



Conf. Dr. Viorel-Nicu
PÂRVULESCU

Dislipidemiile și relația lor cu patologia generală

Dyslipidemias and their relationship with general pathology

Conf. Dr. VIOREL-NICU PÂRVULESCU¹,
Șef Lucr. Dr. RODICA TRĂISTARU¹, Prof. Dr. VIORELA ENĂCHESCU¹,
Dr. MIHAI LAURENȚIU², Șef Lucr. Dr. LIGIA FLOREA¹,
Șef Lucr. Dr. SORIN BEZNĂ¹, Dr. VICA CIUVĂȚ²,
Asist. Univ. Dr. CRISTINA BĂRBULESCU¹, Dr. CRISTINA BRAICA-LUPU²

¹UMF, Craiova

²Spitalul „Filantropia”, Craiova

REZUMAT

Dislipidemiile reprezintă perturbarea metabolismului lipoproteinelor, al fracțiunilor lipidice sanguine, în sensul unei producții crescute sau al unui deficit. Dislipidemiile nu determină manifestări clinice directe dar reprezintă factor de risc pentru afecțiunile cardiovasculare aterosclerotice. În studiul retrospectiv derulat am stabilit relațiile între prezența dislipidemiilor și alte aspecte de patologie generală. Rezultatele obținute se încadrează în datele de literatură medicală, care subliniază că dislipidemiile reprezintă factorul de risc major la pacienții obezi și/sau cardiovasculari.

Cuvinte cheie: dislipidemii, boala cardiovasculară, patologie generală, factor de risc

ABSTRACT

Dyslipidemia is a disorder of lipoprotein metabolism, including lipoprotein overproduction or deficiency. Dyslipidemia itself causes no symptoms but can lead to symptomatic vascular disease, including coronary artery disease and peripheral arterial disease. In our retrospective study we established the relations between dyslipidemia and other general pathology entities. Our results confirm the medical literature data about incidence of dyslipidemia like a risk factor in cardiovascular and obese patients.

Key words: dyslipidemia, cardiovascular disease, general pathology, risk factor

NOȚIUNI INTRODUCIVE

Termenul de dislipidemii definește diverși factori genetici sau de mediu care alterează producția, catabolismul sau clearance-ul lipoproteinelor plasmatiche din circulație.

Pe plan mondial, dislipidemiile se constituie într-o reală problemă de sănătate publică, aspect justificat de prevalența și incidența crescută,

consecințele complexe patogenice și clinice, costurile implicate.

În România, dislipidemiile sunt prezente la 46% din populație, sub diverse forme: hipercolesterolemia totală a 24%, LDL peste 130 mg/dl sau peste 100 mg/dl la diabetici la 24%, TGL peste 150 mg/dl la 23% din populație, procentele fiind mai ridicate în Moldova și Oltenia.

Clasificării tradiționale a dislipidemiilor stabilită de Fredrickson i s-a adăugat una mai practică,

recomandată de Asociația Europeană de Ateroscleroză; în prezent se folosește și clasificarea etiopatogenică (conform căreia dislipidemiile, mai exact hiperlipidemiile sunt primare – genetice și secundare – dobândite).

Elementele semiologice existente la un pacient dislipidemic reprezintă expresia patogenică a diferitelor afecțiuni care au ca factor de risc perturbarea metabolismului lipidic.

În conformitate cu aprecierile Societății Europene de Cardiologie, Societății Europene de Ateroscleroză și Societății Europene de Hipertensiune, creșterea colesterolului plasmatic (LDL colesterol) și a nivelului plasmatic scăzut al HDL colesterol reprezintă factori de risc pentru bolile cardiovasculare aterosclerotice.

În anul 2001, NCEP-ATPIII (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III) reactualizează un ghid ce aduce noi modificări în detecția, evaluarea și tratamentul dislipidemiilor la adult, precum și în interpretarea celorlalți factori de risc. Acest ghid continuă să considere nivelul LDL colesterolului ținta primară a tratamentului, dar în același timp a fost modificată abordarea terapeutică, în sensul includerii în ținta scăderii LDL sub 100 mg/dl și a acelor pacienți care sunt la risc înalt pentru cardiopatia ischemică, dar care nu au încă evidență clinică de cardiopatie ischemică.

Din hiperlipoproteinemii, hipercolesterolemia reprezintă factorul de risc principal care a fost asociat statistic cu riscul cel mai mare pentru boala coronariană și mortalitatea prin aceasta. LDL colesterolul, ca fracțiunea lipidică care transportă aproximativ 70% din colesterolul plasmatic, prezintă o relație direct proporțională cu riscul cardiovascular indiferent de naționalitate sau rasa etnică. Nivelul scăzut al HDL-colesterolului reprezintă un alt factor de risc cardiovascular. Implicarea trigliceridelor în aterogeneză continuă să fie un subiect discutat, studiile clinice și epidemiologice nereușind să adopte o decizie finală asupra importanței acestora în patologia cardiovasculară.

Pornind de la aceste noțiuni fundamentale, am studiat incidența dislipidemiilor în contextul unor afecțiuni din patologia generală, legate sau nu prin verigi patogenice cunoscute cu tulburările metabolismului lipidic.

PACIENȚI ȘI METODĂ

Studiul a fost unul de tip retrospectiv și a cuprins pacienții consecutiv internați pe parcursul a doi ani (între 1 ianuarie 2005 și 31 decembrie 2006) în Spitalul Clinic Municipal Craiova la Clinica Medicală III. Lotul a cuprins un număr

de 1050 de pacienți (555 de femei, 495 de bărbați).

Fiecărui subiect din lot i s-a realizat un bilanț lipidic din datele clinice (anamneză, antecedente, istoric personal de boli cardiovasculare, date ale examenului clinic – înălțime, greutate, indice de masă corporală, circumferința abdominală, grosimea pliurilor cutanate, alte modificări clinice caracteristice) și paraclinice (lipide totale, colesterol total, HDL colesterol, trigliceride, LDL colesterol calculat). Determinarea lipidelor sanguine s-a făcut folosind un analizor semiautomat Hospitex Screen master plus, utilizând teste enzimactice colorimetrice. Interpretarea statistică a rezultatelor a fost făcută folosind programul SPSS Windows 98, apreciindu-se riscul relativ estimat (OR) și intervalul de încredere 95% (CI 95%). Am ținut seama de următoarea interpretare statistică:

- OR > 1, variabila de expunere reprezintă un factor de risc,
- OR = 1, variabila de expunere este factor indiferent,
- OR < 1, variabila de expunere reprezintă un factor de protecție,
- dacă intervalul de încredere include cifra 1, nu se pot face considerații de protecție sau risc,
- dacă limita superioară a intervalului de încredere este mai mică decât 1, atunci se vorbește despre factor de protecție,
- dacă limita inferioară a intervalului este mai mare decât 1, atunci se vorbește despre factor de risc.

În derularea studiului au fost respectate normele de etică medicală ale spitalului.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Raportând prezența sau absența dislipidemiei la datele biografice ale pacienților studiați, am obținut următoarele rezultate:

- frecvență scăzută a dislipidemiilor la pacienții cu vârsta până la 40 de ani atât din mediul rural, cât și din mediul urban; o frecvență ridicată a dislipidemiilor a existat la pacienții cu vârsta cuprinsă între 50 și 60 de ani, atât la cei din mediul rural, dar mai ales la pacienții din mediul urban (70% au dislipidemie) (Figura 1);
- predominanță minimă a numărului femeilor în rândul bolnavilor cu dislipidemie (Figura 2);
- grupul pacienților dislipidemici din mediul urban, în special la bărbați a fost relativ mai mare (Figura 3).

Ulterior, am apreciat frecvența dislipidemiei pentru aspectele de patologie generală descrise la lotul studiat.

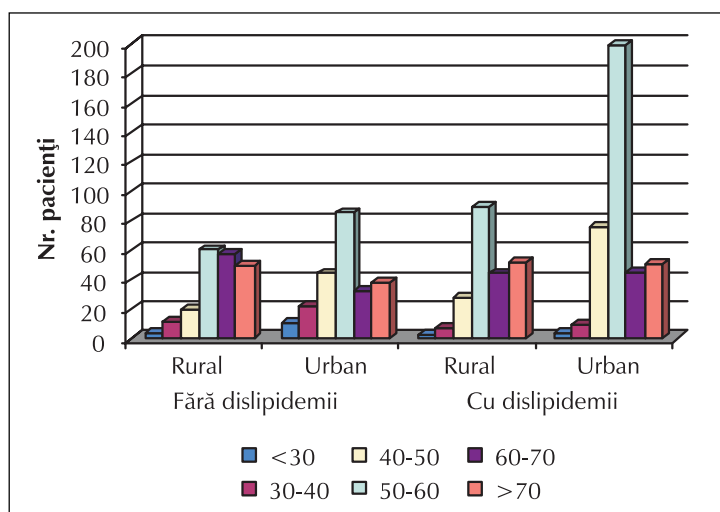


Figura 1. Frecvența dislipidemiilor în funcție de vârstă și mediu social

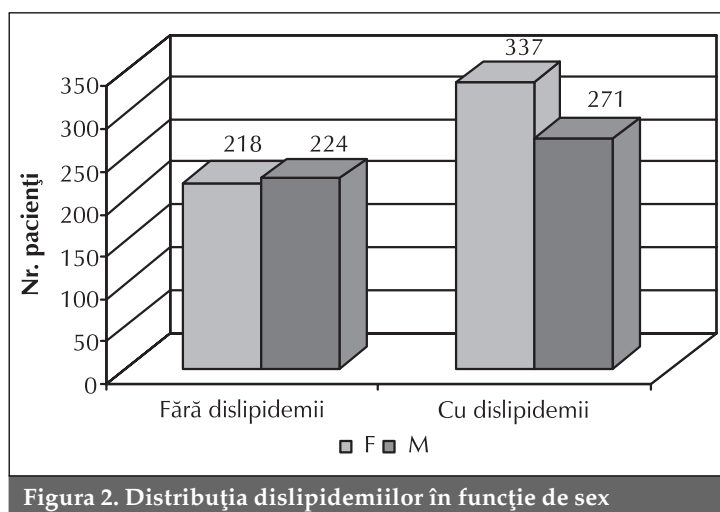


Figura 2. Distribuția dislipidemiilor în funcție de sex

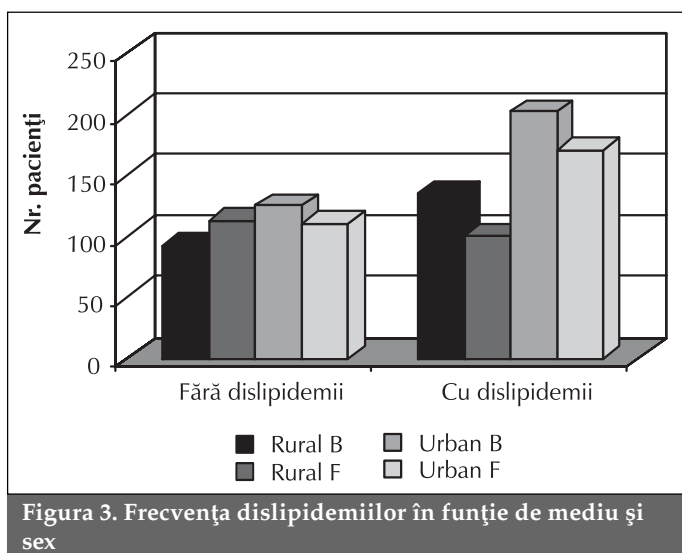


Figura 3. Frecvența dislipidemiilor în funcție de mediu și sex

Am constatat o asociere frecventă a obezității cu dislipidemia (Figura 4). Persoanele cu dislipidemie au prezentat un risc al obezității mai mare de 2,87 ori decât cei fără dislipidemie. Rezultatele prelucrării statistice au fost: OR = 2,87, CI 95% = 2,08 – 3,97. Cum limita inferioară a intervalului de încredere este mai mare decât 1, dislipidemia reprezintă un factor de risc pentru apariția obezității.

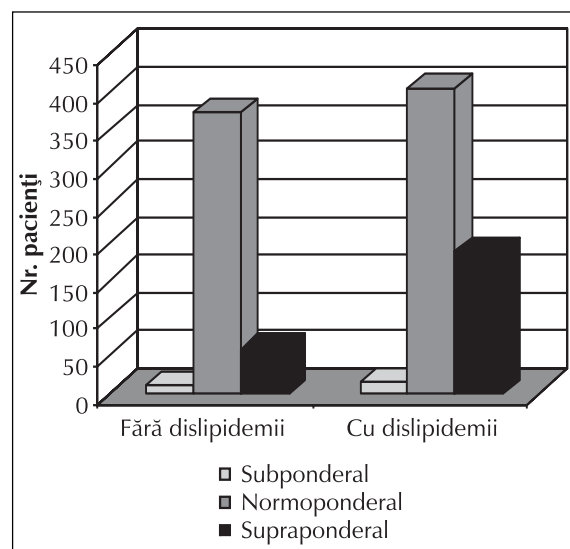


Figura 4. Situația stării de nutriție în cadrul lotului studiat

A existat o asociere importantă între afecțiunile cardiovasculare și dislipidemie. Mai multe de 4/5 dintre subiecții cu dislipidemie au avut și afecțiuni cardiovasculare (88% la femeii și 86% la bărbați) (Figura 5).

La bolnavii cardiovasculari, numărul pacienților cu dislipidemie a fost mai crescut în ambele medii, dar mai ales în mediul urban (Figura 6).

Rezultatele statistice au fost: OR = 5,15, CI 95% = 3,79 – 6,98. Interpretarea este următoarea: pentru persoanele cu dislipidemie, riscul să aibă o boală cardiovasculară este cu 5,15 mai mare decât la persoanele fără dislipidemie. Cum limita inferioară a intervalului de încredere este mai mare decât 1, dislipidemia reprezintă un factor de risc important pentru apariția bolii cardiovasculare.

În lotul de pacienți studiat nu s-a găsit o corelație între dislipidemie și bolile hepatice. Numărul bolnavilor cu afecțiuni hepatice este ușor crescut în cazul celor care prezintă și dislipidemie (61%) față de cei non-dislipidemici (56%) (Figura 7). Subiecții cu dislipidemie nu prezintă risc semnificativ să aibă boală hepatică față de persoanele fără

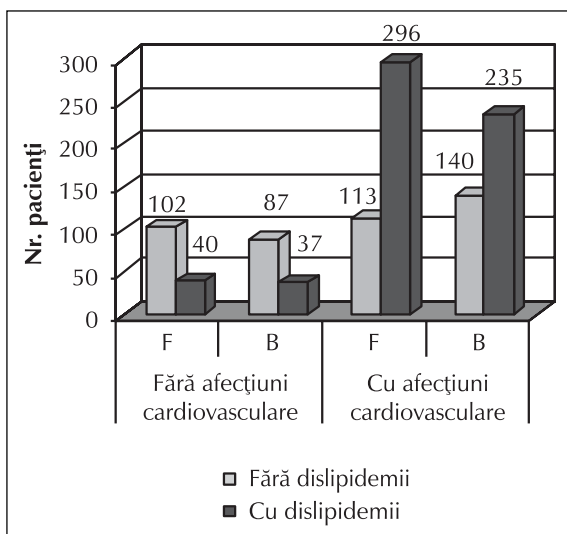


Figura 5. Corelația dislipidemiei cu bolile cardiovasculare și sexul pacienților

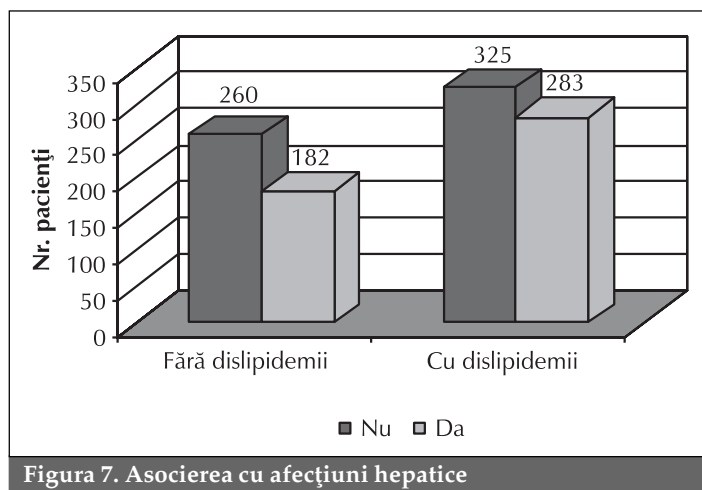


Figura 7. Asocierea cu afecțiuni hepatice

1, nu se pot face considerații de protecție sau risc referitoare la variabila dislipidemiei pentru boala colecistului.

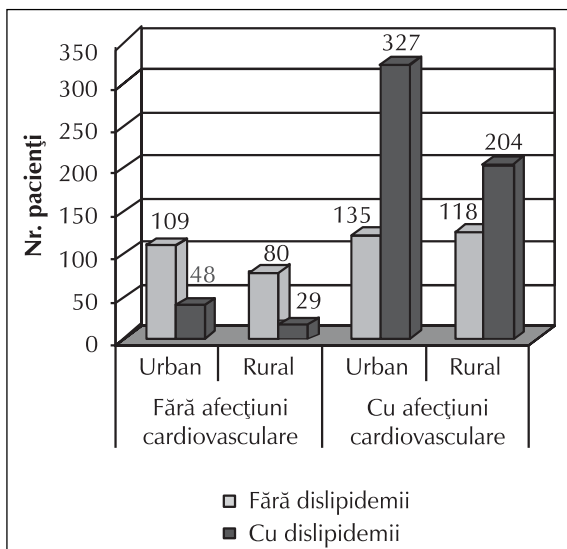


Figura 6. Corelația dislipidemiilor cu bolile cardiovasculare și mediul social

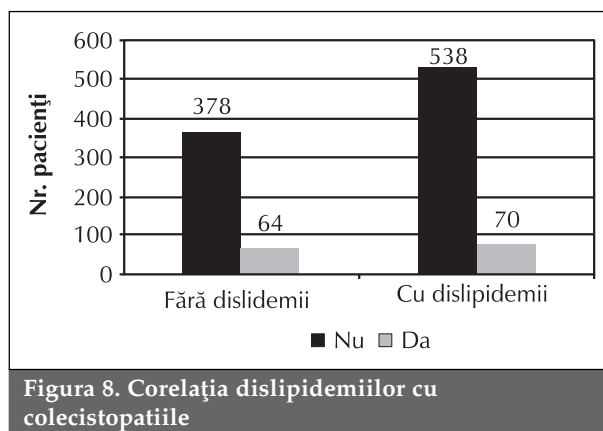


Figura 8. Corelația dislipidemiilor cu colecistopatiile

În lotul studiat se observă o relație de tip invers, prevalența afecțiunilor endocrine este mai scăzută la pacienții care au și dislipidemie față de cei fără dislipidemie (OR = 0,70) (Figura 9). Cum limita superioară a intervalului de încredere este mai mică decât 1 (CI 95% = 0,54 – 0,91) se poate concluziona că variabila dislipidemiei nu este factor de risc pentru boala endocrină.

dislipidemie (OR = 1,24). Cum intervalul de încredere include cifra 1 (CI 95% = 0,97 – 1,95), nu se pot face considerații de protecție sau risc referitoare la variabila dislipidemie pentru boala hepatică.

Nu există o corelație între dislipidemie și colecistopatii, poate doar o ușoară scădere a numărului de afecțiuni ale colecistului la pacienții cu dislipidemie (Figura 8).

Rezultatele obținute au fost: OR = 0,76, CI 95% = 0,53 – 1,10. Interpretarea este următoarea: pentru persoanele cu dislipidemie, nu există risc semnificativ să aibă o suferință a colecistului mai mare decât la persoanele fără dislipidemie. Cum intervalul de încredere include cifra

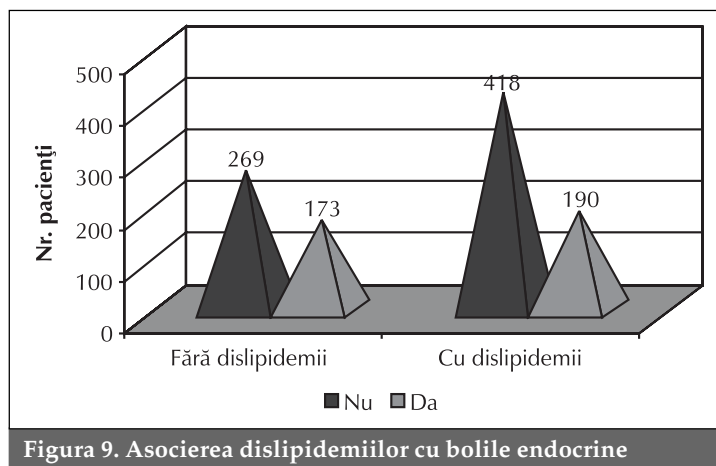


Figura 9. Asocierea dislipidemiilor cu bolile endocrine

Pentru persoanele cu dislipidemie, nu există risc semnificativ să aibă o suferință reumatismală (articulară) mai mare decât la persoanele fără dislipidemie (OR = 1,16); singura asociere a celor două boli ar putea fi explicată doar prin creșterea în greutate și suprasolicitarea articulațiilor (Figura 10). Cum intervalul de încredere (CI 95% = 0,90 – 1,49) include cifra 1, nu se pot face considerații de protecție sau risc referitoare la variabila dislipidemie pentru boala articulară.

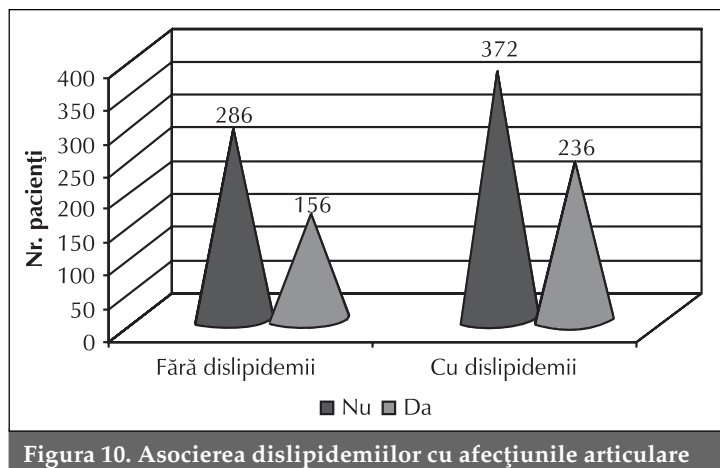


Figura 10. Asocierea dislipidemiilor cu afecțiunile articulare

Relația dislipidemiilor cu bolile digestive este una inversă, frecvența afecțiunilor digestive scade de la 29% la pacienții fără dislipidemie la 13% la pacienții care prezintă dislipidemie (Figura 11). Pentru persoanele cu dislipidemie există risc mai redus să aibă o boală digestivă, decât la persoanele fără dislipidemie (OR = 0,38, CI 95% = 0,27 – 0,52). Cum limita superioară a intervalului de încredere este mai mică decât 1, se poate concluziona că variabila dislipidemie nu este factor de risc pentru boala digestivă.

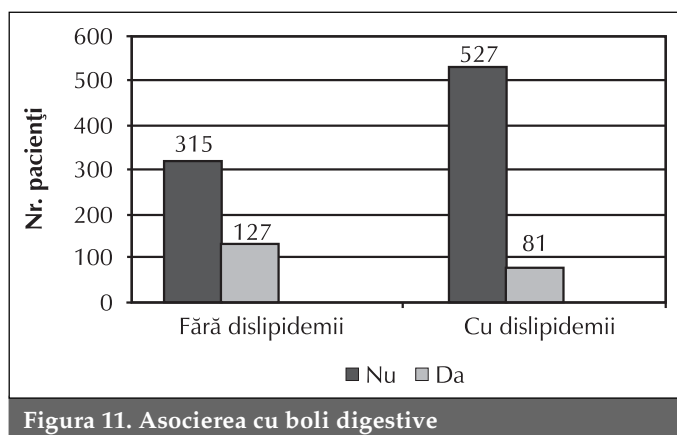


Figura 11. Asocierea cu boli digestive

La lotul studiat se observă o relație inversă între prezența dislipidemie și afecțiunile renale; frecvența afecțiunilor renale scăzând de la 34% la pacienții fără dislipidemie, până la 25% la pacienții care prezintă dislipidemie (Figura 12). Pentru persoanele cu dislipidemie există risc mai redus să aibă o boală urogenitală, decât la persoanele fără dislipidemie (OR = 0,64, CI 95% = 0,49 – 0,83). Cum limita superioară a intervalului de încredere este mai mică decât 1, se poate concluziona că variabila dislipidemie nu este factor de risc pentru boala urogenitală.

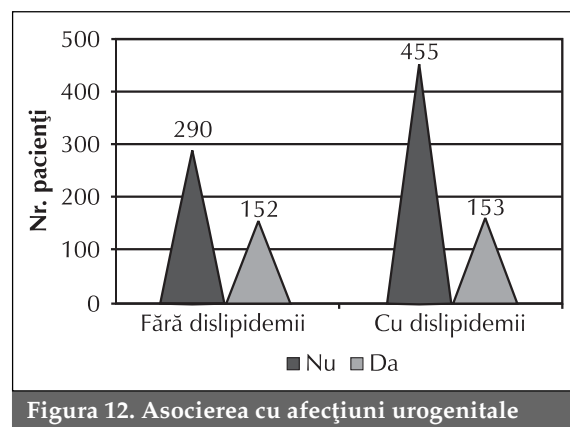


Figura 12. Asocierea cu afecțiuni urogenitale

Dislipidemiile prezintă o relație inversă cu afecțiunile pulmonare, frecvența acestora din urmă scăzând de la 28% la pacienții fără dislipidemie până la 20% la cei ce nu prezintă dislipidemie (Figura 13). Subiecții cu dislipidemie au un risc mai redus să aibă o boală pulmonară decât cei fără dislipidemie (OR = 0,65, CI 95% = 0,48 – 0,86). Cum limita superioară a intervalului de încredere este mai mică decât 1 se poate concluziona că variabila dislipidemie nu este factor de risc pentru boala pulmonară.

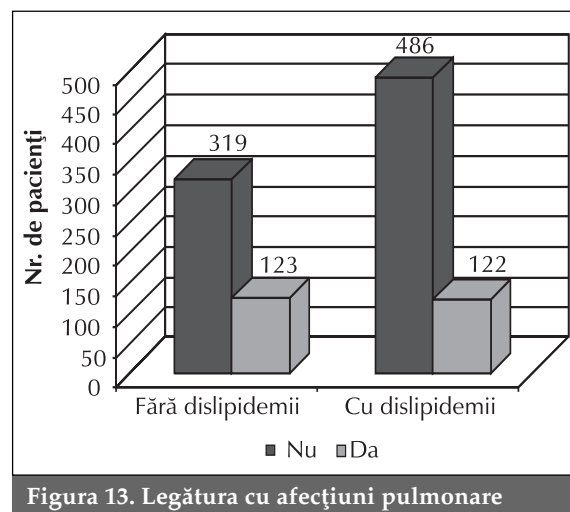


Figura 13. Legătura cu afecțiuni pulmonare

Cea mai frecventă formă de dislipidemie a fost reprezentată de hipercolesterolemia izolată cu creșteri moderate sau severe ale colesterolului. Valorile trigliceridelor au fost crescute într-o proporție mai redusă, iar HDL-colesterol a fost în general normal. Severitatea hipercolesterolemiei ar fi putut fi dată de predispoziția genetică, dar și de coexistența altor factori de risc precum vârsta, sedentarismul sau fumatul. Frecvența hipercolesterolemiilor severe, în special a formelor primare (genetice) a fost redusă, dar în același timp acești pacienți au prezentat riscul cardiovascular cel mai înalt.

În ciuda scăderii drastice a riscului de boli cardiovasculare în ultimii 15 ani, ca urmare a măsurilor de sănătate publică luate de diverse state ale lumii, boala cardiovasculară rămâne pe primul loc, cauzând aproape 37% din totalul cauzelor de mortalitate din lume. O cauză intrinsecă a bolii cardiovasculare sunt dislipidemiile, uneori exprimate discret clinic. Acționând din timp asupra acestor factori de risc, prevalența bolilor cardiovasculare poate scădea, deși aceasta este în creștere ca urmare a creșterii speranței de viață și paradoxal a îmbunătățirii calității asistenței medicale.

În studiul nostru, pacienții cu dislipidemie au avut un risc de 5,15 ori mai mare pentru bolile cardiovasculare decât cei fără dislipidemie.

CONCLUZII

1. Dislipidemiile prezintă o incidență ridicată la pacienții spitalizați, cu vârsta peste 50 ani, mai ales la cei din mediul urban, predominând la bărbați. Diversele tipuri de dislipidemii ajung în total la 68,72%, procent semnificativ și îngrijorător din întregul

lot de pacienți.

2. Prevalența dislipidemiilor se găsește la valori ridicate, inclusiv la pacienții diagnosticați cu suferință cardiovasculară aterosclerotică, aceștia neconștientizând riscul pe care îl reprezintă hipercolesterolemiile.
3. Dislipidemiile reprezintă factorul de risc major pentru patologia cardiovasculară (risc relativ = 5,15).
4. Interrelația dintre dislipidemie și obezitate (risc relativ = 2,87), arată că dislipidemia reprezintă un factor de risc pentru obezitate (și invers!), iar sumarea lor reprezintă un factor de risc important pentru bolile cardiovasculare.
5. Conform datelor obținute în studiul derulat, nu există o relație semnificativă între alte aspecte de patologie (boli hepatice, digestive, pulmonare, renale, reumatismale) și dislipidemii, adică dislipidemiile nu pot fi considerate un factor de risc pentru aceste boli.
6. Dislipidemiile, ca o alterare calitativă și/sau cantitativă a metabolismului lipoproteinelor, se manifestă prin creșterea sau descreșterea concentrației sanguine a colesterolului total, LDL colesterolului și a trigliceridelor și/sau descreșterea concentrației LDL colesterolului. Sunt cele mai întâlnite patologii în practica medicală, iar prin riscul cardiovascular ce îl implică, prin costurile ridicate de tratament, se impune o atenție sporită și permanentă în vederea depistării, diagnosticării precise și aplicării precoce a măsurilor terapeutice.

BIBLIOGRAFIE

1. **Blake GH, Triplett LC** – Management of hypercholesterolemia. *Am Fam Physician* 1995; 51:1157-1166
2. **Charrois TL, Johnson JA, Blitz S, et al.** – Relationship between number, timing, and type of pharmacist interventions and patient outcomes. *Am J Health Syst Pharm* September 1, 2005; 62(17):1798-1801
3. **Cheta D** – Hiperlipoproteinemiile, în *Medicina Internă*, vol 2.: Bolile cardiovasculare și metabolice, L. Gherasim, Editura Medicală, București, 1996; 1323-1338
4. **Genest J, Frohlich J, Fodor G, et al.** – Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: summary of the 2003 update. *Can Med Assoc J*, October 28, 2003; 169(9):921-924
5. **Geurian KL** – The cholesterol controversy. *Ann Pharmacother* 1996; 30:495-500
6. **Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, et al.** – Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999; 100:1481-1492

7. Grundy S – Hypertriglyceridemia, atherogenic dyslipidemia and metabolic syndrome. *Am J Cardiol* 1998; 81:18B-25B
8. Haskell W, Alderman E, Farin J, et al. – Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Program (SCRIP). *Circulation* 1994; 89:975-990
9. Hâncu N – Obezitatea și dislipidemiile în practica medicală. Ghid de buzunar pentru medicul practician. București, *Infomedica*, 1998
10. Harrison – Principii de Medicină Internă, Ediția 14, Editura Teora, 2001; 2353-2360
11. Kronenberg F, Kronenberg M, Kiechl S, et al. – Role of lipoprotein(a) and apolipoprotein(a) phenotype in atherogenesis. Prospective results from the Bruneck Study. *Circulation* 1999; 100:1154-1160
12. Sacks F, Pfeffer M, Moye L, et al. – The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335:1001-1009
13. Wilson P, D'Agostino R, Levy D, et al. – Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97:1837-1847
14. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation* 2002; 106:3143-3421

Revista presei medicale

Liber la E-uri. Ministerul Sănătății introduce aditivi periculoși în alimente

No restriction to additives. The Ministry of Health approves the introduction of potentially dangerous food additives

CLAUDIA MARCU, ANDREEA PETRESCU

Ordinul nr. 438/295/2002, privind aditivii alimentari va fi modificat printr-un proiect de act normativ elaborat de ministrul sănătății Eugen Nicolaescu. La prima vedere pare că, în sfârșit, autoritățile din România s-au trezit și vor să ne scape de E-urile periculoase. În realitate, proiectul scoate câteva E-uri, de ochii lumii, și adaugă altele, mai nocive. În plus, actul normativ majorează considerabil cantitățile maxime admise ale aditivilor din produsele alimentare. Potrivit acestuia, prezența unui aditiv alimentar nu va mai fi autorizată pentru preparatele pe bază de cereale prelucrate și alimentele pentru sugari și copii de vârstă mică. Totodată, E 400-404, E 406, E 407, E 410-415, E 417, E 418 și E 440 vor fi interzise la fabricarea minijeleurilor, definite ca jeleuri de consistență dură, ingerate dintr-o singură înghițitură după introducerea în gură. Din lista cu conservanți și antioxidanți autorizați condiționat, adică în doze cu maxime stabilite de lege, din cauza faptului că sunt dăunători, dispar E 216 și E

217. De precizat că E 217 era deja interzis în mai multe țări. Conservanții și antioxidanții autorizați condiționat se elimină definitiv din compoziția creveților preparați, a cozilor de raci preparate și preambalate și a moluștelor preparate și marinate, precum și din suplimentele alimentare dietetice lichide. În schimb, acestea vor fi permise la prepararea crustaceelor și moluștelor tratate termic și în suplimentele alimentare comercializate sub formă lichidă.

Liber la nitrit de potasiu

E 249, nitrit de potasiu, este un fixator de culoare și agent de conservare pentru carne. Acesta poate produce amețeli, dureri de cap și este potențial cancerigen, nefiind permisă utilizarea în alimentele pentru sugari și copii. În ordinul actual era admis, în cantitate de 150 mg/kg, în produsele din carne netratate termic, afumate și uscate. În modificările legislative, cantitatea este permisă în toate produsele din carne. E 250, nitrit de sodiu – poate provoca hiperreac-

tivitate și alte reacții adverse, fiind potențial cancerigen, fiind restricționat în multe țări. În prezent, este admisă o cantitate de 150 mg/kg la alte produse din carne afumată și produse din carne în conservă. Potrivit proiectului de ordin, în produse din carne tradiționale conservate, cum ar fi Paprikas și Selsky salam, cantitatea maximă permisă de nitrit de sodiu va fi de 180 mg/kg.

În proiectul de act normativ se află și o confuzie dubioasă. E 251 este trecut ca nitrat de potasiu, iar E 252 este nitrat de sodiu. În realitate, E 251 este nitrat de sodiu și E 252 este nitrat de potasiu. Confuzia este destul de gravă, având în vedere că E 252 poate provoca hiperactivitate și alte reacții adverse, este potențial cancerigen, iar folosirea sa este restricționată în multe țări. Din proiect reiese că E 252 poate fi utilizat în cantități de 300 mg/kg în produse din carne tradiționale, conservate prin inserare în soluție de saramură, în cele conservate prin uscare. Totodată, E 252, în cantitate de 150 mg/kg, se va introduce, ca

noutate, și în brânză cu pastă tare, semitare și semimoale, înlocuitori de brânză pe bază de produse lactate. Heringul marinat și sprotul vor putea conține E 252 în cantitate de 500 mg/kg, până acum nefiind permisă decât o cantitate reziduală de nitrat de potasiu de 50 mg/kg. Un antioxidant

periculos, E 319 (Tert-butilhidrochinona) va putea fi introdus în untură, ulei de pește, grăsime de vită, pasăre și oaie. E 319 este un produs pe bază de țiței și se recomandă evitarea sa. Aceasta poate cauza grețuri, vărsături, delir – o doză de 5 grame fiind considerată letală. Cantitatea de

E 385 crește la crustacee congelate sau înghețate de la 75 mg/kg la 250 mg/kg. E 385 produce perturbări sale echilibrului electrolitic, afecțiuni gastrointestinale și crampe intestinale, fiind interzis în unele țări.

Sursa: GARDIANUL, 15.11.2007

Revista presei medicale

Medicii nu mai pot să-și cumpere cabinetele medicale

Doctors can no longer purchase their practices

ALINA ENACHE

Legea care permite primăriilor să vândă spațiile a fost declarată neconstituțională

Medicii nu vor mai putea să-și cumpere cabinetele în care își desfășoară activitatea. Curtea Constituțională a declarat legea în baza căreia cabinetele medicale pot fi cumpărate ca fiind neconstituțională.

Oamenii în halate albe sunt nemulțumiți pentru că spun că au investit în cabinetele respective cu gândul că, în viitor, le vor aparține.

Curtea Constituțională a declarat Legea 236/2006, care modifică și completează Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 110/2005, în baza căreia primăriile puteau să vândă medicilor spațiile aflate în proprietatea consiliilor locale, ca fiind neconstituțională. Asta înseamnă că legea nu mai poate fi aplicată.

Prețul de vânzare este „neserios“

Decizia Curții Constituționale nr. 871, din 9 octombrie 2007, a fost luată în urma depunerii excepției de neconstituționalitate ridicată de Consiliul Local al comunei Bonțida, județul Cluj. În motivarea excepției se susține că actele sunt neconstituționale, întrucât „bunurile la care acestea se referă fac parte din domeniul public al unității administrativ-teritoriale, iar nu din domeniul privat”. Conform deciziei Curții Constituționale, prețul la care urmau să fie vândute cabinetele

este catalogat drept „neserios”, întrucât nu ține cont de valoarea pe piață a bunului. Astfel, conform Ordonanței 110/2005, prețul maximal de vânzare al cabinetelor medicale este stabilit pe categorii de localități, iar în privința terenului aferent este stabilit un preț fix de 1 euro pentru un metru pătrat. Întrucât Constanța este localitate de rangul I, prețul maximal de vânzare ar fi fost de 50 de euro pe metrul pătrat, asta în condițiile în care prețul maximal de vânzare pe piața imobiliară este de 1.500-1.600 de euro.

Curtea Constituțională mai motivează decizia de declarare a neconstituționalității prin faptul că, vânzând aceste spații, statul nu mai poate lua „măsuri de asigurare a igienei și sănătății publice” și nu mai poate crea „condițiile care să asigure prestarea de servicii medicale”, obligații prevăzute în Constituția României, întrucât există riscul ca după ce vor fi vândute, cabinetele să-și schimbe destinația.

Medicii de familie sunt foarte nemulțumiți de această decizie și spun că au investit în spațiile în care își desfășoară activitatea cu gândul că le vor cumpăra în timp. Dr. Elena Drăghici, medic de familie în Constanța, ne-a declarat: „Vara trecută cred că am investit 16.000-18.000 de

lei în cabinetul unde îmi desfășor activitatea. Noi am fost deconectați de la centrala cartierului și ne-au lăsat în frig o iarnă. Am folosit reșouri electrice, s-a format mușgai, așa că am decis să cumpăr centrală. Am investit foarte mulți bani. Cabinetul în care lucrez a fost, demult, magazie, așa că a trebuit să creez condițiile necesare, fiindcă nu aveam nici măcar o chiuveță. De șapte ani am investit în acest cabinet. Acum ce fac, îmi dă primăria banii înapoi?”, ne-a declarat medicul.

De cealaltă parte, autoritățile sanitare spun că decizia Curții Constituționale este îndreptățită. Dr. Tanța Culețu, directorul adjunct al Autorității de Sănătate Publică a județului Constanța, spune că nu ar fi fost normal ca medicii să cumpere cabinetele la un preț atât de mic, în comparație cu prețul de pe piață. „Or fi investit în cabinete! Unii și-au luat termopane, au pus linoleum, dar au beneficiat de deduceri de impozit. Altceva nu au făcut! Și eu aș fi declarat legea necostituțională!”, a declarat dr. Culețu.

Cât timp legea a fost aplicabilă, la Constanța nu a fost vândut nici un cabinet medical, după cum a precizat directorul adjunct al ASPJ.

Sursa: CUGET LIBER, 07.11.2007