

ASPECTE DE MORBIDITATE CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCA ÎN R. M. A. M. ÎNTRE ANII 1958—1962 ȘI SARCINILE REȚELEI SANITARE

E. Truță, E. I. Farkas

*Dezvoltarea celor mai importante sectoare de producție și a asistenței
medico-sanitare a muncitorilor între 1958—1962*

Industrializarea în creștere precum și stabilirea relațiilor de producție socialiste la sate, ridică în fața rețelei sanitare din întreaga țară probleme tot mai complexe.

Exigența oamenilor muncii în perioada analizată a crescut mult față de calitatea asistenței medicale. Apariția unor șantiere noi pe harta regiunii noastre și intrarea în producție a unor fabrici moderne, construite la nivelul tehnicii mondiale, utilizarea izotopilor radioactivi, a unor derivați chimici noi și a materialelor sintetice — deschid perspective largi în fața igienei muncii și asistenței curativo-productive.

În prezent ocrotirea sănătății muncitorilor din sectorul industrial și minier din regiune, este asigurată prin 30 de dispensare de întreprindere, respectiv de instituție, și 23 de puncte sanitare, acordând în anul 1962 asistență medicală la 73.000 muncitori. Cealți muncitori au fost asistați de medicii de circumscripție. Menționăm că 28,58% lucrează în sectorul lemn-forestier. În afară de unitățile sanitare amintite, mai funcționează două dispensare de șantier (Termocentrala L. S., Combinatul chimic Tg.-Mureș), un SMS și sanatoriul de noapte pe lângă Combinatul chimic din Tîrnăveni.

Numărul salariaților în perioada analizată a crescut mult în sectorul industrial. (grafic nr. 1/a, 1/b).

Paralel, numărul muncitorilor în agricultură a înregistrat o creștere de 50,30%, deserviți fiind de același număr de puncte sanitare ca și acum cinci ani. Cele 18 G.A.S. și 9 S.M.T., cu peste 100 de salariați permanenți, au fost asigurate cu patru puncte sanitare. Urmarea a fost o lipsă de supraveghere directă a stării de sănătate a acestor muncitori. Analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă și prevenirea accidentelor sau a bolilor profesionale specifice agriculturii nu s-au putut efectua cu suficientă răspundere.

În regiune, numărul salariaților a crescut cu 54,77%, iar numărul medicilor de întreprindere cu 46,42%. Confruntând procentul muncitorilor deserviți de medici de întreprindere și indirect de către circumscripții sanitare, se constată că numai 47,87% dintre muncitori au medic propriu. Rezolvarea urgentă a acestor probleme se poate realiza pe două căi:

1. — Normarea unor posturi de medici de întreprindere prin cumulara numărului de muncitori de la unitățile industriale mici aflate în aceeași localitate.

2. — Extinderea rețelei de puncte sanitare asigurate cu cadre medii, mai ales în satele de exploatare forestieră, la G.A.S. și la S.M.T.

Astfel se poate lichida discordanța relativă existentă între ritmul de dezvoltare al sectorului industrial, agricol și numărul instituțiilor sanitare.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, calculată pe muncitor, arată o creștere, înregistrând valori peste media pe țară. Comparând fenomenul pe ra-

muri de producție la nivel republican, se constată că în afară de industria cărbunelui, mineritului, metalurgiei și alimentară, celelalte sectoare au un nivel mai ridicat. (Grafic nr. 2/a, 2/b). Pe țară, tendința fenomenului este de scădere, în regim — după o perioadă de remisiune tranzitorie în 1960 — arată o creștere considerabilă.

Dacă confruntăm evoluția numărului de salariați cu zilele de incapacitate temporară, exprimate prin indici dinamici (1958 : 100 %) se constată un decalaj considerabil între cele două fenomene (grafic nr. 3). Comparând acest grafic cu historiografa nr. 3/a, care reprezintă același fenomen la un mare șantier de pe teritoriul regiunii, cu asistență medicală bine organizată, se constată — pe lângă tendința obiectivă a fenomenului — că evoluția morbidității cu incapacitate temporară de muncă este mai scăzută decât numărul muncitorilor.

În regiunea noastră, pe lângă sectorul forestier, merită o atenție deosebită construcția și agricultura. În primul sector, bolile acute ale aparatului respirator determinate de condițiile de muncă și de cazare, reprezintă o valoare mai ridicată. Paralel cu aceasta, în urma unor maladii intercurente, a încordării fizice, psihice și uneori din cauza alcoolismului cronic, apare și pericolul de tuberculoză. De aceea, reexaminarea periodică prin M.R.F. a muncitorilor forestieri se impune ca o necesitate obligatorie.

Ca urmare a experienței acumulate, la grupul social al șantierului termocentralei Luduș, la marile construcții de la combinatul de îngrășăminte chimice din Tg.-Mureș, au fost introduse multe măsuri juste care au contribuit la prevenirea îmbolnăvirilor. Paralel cu acestea, pe șantierele de construcții, organizarea la un nivel corespunzător a urgențelor, a contribuit la scăderea numărului de sechele cauzate de accidente de muncă inerente unor lucrări de o asemenea amploare.

A doua ramură cu care ne ocupăm este agricultura, care în condițiile noilor relații de producție prezintă posibilități obiective favorabile pentru desfășurarea unei asistențe medicale de calitate. Igiena agricolă modernă se axează pe trei capitole majore:

1. — Culturile de cereale și cele specializate.
2. — Crescătoriile de vite.
3. — Stațiunile de mașini și tractoare.

Pe lângă factorii nocivi comuni tuturor muncilor agricole, prezenți ca: variațiile de temperatură, de umiditate, curenții atmosferici, poziții vicioase, efortul fizic, pulberi organice, polenurile și praful mineral provenit din sol — astăzi mecanizarea și chimizarea agriculturii ridică probleme medicale noi, pentru rezolvarea cărora pregătirea profesională a medicilor și cadrelor medii necesită o perfecționare.

Aceste sarcini sporite pot fi rezolvate numai dacă medicii de circumscripție vor fi eficient ajutați atât metodologic cât și prin dotarea dispensarelor și completarea personalului.

Substanțele chimice (ca parationul, malationul, aldrina, produsele organomercurice — Abavit, Granosan — precum și îngrășămintele agricole ca silitra amoniacală, fosfatul de amoniu etc.) utilizate în agricultura modernă, impun și din partea instituțiilor sanitare măsuri corespunzătoare.

De aceea, în vederea organizării eficiente a dezințoxicării, o primă necesitate este înființarea urgentă a unei documentații toxicologice la nivelul tuturor spitalelor unificate, inclusiv descrierea măsurilor de urgență redactate pe bază de cartoteci. Paralel să se extindă baremul de medicamente la dispoziția medicului de gardă cu toate antitoxicele specifice substanțelor chimice utilizate azi în agricultură.

II. Analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă

1. — Evoluția indicilor de frecvență

Acest indicator, mai ales în ultimii trei ani, arată o vădită tendință de creștere (grafic nr. 4/a, 4/b). Historiograma demonstrează că mulți bolnavi revin la medic în repetate rânduri, problema lor nefiind definitiv și corespunzător rezolvată.

Merită subliniat faptul că în graficul prezentat, accidentele în afara producției se situează înaintea celorla din câmpul muncii și comparându-le tendința constatăm că cele din afara câmpului muncii înregistrează o creștere evidentă (grafic nr. 5).

Cele prezentate dovedesc că pe lângă cauzele obiective de producție, afit de variate, se constată și o interpretare statistică eterogenă în raportarea cazurilor. Fluctuația pronunțată ce apare între ramura textilă și cărbune, nu poate fi cauzată exclusiv de condițiile de muncă. Organizarea Inspecțiilor pentru igienă și protecția muncii constituie o garanție că anchetarea competență a fiecărui caz de accident va furniza în viitor date mai exacte.

Unele întreprinderi, cu ocazia, accidentelor, au căutat să imprime medicilor punctul lor de vedere, mai ales asupra duratei incapacității de muncă.

2. — Evoluția indicilor de gravitate

Acest indicator, după o scădere tranzitorie în 1960, crește din nou, prezentînd valori peste media pe țară (grafic nr. 6). Față de indicele de frecvență, în ordinea cronologică a bolilor cu indice de gravitate crescut, se constată că primele 5 locuri sînt ocupate de bolile aparatului osteo-articular, tuberculoză, accidente în câmpul muncii, accidente în afara cîmpului muncii, infecții acute ale căilor respiratorii superioare.

Analizînd pe ramură de producție acest indicator, față de valorile pe țară, găsim următorul aspect (grafic nr. 7). Faptul că majoritatea ramurilor prezintă un indice mai ridicat arată că în domeniul depistării și al dispensarizării cazurilor cronice, activitatea rețelei sanitare trebuie îmbunătățită. În menținerea acestor indici joacă un rol însemnat și procesul tehnologic necorespunzător din punct de vedere igienico-sanitar din atelierele industriale mici.

3. — Evoluția indicilor de durată medie

Acest indice în 1962 arată că rețeaua sanitară prezintă tabloul cel mai negativ (graficul nr. 8). Cauzele acestui fenomen se explică prin următoarele:

1. — Asistența medicală a muncitorilor sanitari n-a fost corespunzător organizată. Nu există o evidență exactă asupra stării de sănătate a cadrelor medico-sanitare. Sarcina urgentă care se desprinde din această constatare, este normarea unui medic de instituție pentru toate cadrele sanitare din Tg.-Mureș, care să coordoneze și să controleze întreaga activitate profilactică-curativă în instituțiile sanitare din raioane.

2. — Organizarea necorespunzătoare și inegală a muncii în multe instituții sanitare, a dus la declanșarea și menținerea unor boli cronice. După o fază experimentală de un an, putem cita ca pozitiv exemplul policliniei nr. 1 din Tg.-Mureș, unde în comparație cu anii precedenți, printr-o organizare judicioasă a circuitului bolnavilor din regiune, supraaglomerarea și încordarea în muncă a medicilor și a sursurilor a scăzut considerabil.

3. — În afară de cele menționate, în multe instituții sanitare există un număr însemnat de posturi vacante. Raportul dintre medicii și cadrele medii din regiune în 1962 era de 1:2,81 (urban 1:2,78, rural 1:2,87), iar pe țară în aceeași perioadă a fost 1:2,48; (în mediu urban 1:2,41 și în cel rural 1:2,69).

4. — Factorii obiectivi arătați se completează cu unul subiectiv: acordarea concediilor medicale de complexitate între colegi.

Zilele de incapacitate temporară de muncă determinate de alte cauze (sarcină, lehuzie, concedii de postcură balneară etc.) în 1962 reprezenta 13% din to-

talul zilelor finanțate din bugetul asigurărilor sociale (grafic nr. 9). Structura procentuală a acestui capitol care nu cuprinde bolile, arată că ponderea cea mai mare o ocupă concediile de maternitate (graficul nr. 9/a).

III. Ginecopatii

În lucrarea noastră am acordat o atenție deosebită bolilor ginecologie și nevrozelor care au mare importanță în morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă.

Numărul femeilor angajate în sectoarele studiate arată o creștere. Numai în ultimii doi ani numărul lor a crescut cu 13,14% atingând la sfârșitul anului 1962 16.178 ceea ce reprezintă 21,89% din totalul muncitorilor din regiune. (Numai în întreprinderile cu cel puțin 100 salariați permanenți).

Analizând procentul în încadrarea femeilor pe ramură de producție, pe primele trei locuri se situează ramura sanitară, textilă și pielărie (grafic nr. 10).

Acest aspect determină ordinea de urgență a examinărilor profilactice și a dispensarizării bolnavelor. Subliniem aceste 3 ramuri, deoarece repartizarea pe un front larg a medicilor specialiști de obstetrică-ginecologie, cum s-a procedat în ultimii ani, nu poate da randamentului scontat. Trebuie acționat pe un teren mai restrâns, abordând mai aprofundat asistența de specialitate a ginecopatelor.

Studiind separat numărul zilelor de incapacitate temporară de muncă datorită bolilor ginecologice (cod 114.c) și obstetricale (cod 115—120.b) se constată că față de anul 1959 ambele grupe înregistrează o creștere relativă, datorită creșterii numărului femeilor angajate în producție (grafic nr. 11). Cazurile morbide de ginecologie, exprimate în indici dinamici (1959 = 100%), apar într-un procent mult mai mic decât cele de obstetrică. Acest fenomen arată necesitatea ca în viitor obstetricienii-ginecologi să-și axeze activitatea spre patologia sarcinii.

O cale eficientă de a reduce morbiditatea prin afecțiunile ginecologie, prevenind totodată și apariția stărilor precanceroase ale colului uterin, o constituie introducerea următoarelor metode în unitățile curativo-profilactice:

1. Examinarea oncologică obligatorie (inclusiv colposcopie) la toate intreruperile de sarcină și dispensarizarea teritorială a cazurilor indicate.

2. Examen ginecologic obligator pentru femeile care se internează la orice secție spitalicească din regiune.

De altfel, acestea sînt și directivele M.S.P.S. care nu au fost însă aplicate consecvent în regiune.

IV. Nevroze

Pentru cercetători, în analiza zilelor de incapacitate temporară de muncă, pe lângă indicator prezintă interes și tendința unor boli cu ordinea cronologică a cauzelor de incapacitate temporară de muncă. Sub acest aspect, la bolile neuropsihice în ultimii cinci ani se constată:

Ordinea frecvenței bolilor neuropsihice

1959	locul 12	1961	locul 6
1960	locul 8	1962	locul 6

Printre cele mai frecvente cauze apar nevrozele care ocupă un număr considerabil de paturi spitalicești, consultații ambulatorii și un consum însemnat de medicamente.

Printre cauzele declanșatoare ale nevrozelor, mediul și organizarea muncii joacă un rol important Iată un domeniu complex și totodată interesant, care trebuie abordat de medicii specialiști în policlinici și în activitatea de teren. Dăm un exemplu concret, care intervenția medicului de întreținere a schimbat complet cursul bolii.

Bolnava F. M. de 32 ani, timp de 6 ani a lucrat într-o funcție administrativă monotonă, totalizînd rapoartele pontatorilor. În al cincelea an de activitate apare

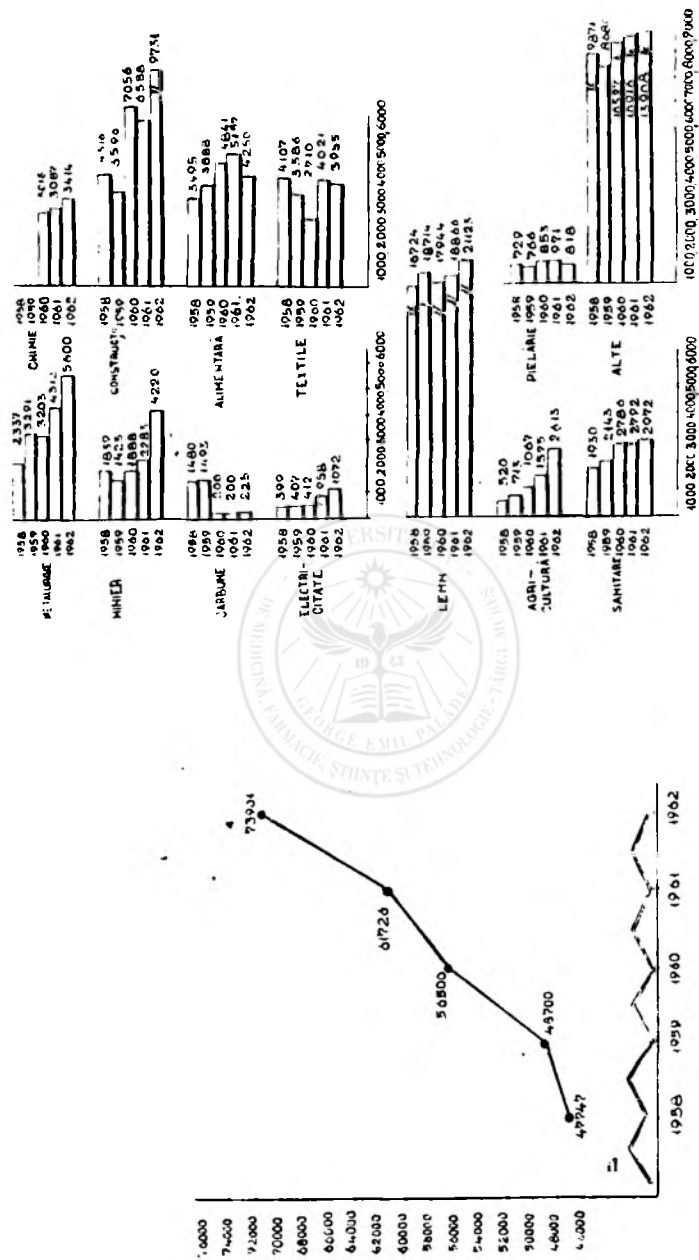
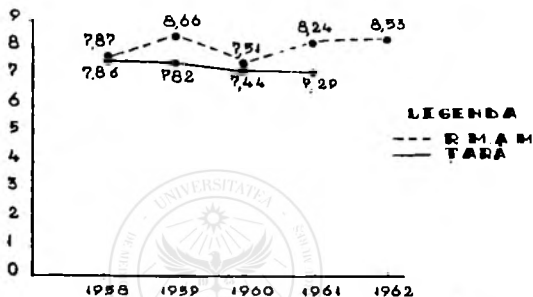


Fig. nr. 1a: Evoluția numărului de muncitori în unitățile industriale din R.M.A.M între anii 1958-1962.

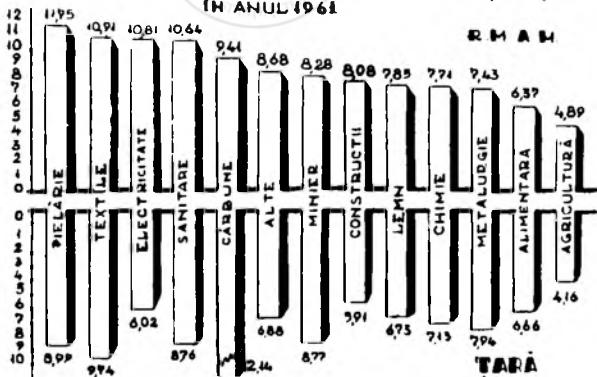
Fig. nr. 1b: Pe ramuri de producție.

EVOLUȚIA MORBIDITĂȚII CU ÎNCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ ÎN R.M.A.M. ȘI ÎN ȚARĂ ÎNTRE ANII 1958-1962.

/ CALCULAT LA 1 MUNCITOR /



MORBIDITATEA CU ÎNCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ PE CAP DE MUNCITOR ÎN R.M.A.M. ȘI ÎN ȚARĂ ÎN ANUL 1961



EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SALARIAȚI ȘI A ZILELOR DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ ÎN R.M.A.M. ÎNTRE ANII 1958-1962.

/ EXPRESATĂ ÎN INDICI DINAMICI 1958 = 100% /

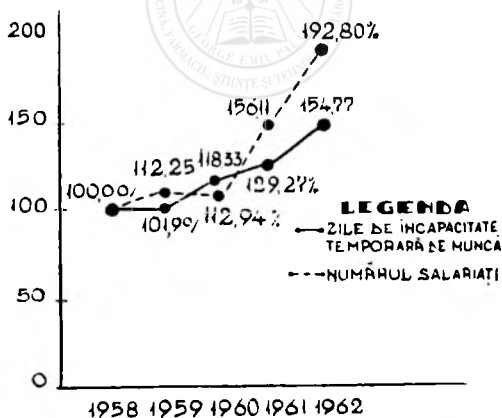


Fig. nr. 3.

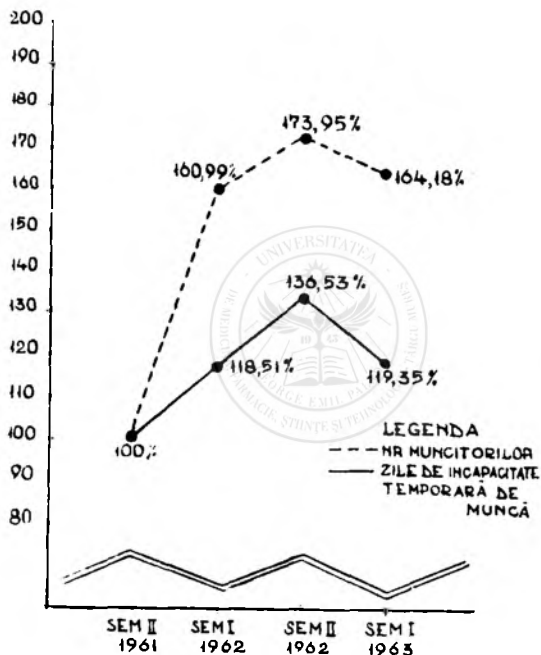
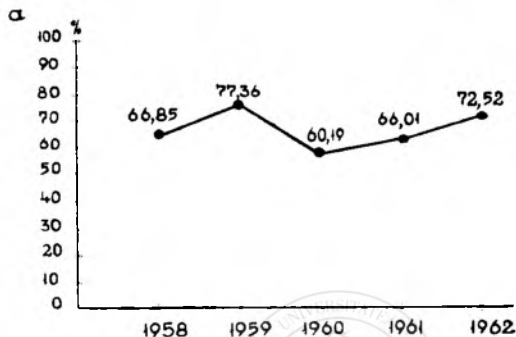


Fig. nr. 3 a: Evoluția numărului de muncitori și a zilelor de incapacitate temporară de muncă exprimate în indici dinamici la șantierul termocentralei Luduș (1 VII 1961-1 VII 1963).

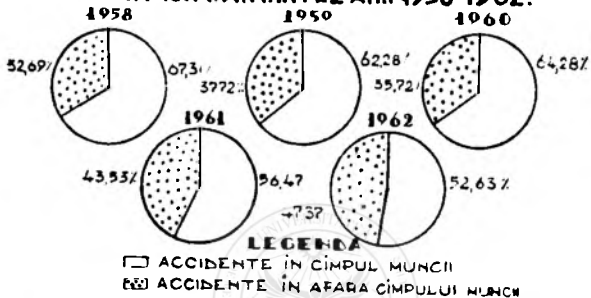


b

# CURENT	DENUMIREA BOLII	CODUL	INDICELE DE FRECVENȚĂ
1	GRIPĂ	88	12,78
2	BOLI ALE APARATULUI OSTEO-ARTICULAR ȘI ALTE BOLI ALE PIELEI	122-126	8,92
3	INFECȚIUNI ACUTE ALE CAILOR RESPIRATORII SUPERIOARE ȘI HIPERTROFIA AMIGDALELOR ȘI VEGETAȚIILE ADENOIDE	87,94	6,94
4	ACCIDENTE ÎN AFARA CÎMPULUI MUNCII	138-150	3,95
5	ACCIDENTE ÎN CÎMPUL MUNCII	138-150	3,48

Fig. nr. 4: a) - evoluția indicilor de frecvență în R.M.A.M. între anii 1958-1962; b) indici de frecvență la primele cinci boli în R.M.A.M. în anul 1962.

REPARTIȚIA ZILELOR DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ CAUZATE DE ACCIDENTE ÎN R.M.A.M. ÎNȚRE ANII 1958-1962.



DE RAMURĂ DE PRODUCȚIE

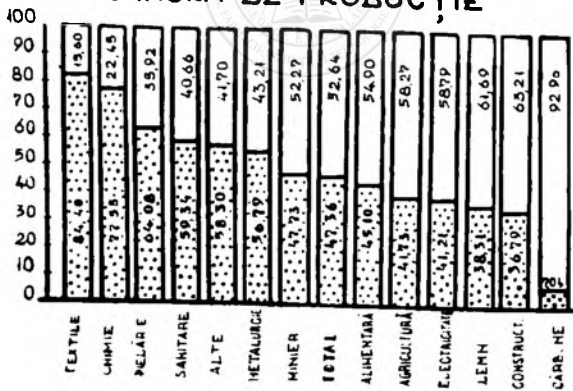
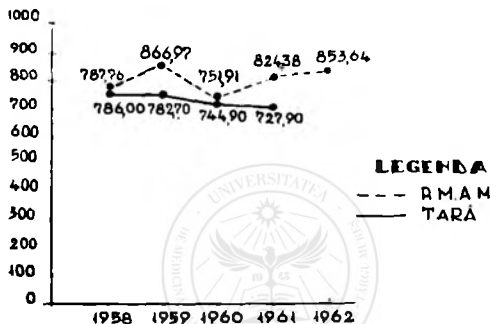


Fig. nr. 5.

EVOLUȚIA INDICILOR DE GRAVITATE ÎN ȚARĂ. ȘI ÎN R.M.A.M. ÎNTRE ANII 1958-1962



INDICI DE GRAVITATE LA PRIMELE 5 BOLI ÎN R. M. A. M. ȘI ÎN ȚARĂ ÎN ANUL 1961.

CUI #	DENUMIREA BOLII	COD	INDICELE DE GRAVITATI	
			R.M.A.M.	ȚARĂ
1	BOLI ALE APARATULUI OSTEO-ARTICULAR ȘI ALTE BOLI ALE PIELEI	122-126	97,73	60,70
2	TUBERCULOZA APARATULUI RESPIRATOR	1	81,67	94,00
3	ACCIDENTE ÎN CÎMPUL MUNCII	138-150	56,02	40,50
4	ACCIDENTE ÎN AFARA CÎMPULUI MUNCII	138-150	43,16	39,50
5	INFECȚIUNI AGUTE ALE CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE ȘI HIPERTROFIA AMIGDALELOR ȘI VEGETATIILE ADENOIDE.	87,94	31,48	33,90

E. TRUȚĂ, E. I. FARKAS: ASPECTE DE MORBIDITATE CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ...

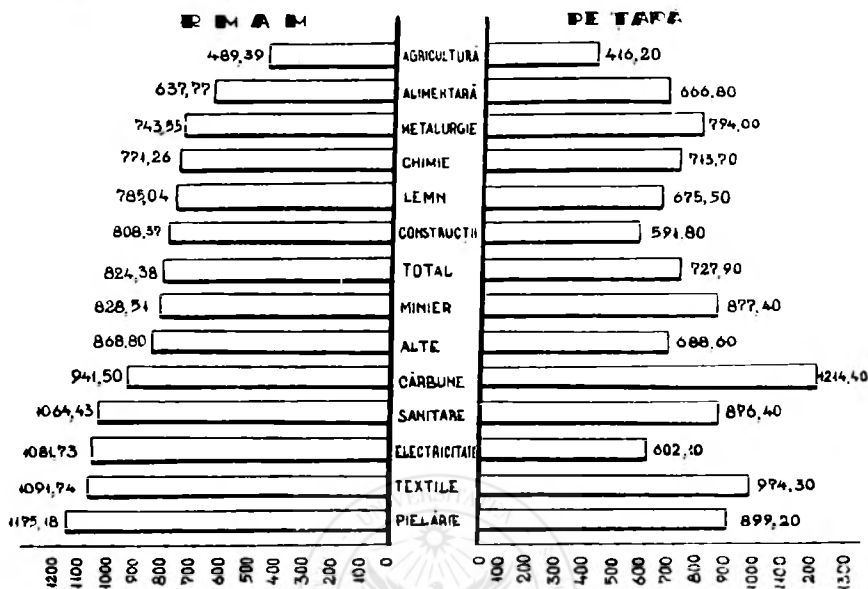


Fig. nr. 7: Incidența indicilor de gravitate în R.M.A.M. și pe țară în anul 1961.

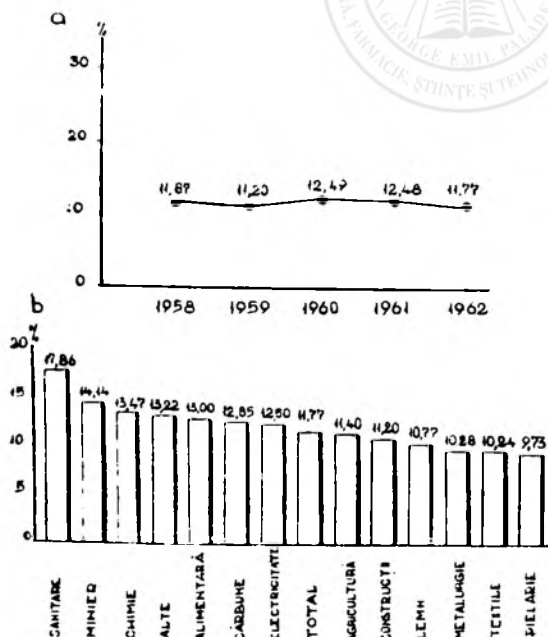
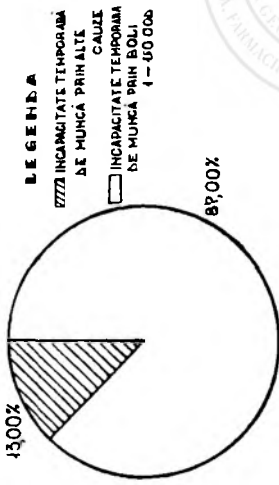


Fig. nr. 8: a) evoluția indicilor de durată medie în R.M.A.M. între anii 1958-1962; b) pe ramuri de producție.

RAPORTUL DINTRE ZILELE DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ PRIN BOLI ȘI PRIN ALTE CAUZE ÎN R.M.A.M. 1962.



STRUCTURA PROCENTUALĂ A INCAPACITĂȚII TEMPORARĂ DE MUNCĂ PRIN ALTE CAUZE ÎN ANUL 1962.

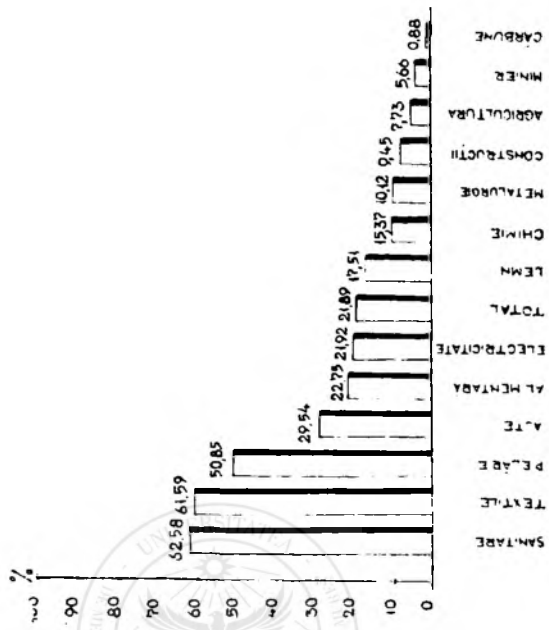
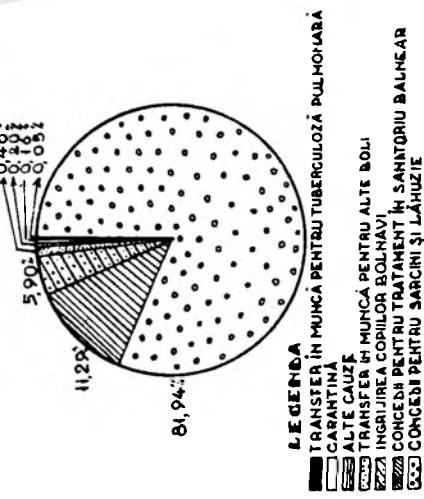


Fig. nr. 10: Structura procentuală a numărului de femei pe ramură de producție în R.M.A.M. în anul 1962

E. TRUȚĂ, E. I. FARKAS: ASPECIE DE MORBIDITATE CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ...

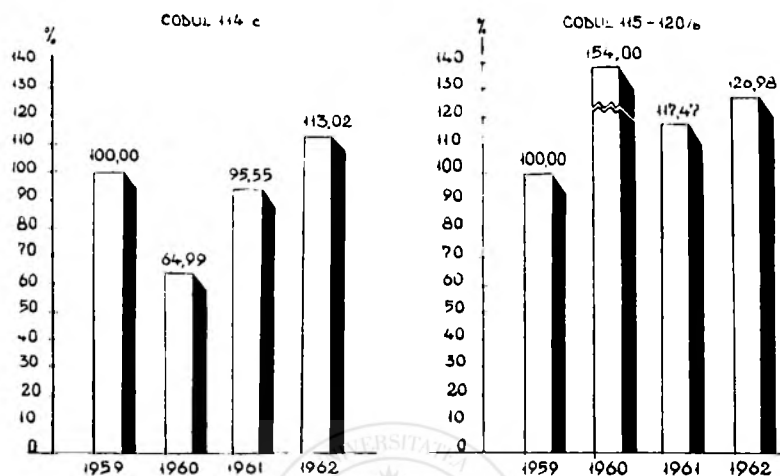


Fig. nr. 11: Evoluția zilelor de incapacitate temporară de muncă cauzate de boli gineco-obstetricale în R.M.A.M. între anii 1959-1962 (1959 = 100%).

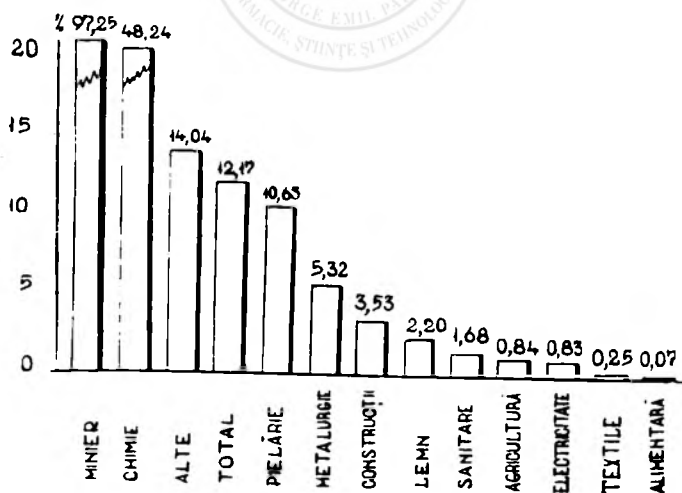


Fig. nr. 12: Zilele de incapacitate temporară de muncă cauzate de bolile profesionale în R.M.A.M. 1962 (la 100 de muncitori); pe ramură de producție.

o nevroză refractară la tratamentul medicamentos aplicat chiar în clinică. După ce i s-a schimbat locul de muncă la o muncă fizică ușoară — nevroza a dispărut fără nici un tratament medicamentos. Cazul demonstrează rezultatul controlului pe teren al condițiilor de muncă și eficiența intervenției medicului de întreprindere, precum și faptul că unele nevroze nu se rezolvă exclusiv pe cale medicală.

Urmărind bolnavii și la locul de muncă, descoperind factorii obiectivi și subiectivi ai bolii, medicii vor putea veni cu propuneri concrete către conducerea întreprinderii. Vor fi desigur cazuri pe care schimbarea condițiilor de muncă nu le va rezolva, de aceea organizarea unui for metodologic de neuropsihiatrie, coordonarea întregii activități profesionale din regiune și elaborarea unor măsuri profilactice în funcție de sectorul de producție, cit și o supraveghere medicală continuă, vor contribui la reducerea zilelor cu incapacitate temporară de muncă.

V. Bolile profesionale

În ultimii ani medicii se familiarizează tot mai mult cu noțiunea de „boli profesionale”.

După o scădere bruscă și tranzitorie se înregistrează o creștere considerabilă a bolilor profesionale, întrecând valorile pe țară.

E firesc că introducerea declarării obligatorii în 1959 a bolilor profesionale a fost urmată de creșterea relativă a cazurilor înregistrate, ceea ce poate explica procentul crescut din 1959. Organizarea Inspecției de stat pentru igienă și protecția muncii, constituie o garanție că în viitor ritmul de dezvoltare a bolilor profesionale va fi mult mai ponderat, în funcție de extinderea sectorului productiv, unde se acordă o atenție tot mai mare securității și igienei muncii.

Analizând pe ramuri de producție (grafic 12), primele 2 locuri sînt ocupate de ramura minieră și chimică.

VI. Concluzii

În scăderea morbidității cu incapacitate temporară de muncă rețeaua sanitară are un rol foarte important. Nu mai puțin importante sînt sarcinile ce revin conducătorilor unităților industriale, agricole și organizațiilor de masă. Trebuie combătută concepția greșită că numai medicii de întreprindere pot fi trași la răspundere dacă zilele de incapacitate temporară de muncă arată o tendință de creștere sau bugetul asigurărilor sociale a fost depășit.

În ultimii ani în R.M.A.M. apar semne tot mai sigure că printr-o colaborare strînsă a forurilor tehnice de conducere din întreprinderi și a organizațiilor de masă cu rețeaua sanitară, planurile de măsuri tehnico-organizatorice devin reale, eficiente.

Din cele expuse în lucrare reiese ca sarcină urgentă organizarea unei rețele vaste de puncte sanitare în primul rînd în sectorul agricol și forestier. După în-cadrarea policlinicilor teritoriale cu medicii necesari, prin reglementarea circuitului judicios al bolnavilor ambulatori se vor crea premisele obiective pentru antrenarea cadrelor din policlinici la o activitate profilactică eficientă la nivelul întreprinderilor.

În privința factorului subiectiv toate forurile sanitare vor trebui să depună eforturi pentru îmbunătățirea continuă a condițiilor de muncă și locuință a cadrelor sanitare din regiune. Prin ridicarea nivelului profesional-politic al medicilor de întreprindere, prin dezvoltarea sistematică a unei discipline liber consimțite, dar mai presus de toate prin întărirea prestigiului moral al medicilor din regiune, vom dispune de forțe suficiente pentru dirijarea justă și științifică a personalului medico-sanitar în vederea scăderii morbidității cu incapacitate temporară de muncă.*

Sosit la redacție: 7 ianuarie 1964.

* Pentru prelucrarea datelor statistice și pentru elaborarea graficelor: mulțumim tov. Sinka Irina, Farkas Margit și Újlaki Mihai.