMÂNIA

La 31.12.2023, în România existau 27897 cazuri HIV/SIDA (total cumulativ), cazuri noi HIV/SIDA - 716, decese datorită SIDA – 8556.

Situația cazurilor de HIV/SIDA la grupa de vârstă sub 20 de ani evidențiază predominanța subgrupeii de vârstă 15-19 ani atât la cazurile noi, cât și la cazurile în viață și a cazurilor SIDA la subgrupa de vârstă 5-9 ani.

Tabel 9. Situația infecției HIV/SIDA în România, în funcție de grupa de vârstă, 31.12.2023

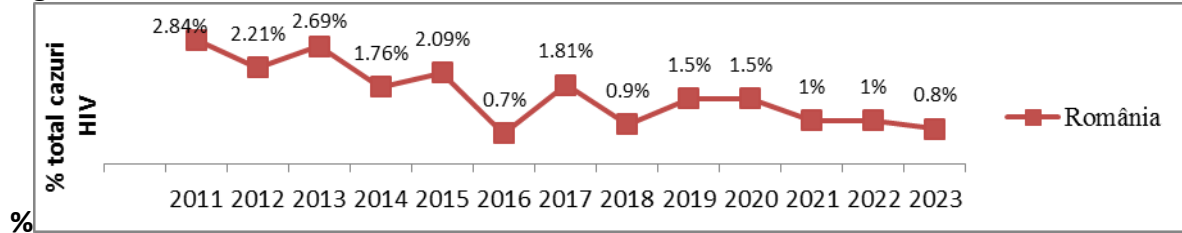
Grupa de vârstă	Cazuri noi HIV/SIDA		Cazuri HIV/SIDA în viață (total cumulativ 1985-2021)		Cazuri SIDA (total cumulativ 1985-2021)	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Total	716		18282		18389	
Sub 1 an	2	0.28%	2	0.01%	716	3.89%
1-4 ani	0	0	20	0.11%	2607	14.17%
5-9 ani	1	0.14%	51	0.28%	3358	18.26%
10-14 ani	3	0.42%	68	0.37%	1730	9.41%
15-19 ani	29	4.05%	132	0.72%	1274	6.93%

Sursa: <https://www.cnlas.ro/index.php/date-statistic>²⁷, Evoluția HIV în România

Cazurile de HIV în perioada 2011-2023 prin transmitere materno-fetală au scăzut de la 2,84% în 2011, la 0,8% în 2023 (cu 72%).



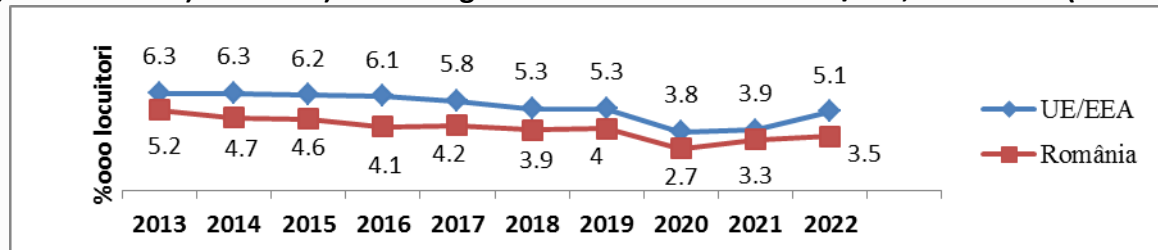
Figura 29. Calea de transmitere materno-fetală a HIV/SIDA, România, 2011-2023,



Sursa: <https://www.cnlas.ro/index.php/date-statistic>²⁷, Evoluția HIV în România

În 2022, rata de incidență prin HIV a fost de 3,5 la ‰ locuitori, față de 5,1 la ‰ locuitori în UE (4,37% din cazurile UE). Incidența HIV a scăzut în 2022 cu aproximativ 33% față de 2013.

Figura 30. Evoluția incidenței HIV diagnosticate în România vs. UE/SEE, 2013-2022 (‰)



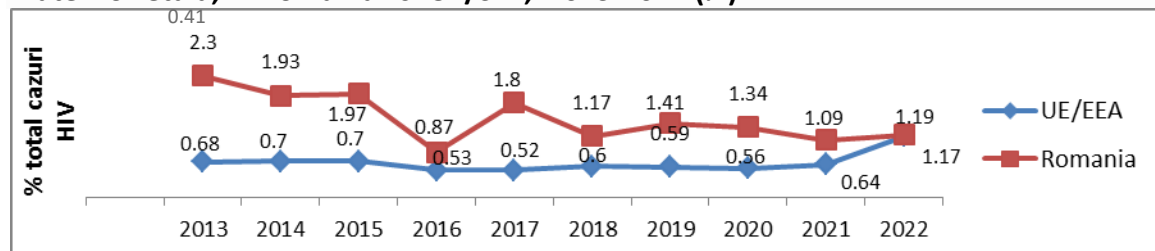
Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2023-2022-data>²⁶

România înregistrează valori mai scăzute ale incidenței HIV față de media UE, în perioada 2013-2022. Atât în UE cât și în România, incidența HIV înregistrează valori mai scăzute în 2022 față de 2013.

În UE, ponderea cazurilor de HIV prin transmitere materno-fetală a crescut de la 0,68% în 2013, la 1,17% în 2022, cu aprox. 172%.

În România, ponderea cazurilor a scăzut de la 2.30% în 2013, la 1,19% în 2022 (cu aprox. 48%), comparativ cu UE, unde ponderea cazurilor a crescut de la 0,68% în 2013, la 1,17% în 2022 (cu aprox. 72%). Cazurile noi de HIV la persoanele infectate prin transmitere materno-fetală au scăzut, în perioada 2013-2022, în România cu 33.33% și au crescut în UE cu 40,62%. În 2022, 2,96% din cazurile de HIV prin transmitere materno-fetală existente în UE, proveneau din România.

Figura 31. Ponderea cazurilor noi de HIV la persoanele infectate prin transmiterea materno-fetală, în România vs. UE/SEE, 2013-2022 (%)



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2023-2022-data>²⁶

În România, ponderile cazurilor noi de HIV la persoanele infectate prin transmitere materno-fetală au înregistrat valori mai crescute decât media UE, în 2013 de 3,4 ori, iar în 2022, au aproximativ aceeași valoare.



II.2. SIFILIS

II.2.1. EUROPA

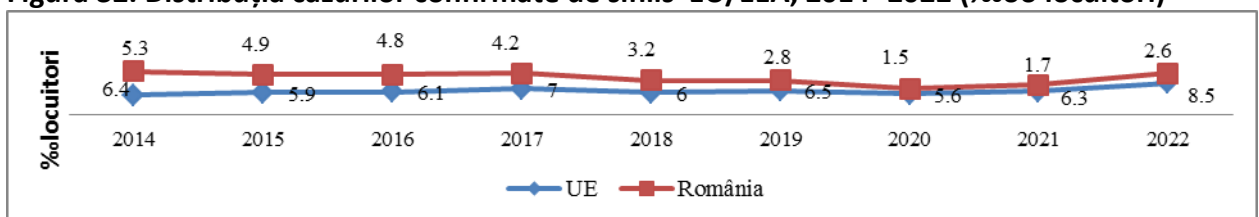
Conform Raportului epidemiologic anual pentru **2022**, publicat în martie 2024:

- au fost raportate 35.391 de cazuri de sifilis confirmate în 29 de state membre UE / SEE, cu o rată de notificare brută de 8,5‰o locuitori.
- Ratele de sifilis raportate au fost de nouă ori mai mari la bărbați decât la femei și au prezentat un vârf pentru bărbații de 25-34 de ani (40‰o locuitori).
- 74% din cazurile de sifilis cu informații despre categoria de transmitere au fost raportate la bărbații care fac sex cu bărbați (MSM).
- În 2022, 10 țări au raportat peste 50% dinter cazuri ca fiind sifilis primar sau secundar, comparativ cu 2021.
- Tendința ratelor de sifilis a crescut din 2013 și până în 2022, în principal datorită creșterii numărului de cazuri în rândul HSM. Anul 2022 este primul an din ultima decadă, cu creșteri notificabile în rândul bărbaților și femeilor heterosexuale.
- Între 2018 și 2022, numărul cazurilor de sifilis la persoanele MSM negative HIV a crescut cu 59%.²⁸

Conform Raportului epidemiologic anual pentru **2022**, publicat în martie 2024:

- au fost raportate 35.391 de cazuri de sifilis confirmate în 29 de state membre UE / SEE, cu o rată de notificare brută de 8,5‰o locuitori.
- Ratele de sifilis raportate au fost de nouă ori mai mari la bărbați decât la femei și au prezentat un vârf pentru bărbații de 25-34 de ani (40‰o locuitori).
- 74% din cazurile de sifilis cu informații despre categoria de transmitere au fost raportate la bărbații care fac sex cu bărbați (MSM).
- În 2022, 10 țări au raportat peste 50% dinter cazuri ca fiind sifilis primar sau secundar, comparativ cu 2021.
- Tendința ratelor de sifilis a crescut din 2013 și până în 2022, în principal datorită creșterii numărului de cazuri în rândul HSM. Anul 2022 este primul an din ultima decadă, cu creșteri notificabile în rândul bărbaților și femeilor heterosexuale.
- Între 2018 și 2022, numărul cazurilor de sifilis la persoanele MSM negative HIV a crescut cu 59%.
- Cazurile de sifilis au crescut în UE cu aprox. 33% și au scăzut în România cu 51%.²⁸

Figura 32. Distribuția cazurilor confirmate de sifilis EU/EEA, 2014–2022 (‰o locuitori)



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2022>²⁸

II.2.2. ROMÂNIA

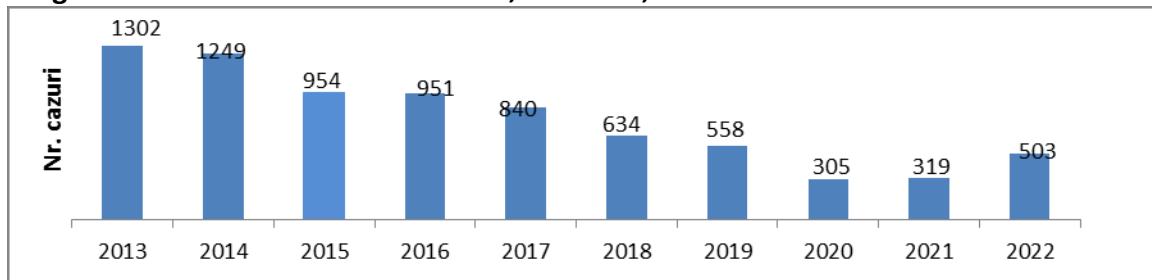
Numărul cazurilor de sifilis a scăzut constant în perioada 2013-2019, dar a crescut în 2021 și 2022. În anul 2022 incidențe crescute au fost înregistrate în județele Arad 8,7‰o, Brăila 8,6‰o, Neamț 6,3‰o, Iași 6,2‰o, în restul județelor valoarea fiind sub 6,0‰o. În



județul Ilfov, a fost înregistrată cea mai mică incidență (0,2‰). În județele Buzău, Călărași, Dolj, Giurgiu și Vâlcea nu au fost înregistrat niciun caz de sifilis.

Raportul cazurilor de sifilis (2022) între cele două sexe masculin/feminin este de 2,2/1, cu 344 cazuri de sifilis la bărbați și 159 cazuri la femei. La sexul masculin au predominat grupele de vârstă: 20-24 ani – 10,1‰, 25-29 ani-8,5‰ și 30-34 ani -7,4‰, iar la sexul feminin, grupele de vârstă: 25-29 ani-6,3‰, 20-24 ani -4,8‰, și grupa de vârstă 30-34 ani – 4,6‰.²⁹ <http://isp.ro/ISP/Downloads/Analiza-bolilor-transmisibile-afla-te-in-supraveghere-Raport-pentru-anul-2022.pdf>

Figura 33. Număr cazuri noi de sifilis, România, 2013-2022



Sursa: [http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹, Analiza-bolilor-transmisibile-afla-te-in-supraveghere-Raport-pentru-anul-2022.pdf²⁹](http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table²¹, Analiza-bolilor-transmisibile-afla-te-in-supraveghere-Raport-pentru-anul-2022.pdf<sup>29</sup)

În perioada 2013-2019, în România, s-a înregistrat scăderea numărului de cazuri noi de sifilis, de la 1302 în 2013, la 305 în 2020, urmat de o creștere în 2021 și 2022.

Cea mai mare incidență a sifilisului în anul 2022 s-a înregistrat în țara noastră la grupa de vârstă 20-24 de ani pentru bărbați și la grupa de vârstă 25-29 de ani pentru femei.

Îngrijorător că 63,6% dintre cazuri au fost forme de sifilis latent, urmate de 19,5% cazuri cu sifilis secundar.

II.3. Herpes.

În 2023, s-au estimat 3,7 miliarde de persoane sub 50 de ani (67%) la nivel global au infecție cu virusul herpes simplex tip 1 (HSV-1), principala cauză a herpesului oral. 491 de milioane de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani (13%) din întreaga lume au avut infecție cu virusul herpes simplex tip 2 (HSV-2), principala cauză a herpesului genital. Infecția cu HSV-2 crește riscul de dobândire și transmitere a infecției cu HIV.³⁰

II.4. Gonoreea

În 2022, conform Raportului Epidemiologic Anual pentru 2022 al ECDC:

- Un număr de 70881 de cazuri confirmate de gonoree au fost raportate de 28 de state membre ale UE / SEE pentru anul 2022.

- Rata totală de notificare brută a fost de 17,9 cazuri ‰ de locuitori, cea mai ridicată rată de notificare de când sunt supravegheate bolile cu transmitere sexuală în 2009.

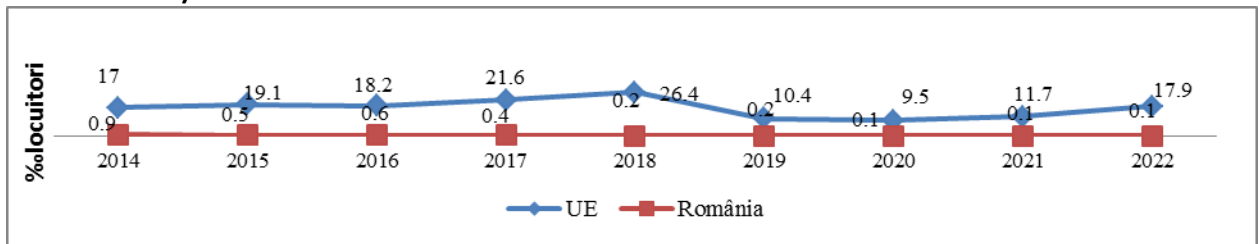
- Bărbații care au făcut sex cu bărbați (MSM) au reprezentat peste jumătate din cazurile raportate (60%) în 2022.

- Ratele specifice vârstei au fost cele mai ridicate în rândul tinerilor cu vârste între 20 și 24 de ani, atât pentru bărbați (99,6 ‰), cât și pentru femei (48,1 ‰). Femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani au avut cea mai mare creștere a ratei de notificare în 2022: 63% față de 2021.

- Cazurile de gonoree au crescut în perioada 2014-2022, în UE cu 5.3% (în 2018 atingând o creștere de 55.3%). În România, cazurile au scăzut cu 89%.³¹



Figura 34. Evoluția cazurilor confirmate de gonoree, EU/EEA și România, 2014–2022 (% \times 1000 locuitori)



Sursa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2022>³¹

În România, în perioada 2013-2022, numărul cazurilor de gonoree scăzut cu aprox. 61%.

În anul 2022, la nivel național au fost raportate un număr de 23 cazuri de gonoree, incidența având aceeași valoare ca în anul 2021. În 30 de județe nu s-a raportat niciun caz.

Din punct de vedere al repartiției pe sexe, la sexul masculin au fost raportate 21 cazuri de gonoree (a predominat mediul urban – 20 cazuri, grupa de vârstă 15-19 ani - 6 cazuri, 1,1% \times 1000). La persoanele de sex feminin cazurile au fost înregistrate în mediul urban, la grupele de vârstă de 15-19 ani respectiv 20-24 ani-cu câte 1 caz (0,2% \times 1000).³¹

II.5. Cancerul de col uterin

La nivel global, cancerul de col uterin este al patrulea cel mai frecvent cancer la femei, cu aproximativ 604000 de cazuri noi și 342000 de decese în 2020. Cele mai mari rate de incidență și mortalitate prin cancer de col uterin sunt în țările cu venituri mici și medii. HPV 16 și HPV 18 sunt cele mai comune tipuri de „risc ridicat”, cauzând aproximativ 70% din toate cazurile de cancer de col uterin.

Prevenirea cancerului de col uterin se poate realiza prin:

- Creșterea gradului de conștientizare a publicului, accesul la informații și servicii sunt esențiale pentru prevenire și controlul bolii.
- Vaccinarea la vârsta de 9-14 ani poate preveni infecția cu HPV, cancerul de col uterin și alte tipuri de cancer legate de HPV.
- **Screeningul cervical.** Femeile ar trebui să fie testate pentru cancer de col uterin la fiecare 5-10 ani, începând cu vârsta de 30 de ani. Femeile care trăiesc cu HIV ar trebui să fie testate la fiecare 3 ani, începând cu vârsta de 25 de ani. Strategia globală încurajează cel puțin 2 screening-uri HPV în timpul vieții, la vârsta de 35 de ani și la vârsta de 45 de ani.
- La orice vârstă, depistarea precoce urmată de un tratament prompt poate vindeca cancerul de col uterin.

Strategia globală a OMS este să reducă numărul de cazuri noi anual la sub 4% \times 1000 de femei și stabilește trei obiective care trebuie atinse până în anul 2030:

- 90% dintre fete vaccinate cu vaccinul HPV până la vârsta de 15 ani
- 70% dintre femeile supuse unui test până la vârsta de 35 și 45 de ani
- 90% dintre femeile cu cancer de col uterin sub tratament.³²

66,95% dintre cazurile noi de cancer de col uterin la nivel European și 67,82% din cazurile de la nivel mondial, apar după 45 ani.

Peste 95% dintre cazurile de cancer de col uterin sunt cauzate de infecția cu virusul papiloma uman (HPV). În acest context, vaccinarea antiHPV contribuie la reducerea incidenței și a mortalității cancerului de col uterin.³³

Cancerul de col uterin poate fi prevenit prin vaccinare și screening și poate fi vindecat în stadiile incipiente. Cu toate acestea, rămâne unul dintre cele mai frecvente tipuri de cancer



și cauză de deces prin cancer la femeile de pe tot globul. La nivel european, România continuă însă să înregistreze cea mai ridicată incidență și mortalitate prin cancer de col uterin.³³

Conform datelor Sistemului European de Informații cu Privire la Cancer (ECIS) al Centrului Comun de Cercetare, în 2022, România a înregistrat cea mai ridicată incidență (32,6‰00 femei, de 5 ori mai mult decât în Finlanda – 6,4‰00 femei) și mortalitate prin cancer de col uterin în Uniunea Europeană (16,8‰00 femei, de 8 ori mai mult decât Finlanda – 2,2‰00 femei) .

Tabel 10. Incidența cancerului de col uterin în funcție de vârstă, Europa și global, 2022 (‰)

Europa	Număr					Rată crudă				
	Total	0-14 ani	15-29 ani	30-44 ani	45 și peste	Total	0-14 ani	15-29 ani	30-44 ani	45 ani și peste
	58219	2	2859	16375	38983	15.1‰	0‰	4.9‰	21.2‰	20.2‰
Global	661044	107	19938	153931	448325	16.9‰	0.01‰	2.3‰	18.8‰	38.5‰

Sursa: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=23>³⁴

84.7% dintre decesele prin cancer de col uterin la nivel european și 83.09% din cazurile de la nivel mondial, apar după 45 ani.

Tabel 11. Mortalitatea prin cancer de col uterin în funcție de vârstă, Europa și global, 2022 (nr. și ‰00)

Europa	Număr					Rată crudă				
	Total	0-14 ani	15-29 ani	30-44 ani	45 și peste	Total	0-14 ani	15-29 ani	30-44 ani	45 ani și peste
	26950	1	283	3850	22816	7.0‰00	0‰00	0.49‰00	5.0‰00	11.8‰00
Global	348874	26	4616	54344	289888	8.9‰00	0‰00	0.53‰00	6.6‰00	22.8‰00

Sursa: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=23>,³⁴

<https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population>³⁵

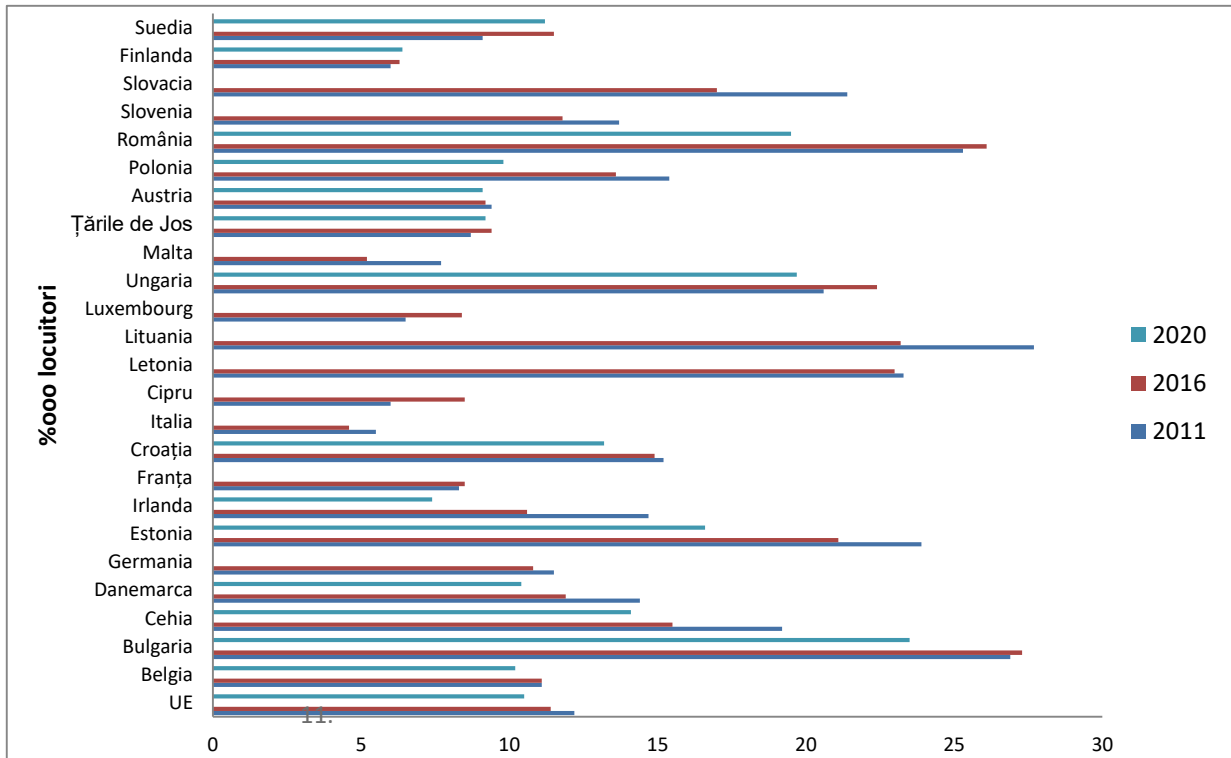
În Uniunea Europeană, cancerul de col uterin este al doilea cel mai frecvent cancer după cel de sân care afectează femeile cu vârsta cuprinsă între 15 și 44 de ani. Anual, în UE, există aproximativ 33000 de cazuri de cancer de col uterin și 15000 de decese.

În Europa sunt utilizate 3 vaccinuri profilactice împotriva HPV: unul bivalent, unul tetravalent și unul cu 9 valenți, în funcție de numărul de tipuri de HPV pe care le conțin. Tipurile 16 și 18 de HPV previn peste 90% din leziunile precanceroase asociate cu aceste 2 tipuri de virusuri. Vaccinul cu nouă valenți previne în plus peste 90% din leziunile precanceroase asociate cu tipurile HPV 31, 33, 45, 52 și 58.

Vaccinurile HPV sunt administrate 2 doze pe o perioadă de 6 luni pentru vârsta de 9 - 15 ani și în 3 doze persoanelor cu vârsta de 16 ani sau mai mult.³⁶

În 2021, ratele de depistare a cancerului de col uterin au atins un maxim de 78,5 % în Suedia și 74,5 % în Cehia. Cele mai mici proporții ale femeilor testate pentru cancer de col uterin au fost de 12,1 % în Polonia și de 3,9 % în România.³⁷

Figura 35. Incidența cancerului de col uterin, UE, 2011, 2016 și 2020, ‰000 loc.



Sursa: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_377-2360-incidence-of-cervix-uteri-cancer-per-100-000/visualizations/#id=19308&tab=table³⁸

Incidența cancerului de col uterin a scăzut atât în UE, cât și în România, în perioada 2011-2020, cu aprox. 14%, respectiv cu 23%.

În România, Programul Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin a demarat în august 2012.³⁹

În privința cancerului de col uterin, cu o rată standardizată a incidenței de 22,6%ooo (3380 cazuri noi), 1805 decese și o rată standardizată a mortalității de 9,6 în anul 2020, România a continuat să ocupe primul loc între țările UE (în Europa fiind depășită doar de Muntenegru). Rata incidenței este de 2,5 ori mai mare față de media europeană și de 4,3 ori mai mare comparativ cu rata incidenței din Finlanda, o țară cu un program de screening vechi de mai bine de 50 de ani.

În România, cancerul de col uterin se situează pe locul 2 după cancerul de sân, din punctul de vedere al incidenței, și 4 în ceea ce privește mortalitatea, în urma cancerului de sân, bronhopulmonar și colorectal.

Datele Programului de supraveghere a supraviețuirii în cancer la nivel mondial – CONCORD – arată că, între între din Europa, România se află pe ultimele locuri din acest punct de vedere, cu o rată a supraviețuirii la 5 ani de 65,3%, cu 12% mai scăzută față de cea a țărilor nordice și vest europene.⁴⁰

În anul 2020, dintre cele 30.447 de cazuri noi și 13.437 de decese estimate la nivel european prin cancer de col uterin, 11,10 % din cazurile noi și 13,43% din decese s-au înregistrat în România .

Din 2008 s-a instituit un program de vaccinare oferit gratuit fetelor cu vârste cuprinse între 10 și 11 ani la nivel național, care a întâmpinat o mare reticență față de vaccinare, relansat în 2009 dar cu rezultate modeste. Programul a fost oprit timp de aproape 10 ani și reluat în 2019, adresat fetelor 11-14 ani și ulterior 11-18 ani, gratuit, în cabinetele medicilor de familie, pe baza unei cereri scrise prealabile din partea părinților.



Prin Ordinul MS nr. 3.120 din 12 septembrie 2023 (31) s-a extins vaccinarea anti-HPV a fetelor și băieților cu vârsta ≥ 11 ani și < 19 ani, și compensarea 50% în cazul femeilor cu vârsta ≥ 19 ani și ≤ 45 de ani.³³

În acest context, Ministerul Sănătății, prin Institutul Național de Sănătate Publică, organizează în luna ianuarie 2024 o campanie de informare, educare și conștientizare privind importanța prevenirii prin vaccinare, diagnosticării precoce prin screening și tratării precoce a cancerului de col uterin, patologie cu impact negativ major asupra populației din România.³³

Cap III PLANIFICAREA FAMILIALĂ ȘI CONTRACEPȚIA

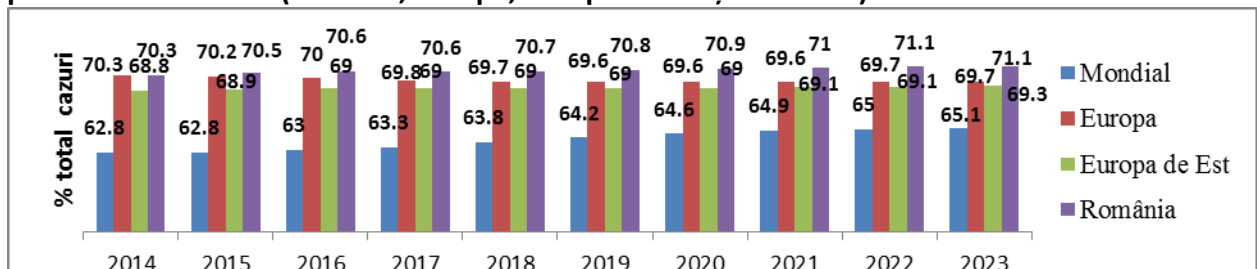
În perioada 2014-2023, prevalența estimată a utilizării contraceptivelor:

- la nivel european, a scăzut de la 70,3 la 69,7% (cu 1%),
- în Europa de Est, a crescut de la 68,8 la 69,3% (cu 0,7%), iar
- în România a crescut de la 70,3 la 71,1% (cu 1,13%).

În aceeași perioadă, prevalența estimată a utilizării metodelor moderne:

- la nivel european, a crescut de la 59,4 la 61,0% (cu 2,69%),
- în Europa de Est, a crescut de la 54,1 la 57,7% (cu 6,65%), iar
- în România a crescut de la 52 la 58,3% (cu 11,21%).

Figura 36. Prevalența estimată a utilizării metodelor contraceptive prin orice metode, în perioada 2014-2023 (mondial, Europa, Europa de Est și România)

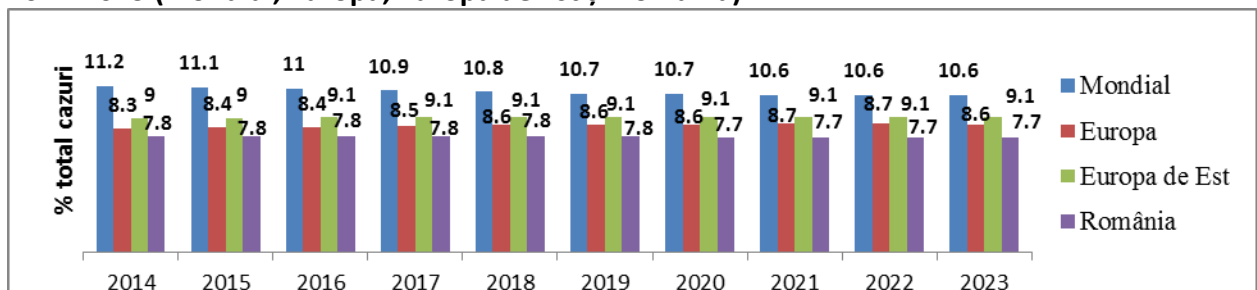


Sursa: Națiunile Unite – Departamentul Afacerilor Economice și Sociale, Divizia Populației,

<https://population.un.org/dataportal/data/indicators/1,2,4/locations/923,908/start/2014/end/2023/table/pivotbylocation?df=afbe2688-b954-4c44-a7cd-0ee835f6114d>⁴¹

În aceeași perioadă, **nevoile nesatisfăcute de planificare familială prin orice metode** au crescut de la 8,3 la 8,6% (cu 3,61%) în Europa și au scăzut de la 7,8 la 7,7% (cu 1,3%) în România.

Figura 37. Nevoile nesatisfăcute de planificare familială prin orice metode, în perioada 2014-2023 (mondial, Europa, Europa de Est și România)



Sursa: Națiunile Unite – Departamentul Afacerilor Economice și Sociale, Divizia Populației,

<https://population.un.org/dataportal/data/indicators/1,2,4/locations/923,908/start/2014/end/2023/table/pivotbylocation?df=afbe2688-b954-4c44-a7cd-0ee835f6114d>⁴¹



IV.1. GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE, realizat în cadrul Programului „Provocări în sănătatea publică la nivel european” finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021 Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică; Proiectul PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”. Acest ghid oferă recomandări pentru intervenții preventive integrate pentru sănătatea reproducerii. Obiectivele consultatiei preventive: evaluarea riscului și consilierea pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS); • identificarea riscului de infertilitate, consilierea și îndrumarea către serviciile specializate în tratamentul acesteia; • informarea în domeniul planificării familiale și consilierea sau îndrumarea către serviciile specializate; • evaluarea și consilierea pre- și interconceptională; • monitorizarea sarcinii și serviciile de îngrijire pre- și postnatală.

IV.2. Estimări globale și regionale ale prevalenței papilomavirusului uman genital în rândul bărbaților: o revizuire sistematică și meta-analiză, **Lancet, 2023**⁴²

Studiul își propune să estimeze la nivel global și regional prevalența infecției genitale cu HPV la bărbați.

A fost realizată o revizuire sistematică și o meta-analiză pentru a evalua prevalența infecției genitale cu HPV în populația generală masculină. Bazele de date utilizate au fost: Embase, Ovid MEDLINE și Global Index Medicus studii publicate între 1 ianuarie 1995 și 1 iunie 2022. Criteriile de includere au fost anchete pe populație la bărbați cu vârsta de 15 ani sau peste sau studii de prevalență HPV cu o dimensiune a eșantionului de cel puțin 50 de bărbați fără patologie asociată cu HPV sau factori de risc cunoscuți pentru infecția cu HPV, care au colectat probe din locurile anogenitale și au folosit tehnici PCR sau de captură hibridă 2 pentru detectarea ADN-ului HPV.

Concluziile studiului arată faptul că aproximativ 1 din 3 bărbați din întreaga lume este infectat cu cel puțin un tip de HPV genital și aproximativ unul din cinci bărbați este infectat cu unul sau mai multe tipuri HR-HPV. Studiul arată că prevalența HPV este mare la bărbații cu vârsta peste 15 ani și susțin că bărbații activi sexual, indiferent de vârstă, sunt un rezervor important al infecției genitale cu HPV. Aceste estimări subliniază importanța încorporării bărbaților în strategiile de prevenire a HPV pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea asociată cu HPV la bărbați și, în cele din urmă, pentru a obține eliminarea cancerului de col uterin și a altor boli legate de HPV. Prevalența globală cumulată a infecției genitale cu HPV în rândul bărbaților a fost de aprox. 31% (95% CI 27–35) pentru orice HPV și 21% (95%CI 18–24) pentru HR-HPV.

IV.3. Reorientarea cercetării privind sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților: reflecții de la o conferință internațională⁴³

Centrul Internațional pentru Sănătatea Reproducerii (ICRH) de la Universitatea Ghent a organizat o conferință internațională despre sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților (ASRH) și bunăstare. În cadrul conferinței, a existat un acord comun că domeniul sănătății sexuale și reproductivă a adolescenților se schimbă: de la orientarea spre **risc** la **bunăstare**, de la intervenții individuale direcționate la



programe cuprinzătoare și de la transferul de cunoștințe la instrumente inovatoare. Experții au acceptat împreună provocarea de a dezvolta măsuri valide pentru a studia ASRH și bunăstarea și de a dezvolta proiecte alternative de studiu pentru a măsura eficacitatea programelor de promovare a ASRH. A existat un apel clar pentru o colaborare deschisă în acest proces, inclusiv cercetători, factori de decizie, donatori și nu în ultimul rând, adolescenții înșiși.

Cap V Accesibilitatea la servicii de sănătatea reproducerii. Situația cabinetelor de planificare familială

Mesaje pentru adolescente: Cea mai importantă parte a consultației este **discuția cu medicul de planificare familială**. În majoritatea cabinetelor, medicii de planificare familială sunt femei. În cadrul discuției, medicul te va ajuta să înțelegi mai bine acele aspecte ale stilului tău de viață care au importanță pentru metoda contraceptivă pe care vei dori să o folosești. Veți discuta despre cât de importantă este protecția împotriva unei sarcini în acest moment al existenței tale, unele aspecte legate de viața ta sexuală, frecvența contactelor sexuale, numărul partenerilor sexuali, dacă ai mai folosit metode contraceptive și cât ai fost de mulțumită de ele, posibile obiceiuri, precum fumatul, dacă îți dorești o anumită metodă etc.

Veți discuta și despre eventuale boli pe care le-ai avut și factori de risc pentru îmbolnăviri în așa fel încât să eviți folosirea unor contraceptive care nu sunt potrivite stării tale de sănătate.

Veți discuta despre factorii economici care ar putea să îți influențeze alegerea, cum te vei putea reproviziona în cazul în care metoda aleasă va presupune acest lucru, despre măsura în care ai nevoie ca cei din jurul tău să nu își dea seama că folosești un contraceptiv.

Medicul îți va prezenta toate metodele care sunt disponibile în momentul de față, explicându-ți cum acționează, ce avantaje și dezavantaje au și cum se utilizează fiecare. Pe tot parcursul prezentării poți pune întrebări pentru a înțelege mai bine informațiile pe care le primești. Împreună cu medicul vei alege o metodă pe care consideri că o vei putea folosi cât mai corect și în care ai încredere că te va ajuta să pui în practică planurile pe care le ai pentru copiii pe care ți-i dorești. După ce ai ales o metodă, medicul îți va explica în detaliu cum trebuie să o folosești pentru ca ea să fie eficientă.

Începerea folosirii unora dintre metode contraceptive poate fi făcută și fără o consultație medicală generală. Multe metode pot fi folosite fără un examen ginecologic prealabil sau efectuarea unor teste de laborator. Dacă la prima vizită la cabinet nu te consideri pregătită pentru un examen medical, veți stabili împreună cu medicul când vei putea reveni pentru a-l face.

Chiar dacă metoda pe care ți-o dorești presupune un examen medical general sau un consult ginecologic, la cabinetul de planificare familială ți se vor oferi soluții pe care să le poți utiliza până în momentul în care vei începe folosirea metodei dorite.

Anumite categorii de persoane pot beneficia de **produse contraceptive gratuite** prin programele susținute de Ministerul Sănătății. Informează-te pentru a vedea dacă ai acces la ele.⁴⁴

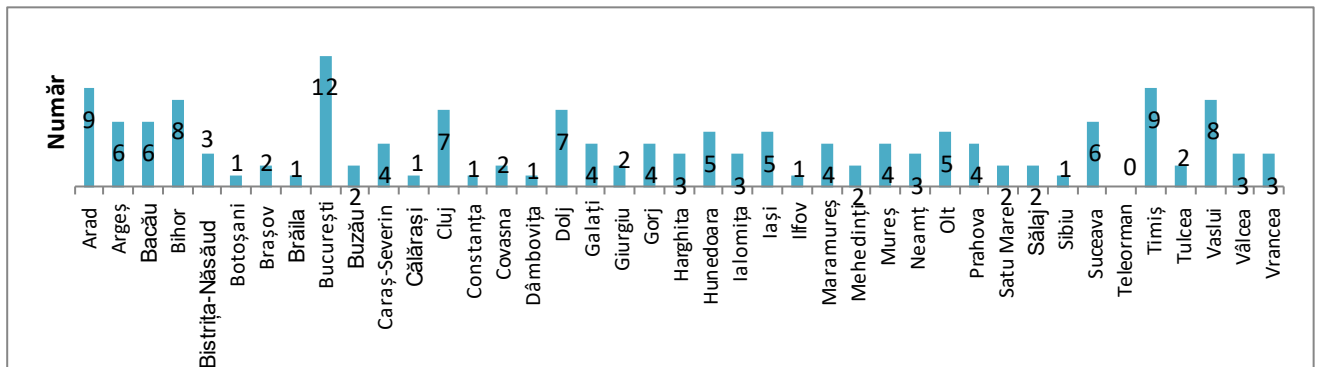
Serviciile oferite de cabinetele de planificare familială:

- Furnizarea de informații despre PF și metodele de contracepție
- Furnizarea de materiale contraceptive
- Consiliere pentru folosirea metodelor contraceptive



- Evaluarea stării de sănătate în vederea utilizării unei metode contraceptive
- Monitorizarea utilizării metodelor contraceptive
- Diagnosticul, consilierea și managementul efectelor secundare utilizării metodelor contraceptive
 - Stabilirea diagnosticului de sarcină
 - Consiliere pre și post avort
 - Consiliere premaritală
- Prevenirea cancerului de col uterin și a celui mamar
 - Prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală
 - Consiliere în cazuri de infecții cu transmitere sexuală
 - Diagnosticul și tratamentul infertilității
 - Diagnosticul defectelor genetice
 - Consilierea cuplurilor cu probleme genetice
 - Consiliere psiho-sexuală
 - Consiliere în caz de violență domestică și abuz sexual
- Educație pentru sănătate sexuală și a reproducerii

Figura 38. Situația cabinetelor de planificare familială în România, 2024



Sursa: <https://www.planificaneprevazutul.ro/cum-decurge-o-vizita-la-cabinetul-de-planificare-familiala/>⁴⁴

Cabinetele de planificare familială fac parte din sistemul public de sănătate. Așadar, orice persoană, indiferent de vârstă, poate beneficia în mod gratuit de consiliere pentru alegerea unei metode contraceptive cât mai potrivite, adaptate stilului de viață și condiției sănătății sale. Pentru accesul la consultații gratuite la un cabinet de planificare familială nu este nevoie de trimitere de la medicul de familie. Dacă doresc și se simt mai confortabil, tinerii cu vârsta peste 16 ani pot solicita consultații și fără a fi însoțiți de părinți. Chiar și cei care nu au împlinit 16 ani, dacă doresc, pot merge fără părinți la cabinetele de planificare familială pentru a solicita informații și a discuta despre sexualitate.⁴⁴

Cap VI Nașterea la domiciliu sau la spital?

Nașterea la domiciliu, ajutată de o moașă, reprezintă o practică ilegală în România. În acest moment, nașterea acasă este ilegală în țara noastră, iar persoanele care apelează la această variantă își riscă viața. Moașele nu pot practica decât în condiții de spital, adică în instituții medicale sau în cabinete private, dacă au fost autorizate în acest sens. Gravidelor li se recomandă să meargă periodic pe toată perioada sarcinii, la medicul specialist în vederea urmăririi sarcinii și să nască la spital.

Ce riscuri presupune nașterea acasă: hemoragiile pe cale vaginală sunt masive, riscul de deces matern fiind astfel major.



În România, nașterea acasă, cu ajutorul moașei, este ilegală și presupune riscuri medicale greu de anticipat, care pot apărea într-o fracțiune de secundă, chiar și atunci când pare că lucrurile decurg normal și fără riscuri.

Nu există o legislație care să reglementeze nașterea acasă și nu este încurajată această practică. Nu există suficient de multe spitale încât o femeie care naște acasă și ajunge să aibă complicații să poată fi transportată în timp util la o unitate medicală de specialitate. Gravidele nu ar trebui să aleagă să nască acasă sub nici o formă. Medicii obstetricieni nu pot ajuta o femeie să nască acasă în România, dintr-un motiv simplu - nu există infrastructură de spital, care este obligatorie pentru ca nașterea să se desfășoare în condiții legale și de siguranță.

Cap VII GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE- instrument util ⁴⁵

Acest Ghid dezvoltat de INSP, în cadrul proiectului: „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)” oferă informații consistente și complete, pornind de la definiția adolescenței, a pubertății, contextul biologic, familial, psiho-emoțional, valori, problema identității, sarcina la adolescente, prevenirea sarcinii, planificare familială, avortul în siguranță, metode contraceptive și modalități de utilizare, prevenirea ITS, cu recomandări pentru fiecare fenomen, până la dezvoltarea de module de învățare pentru diferite teme. Un capitol important îl reprezintă și managementul situațiilor de violență sexuală, recomandări pentru profesioniștii din sănătate. Tipurile de comunicare optima în domeniul sexualității și sănătății reproducerii reprezintă un capitol important în consiliere, educație, atât în abordările individuale, cât și cele în comunități. Sunt prezentate multiple forme de învățare în grupuri în cadrul atelierelor de lucru, conuse de către formatori. Câteva module de învățare/formare referitoare la stima de sine, model de luare a deciziilor individuale, sarcina și contracepția, cum apare sarcina, urmărirea sarcinii la adolescente, prevenirea ITS, prevenirea HIV/SIDA.

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției.

Cap VIII Grupuri vulnerabile

Grupurile vulnerabile principale sunt reprezentate de adolescentele din perioada pubertății- copiii sub 10 ani, adolescența timpurie - 10-14 ani, și adolescența mijlocie- 15-19 ani. Există multe cazuri de adolescenți care întâmpină dificultăți în această perioadă de tranziție spre viața de adult, având comportamente sexuale și sociale riscante, care le pun viața și sănătatea în pericol. Adolescenții au nevoi diferite și în continuă schimbare privind în-formațiile și serviciile de sănătate, în funcție de dezvoltarea personală și condițiile de viață. Totuși, este unanim recunoscut faptul că adolescenții, ca grup social și de vârstă, au caracteristici și nevoi, din punctul de vedere al sănătății reproducerii și sexualității, care



diferă atât de nevoile copilului cât și de nevoile adultului. Relațiile sexuale sunt importante la vârsta lor și ei au nevoie să știe cum își pot menține starea de sănătate prin decizii și practici cât mai sigure. Experiența de viață în perioada adolescenței și relevanța acesteia variază în mare măsură în funcție de sex, clasă și statut social, status marital, regiune geografică și context cultural ⁴⁵. Felul cum sunt pregătiți la această vârstă pentru viața sexuală și reproducere, asigurarea de informații și servicii de calitate contribuie substanțial la sănătatea, bunăstarea și la dezvoltarea socială armonioasă a generației lor și reprezintă o premiză pentru sănătatea și bunăstarea generațiilor viitoare. Adolescenții au nevoie de cunoștințe și abilități pentru a face alegeri informate privind sănătatea lor sexuală și reproductive ⁴⁵.

Un alt grup vulnerabil îl reprezintă gravida, la orice vârstă. Urmărirea evoluției sarcinii de către medic este un aspect esențial, în primul rând pentru ca nașterea să se producă într-o unitate medicală.

Referințe bibliografice

1. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020.
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
4. <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2023/06/Ghid-Sanatatea-reproducerii.pdf>
5. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
6. <https://www.figo.org/news/protecting-and-promoting-srhr-adolescents-and-young-adults>
7. <https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2023-11/radiografie-starea-copilului-in-romania.pdf>
8. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=en>
9. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fasec/default/table?lang=en&category=demo.demo_fer
10. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00017/default/table?lang=en&category=t_demo.t_demo_fer
11. <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>
12. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.STILLBIRTHv?lang=en>
13. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabortind/default/table?lang=en
14. <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/09/Raport-avorturi-2020-2021.pdf>
15. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabort_custom_9706536/default/table?lang=en



16. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>
17. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aro/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_gmor
18. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/default/table?lang=en&category=demo.demo_mor
19. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aperro_custom_9986260/default/table?lang=en
20. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aperro/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pnmor
21. <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>
22. https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_materna/Mortalitatea-materna-in-Romania-2021.pdf
23. <https://insp.gov.ro/download/mortalitatea-infantila-in-romania-2022/>
24. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
25. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections>
26. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2023-2022-data>
27. <https://www.cnlas.ro/index.php/date-statistice>
28. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2022>
29. [Analiza-bolilor-transmisibile-aflata-in-supraveghere-Raport-pentru-anul-2022.pdf](#)
30. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
31. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2022>
32. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
33. <https://insp.gov.ro/2024/01/03/ianuarie-2024-campanie-de-prevenire-a-cancerului-de-col-uterin/>
34. <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=23>
35. <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=population>
36. <https://www.ecdc.europa.eu/en/human-papillomavirus/factsheet>
37. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics#Cervical_cancer_screening
38. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_377-2360-incidence-of-cervix-uteri-cancer-per-100-000/visualizations/#id=19308&tab=table
39. <http://www.old.iocn.ro/Centrul-de-prevenire-si-control-al-cancerului/Programul-de-screening-pentru-cancerul-de-col-uterin/Informatii-de-interes-general.html>
40. <https://www.medichub.ro/stiri/forumul-national-de-gineco-oncologie-cancerule-genito-mamare-in-romania-statistici-si-solutii-medicale-id-6965-cmsid-2>
41. <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/1,2,4/locations/923,908/start/2014/end/2023/table/pivotbylocation?df=afbe2688-b954-4c44-a7cd-0ee835f6114d>
42. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00305-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00305-4/fulltext)
43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4711048/>



44. <https://www.planificaneprevazutul.ro/cum-decurge-o-vizita-la-cabinetul-de-planificare-familiala/>
45. https://cnsmf.ro/ghidpreventie/GhidPreventie_Vol7.pdf

insp.gov.ro

Adresa: str. Dr. Leonte Anastasievici nr. 1-3, sector 5, cod poștal 050463,
București, România
Telefon secretariat: +4 0213 183 620, +4 0213 183 619
Fax: +4 0213 123 426
E-mail: directie.generala@insp.gov.ro

INSP