

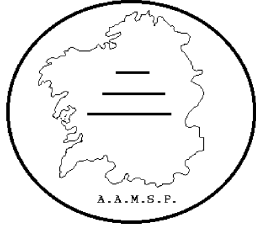
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 8

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Enero 96



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

SISTEMA SANITARIO

La OMS define Sistema de Salud como “Complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud de los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial y en el sector de la salud y otros sectores afines”. Básicamente el sistema sanitario se divide en 3 subsistemas: Nivel de Salud (defin e objetivos), Atención Sanitaria (prestación de servicios) y Sistema Financiero (define la procedencia de los recursos económicos).

Los principios esenciales que debe asumir un Sistema Sanitario son: Universalidad, Atención Integral, Equidad, Racionalización de los Recursos en base a la eficiencia, descentralización político-administrativa y participación de la Comunidad en la planificación y gestión sanitaria.

Creemos que entre los problemas más graves con los que se enfrenta el Sistema Sanitario Español se encuentran:

-- Financiación: Si bien existe un amplio consenso que ha de ser pública, lo que ya no está tan claro es el Catálogo de Prestaciones (cartera básica de Servicios) que recordemos fue aprobado por Real Decreto de 19 de Enero de 1995. España invierte en sanidad el 6.7 % del PIB, abarcando el 98% de la población, siendo el presupuesto por persona y año cercano a 89.000 ptas, estimándose que el 25% de la población absorbe el 50% de los recursos.

-- Prestación de los Servicios: Es donde mayor cambio se ha producido ya que parece existir un cierto consenso en que el modelo debe ir hacia una provisión mixta (pública y privada), potenciando fórmulas de competitividad (público/público, público/privado, privado/privado).

-- Participación de los ciudadanos y de los profesionales en la planificación y gestión sanitaria.

-- Reformas organizativas y gestoras que aseguren la autonomía económico-financiera de las unidades de gasto, para poder conseguir una mejora en la eficiencia y calidad de los servicios.

SUMARIO

EDITORIAL.....	pág. 1
<i>La práctica deportiva en la infancia y adolescencia.....</i>	pág. 3
<i>¿SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI O EXANTEMA VÍRICO?.....</i>	pág. 9
NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS. <i>Libros recomendados.....</i>	pág. 12
<i>Cuando la EpS o alguna de sus ramas crea conflictos.....(II).....</i>	pág. 13
<i>Tratamiento de la agudización de la EPOC en A. Primaria.....</i>	pág. 17
CURSOS/CONGRESOS.....	pág. 22
ESCALA DE GRADUACIÓN DEL TRAUMATISMO.....	pág. 23

El panorama sanitario en la Comunidad Autónoma de Galicia, que asumió la transferencia del INSALUD el 1-1-91, lo podríamos resumir con los siguientes datos:

== La sanidad gallega tuvo un presupuesto para 1995 cercano a los 250.000 millones de pesetas, estando cubierta la demanda sanitaria por centros públicos (70%) y privados (30%).

== Carece de una mapa sanitario donde se establezcan claramente las Áreas de Salud articuladas en Zonas Básicas de Salud, que permitan establecer verdaderos órganos autonómicos de gestión, administración y coordinación entre la Atención Especializada y la Atención Primaria.

== En la Atención Especializada nos encontramos, que los hospitales carecen de auténtica autonomía económica, la gestión se ve muy reducida (el 80 % de su presupuesto lo constituyen gastos corrientes y personal), falta de liquidez que permita negociar con los proveedores, desconocimiento real del coste por proceso (se está empezando a introducir la contabilidad analítica), y finalmente falta una autentica jerarquía empresarial que impide una mayor racionalización del gasto, flexibilización y movilidad del personal y optimización de los recursos.

== La Atención Primaria se encuentra en pleno proceso de reforma, implantándose los EAP y los PAC, pero este nuevo modelo incrementa los costes tanto directos como indirectos y no supone un incremento sustancial en la calidad, pero lo más grave es que constituye la antítesis de la eficiencia y por tanto nunca podrá ser competitiva si el sistema tiende hacia una provisión mixta.

Para que sea posible un sistema de provisión mixto habrá que introducir, entre otras, las siguientes modificaciones:

- Dotar de autonomía económica-financiera real a los centros sanitarios y establecer unos mecanismos de gestión empresarial que consigan una mayor optimización de los recursos y por tanto una mayor eficiencia.
- Adecuación de la legislación laboral a los momentos actuales.
- Modificación de la legislación de adquisición de bienes y servicios por parte de organismos públicos (ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Reglamento General de Contratación del Estado, etc..), de forma que se posibilite la negociación directa con proveedores y liquidez inmediata en caja.
- Introducción inmediata de la contabilidad analítica, que posibilite conocer en todo momento el coste por proceso.
- Establecer organigramas jerárquicos, de organización y responsabilidad, similares a los de empresa de libre mercado.

Si no se resuelven estos problemas los centros de titularidad pública, difícilmente podrán integrarse en un sistema de provisión mixto basado en la competitividad, ya que de no hacerlo así se podría llegar a cuestionar su propia existencia.



La ruta de acceso, para los internautas, es: <http://mrsplx2.usc.es>

APUNTES DE SALUD PÚBLICA ©
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Enero 1996 Nº 8

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA.
COMITE DE REDACCIÓN:
MONTserrat GARCÍA SIXTO.
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY.
COMITE ASESOR:
CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.

EDITA: A.A.M.S.P.
Aptdo. Correos nº 139 -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: 1134-055X
Tirada: 180 ejemplares

"APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos (II)

Maceiras García L.¹ / Barros-Dios J.M.¹ / Pereira Soto M.A.² / Segovia Largo A.³

Retomando el tema de la Educación Sexual (ES) en la Escuela, vamos a seguir analizando diferentes datos de diversos países.

Integración oficial de la ES en el sistema educativo

En la década de los ochenta hubo un movimiento en la Europa del Este, por parte de los gobiernos, a favor de una política oficial para integrar la ES en los planes de estudios¹. Se incluían en este movimiento: la antigua República Democrática Alemana, la antigua Checoslovaquia (en este país, al igual que en Polonia, existía un apoyo total del gobierno), Hungría y la antigua Yugoslavia.

Hemos visto en el artículo anterior que, con el paso del tiempo, la República Checa, Eslovaquia y Hungría, han ido integrando algunas materias. (Polonia lo había hecho ya mucho antes).

No tenemos aún datos concretos de la antigua R.D.A., pero al unirse a la antigua R.F.A., que sí impartía la ES en los colegios, como una asignatura, es de suponer que ha ido hacia delante este proyecto.

Y... ¿qué decir de la antigua Yugoslavia?... Una vez convertida en seis repúblicas, es probable que las evoluciones sean distintas, sobre todo en las que ha habido enfrentamientos bélicos. Quizá no haya que hablar de la ES en la escuela en este momento, y sólo haya que hablar de la posibilidad de la educación. En un país de muchas etnias y muchas religiones (todo el este de Europa tiene esa característica de la mezcla racial), es probable que una de las secuelas que deje la guerra sea la autoafirmación de cada cual ante el *contrario* y eso puede dar lugar a diferentes enfoques culturales, sociales y

religiosos de la educación sexual y de las relaciones interpersonales.

"Bosnia-Herzegovina era una de las seis repúblicas que, junto con Eslovenia, Croacia, Serbia, Montenegro y Macedonia, componían la ex Yugoslavia. El poder real en esta federación de repúblicas lo ejerció siempre Serbia, que intentó someter, por todos los medios, a las demás bajo su dominio. Ésa es la principal razón de esta guerra.

El conflicto de Bosnia-Herzegovina comenzó cuando la federación yugoslava estaba ya en proceso de descomposición. Eslovenia, que desde siempre ha manifestado un profundo sentimiento nacionalista, fue la primera república en declararse independiente. Quería quitarse de encima, de una vez por todas, el yugo serbio. Su ansia de independencia le costó una corta guerra contra el ejército federal que dejó un saldo de setenta muertos.

Después, el conflicto llegó a Croacia. La razón fue la misma: de nuevo los serbios, valiéndose del ejército federal, quisieron impedir que esta pequeña república se separase de la federación. Sin embargo, en Croacia no iba a ser tan fácil liberarse como en Eslovenia, pues, en esta república, hay un importante número de habitantes de origen serbio. Aunque la lucha aún no ha cesado, los días de las grandes batallas y asedios a ciudades como Dubrovnik o Vukovar ya pasaron, y el conflicto ha entrado en una especie de compás de espera que pasa por momentos de mayor o menor tensión. Hasta ahora, la guerra se ha cobrado alrededor de diez mil muertos y veinte mil heridos. Pero lo peor aún estaba por llegar.

Bosnia-Herzegovina era la república con mayor variedad étnica. Croatas, serbios y musulmanes convivían allí en paz y armonía

desde hacía siglos, y nada parecía presagiar la proximidad de los enfrentamientos. La característica de la república era precisamente esta mezcla, aunque, sin duda, en algunas zonas del territorio eran mayoría los croatas y en otras los serbios o los musulmanes. Todos ellos hablaban la misma lengua, pues ni los croatas ni los serbios de Bosnia adoptaron las ligeras variantes lingüísticas con las que hablan los croatas de Croacia y los serbios de Serbia. En la escritura, croatas y musulmanes utilizan el alfabeto latino, en tanto que los serbios utilizan el cirílico. Otra diferencia entre los tres grupos es la religiosa: los croatas son católicos, los serbios, ortodoxos y los musulmanes practican el islam. Esto no impide que los tres grupos provengan de la misma etnia, la eslava, y que los tres sean ciudadanos de un mismo estado, el bosnio. Todos son bosnios, aunque pertenezcan a grupos nacionales o pueblos diferentes. Así llegamos a que el 17% de la población es bosnio-coata; el 31%, serbio-bosnia y el 43%, la mayoría, bosnio-musulmana.

Ninguna de las diferencias señaladas hasta aquí han sido la causa del conflicto. Tampoco lo fue el nacionalismo bosnio, pues de hecho, Bosnia-Herzegovina nunca mostró un especial interés por la independencia. Sin embargo, tras la separación de Eslovenia y de Croacia, y con la de Macedonia en marcha, el pueblo bosnio decidió en referéndum que no quería continuar formando parte de una federación en la que iba a estar sometida a Serbia y Montenegro (habitada también por serbios). Fue entonces cuando el ejército federal y los extremistas serbios, los chetniks, les atacaron, utilizando los métodos más bárbaros jamás vistos y llenando de contenido la expresión *limpieza étnica*.

Los serbios tenían que hacerlo, pues, perdidas ya Eslovenia y Croacia, sin Bosnia se esfumaba su sueño de construir la Gran Serbia. Así que había un motivo: el dominio territorial, y poseían además los instrumentos para conseguirlo: el ejército federal y todo su arsenal, que habían quedado en manos de los serbios.

La indefensa población de Bosnia no pudo hacer nada para salvarse. Cientos de mezquitas y templos católicos fueron pasto de las llamas,

cientos de pueblos quedaron arrasados y *limpios* de croatas y musulmanes. Estos dos pueblos se unieron entonces para luchar contra el agresor serbio, pero en muy pocas zonas de la república consiguieron detener su avance. Esta alianza se mantiene en muchos lugares de Bosnia-Herzegovina, pero en otros, especialmente en Bosnia central y en la región de Herzegovina, el pacto se rompió cuando los aliados consiguieron expulsar a los serbios. Hoy, en estos sitios, tampoco hay paz entre croatas y musulmanes.

La guerra ha causado ya alrededor de 150.000 muertos, 151.000 heridos y más de 2.000.000 de refugiados. Además de unos 12.100 parálíticos, aproximadamente 38.000 mujeres violadas y 156.000 detenidos en campos de concentración. Y la masacre continuará, porque nadie hace nada por evitarlo."²

Si estáis pensando (que lo estaréis...) en que todo lo anteriormente dicho no tiene mucho que ver con la ES, os diré, para vuestra tranquilidad, que tenéis razón. Pero resulta que el título era *Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos* y eso nos da pie para hablar de los conflictos (nos referimos a los que se pueden crear al hablar de cosas que, como la guerra, afectan a nuestra salud personal y comunitaria) y de la educación (que viene siendo enseñar y aprender bidireccionalmente; así que pensamos que, como probablemente a muchas de las personas que están leyendo este artículo les pasaría como a las que lo hemos escrito, que nunca hemos acabado de enterarnos muy bien de qué rayos pasaba en la ex Yugoslavia... y, de la mano de esta periodista gallega que estuvo allá, hemos logrado ¡por fin! entender el lío que se montó..., no estaría nada mal que os transmitiésemos lo que ella escribió allá por 1994...). Y ahora volvemos a la ES con otro país: Austria en él se dan algunas materias de ES en los colegios.

Los EE.UU. tienen la tasa de embarazos en adolescentes más alta del mundo industrializado y, aunque el aumento de esta tasa parece estar estabilizándose, todavía es inquietante.

Una de cada diez adolescentes queda embarazada cada año, y más de la mitad de los aproximadamente 11 millones de embarazos en

adolescentes, terminan en aborto o malparto. El 70% de las adolescentes embarazadas no termina la escuela secundaria. Un estudio hecho por el Instituto Alan Guttmacher (A.G.I.) sobre 37 países industrializados, encontró que las tasas de embarazos en adolescentes en los EE.UU. son dos veces más altas que las de Canadá, Inglaterra y Francia, casi tres veces más altas que en Suecia y siete veces más altas que en los Países Bajos. A pesar de eso, la ES no existe oficialmente en los colegios.

¿Y cómo va en España lo de la ES?... En el marco de la LOGSE (Ley de Ordenación General del Sistema Educativo), los Reales Decretos han establecido los *currícula* escolares que definen la enseñanza; entre estos contenidos están los llamados *ejes transversales*, a desarrollar en *todas* las áreas y asignaturas, y uno de estos ejes es la Educación Sexual.

Países en desarrollo

En estos países es importante, desde hace ya tiempo, el embarazo no deseado en adolescentes. Según el documento del Estado de la Población Mundial de 1989, elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población (FNUAP)³, África presentaba la tasa más elevada de madres *muy* jóvenes: un 40% de las madres adolescentes tenía 17 años o menos, frente a un 39% en América Latina, un 31% en Asia y un 22% en Europa.

Y también es importante desde hace unos años, y cada vez más, el avance de la pandemia del SIDA. Y esto ha sido el disparador de diversos programas de prevención y educación para la salud.

La ES está empezando a formar parte de los programas de educación en muchos países de América Latina y el Caribe.

Un número limitado de escuelas africanas la imparten como parte de la educación sobre la vida familiar.

En Malawi, por ejemplo, se han iniciado proyectos de prevención en las escuelas. En el

curso 1992-93 se editaron cerca de 200.000 libros que contenían guías para los maestros acerca de la prevención del SIDA, ETS, embarazos no deseados..., con el fin de utilizarlos en el programa de estudios de las escuelas primarias y secundarias.

En los países asiáticos, por lo general, forma parte de un programa de educación sobre la población.

Evolución de la ES en el sistema educativo

Es generalizado para casi todos los países que, cuando se incluye en el *currículum* escolar la ES, se incluya como se incluya, coge al profesorado sin formación específica en ese área, hay discusiones sobre si es bueno o malo *dar* la ES y sobre la forma de darla, empieza la lluvia de peticiones de cursos de formación del profesorado, empieza todo el mundo a hablar de intersectorialidad y a pedir la ayuda del personal sanitario...

Y la cosa viene siendo: 1ª etapa: despiste y descoloque del profesorado, 2ª etapa: crítica constructiva a la capacidad de los legisladores para machacarle el ánimo al personal sin permiso previo, 3ª etapa: ¡sálvese quien pueda!, 4ª etapa: cabreo de determinados sectores sociales porque "a ver por qué no se lleva a cabo algo tan importante para el desarrollo humano y, por ende, de los/as niños/as" ... e... inevitable 5ª etapa: "bueno..., a ver qué podemos hacer"...

Esto en el mejor de los casos... Que, en muchos sitios, se dice mucho y se hace poco o nada...

Salvo alguna honrosa excepción, les pasa lo mismo a todos los profesionales y en todas partes, y eso es bueno saberlo; así que... sírvanos ello para, aunque sólo sea un poco, consolarnos...

La primicia fue Suecia. La ES es obligatoria en el sistema educativo sueco desde 1956. En 1964 el 90% de estudiantes había recibido algún tipo de educación sexual. Más tarde se llegó al 100%. Y en el artículo anterior ya os contamos como están ahora...

En Francia en 1973 el Ministerio de Educación recomendó que se incluyera la información biológica sobre sexualidad en las clases de niños/as de 11 a 13 años y, para los cursos superiores, información sexual en general, incluida la contracepción. Se *permitió* al profesorado organizar reuniones especiales, fuera del horario lectivo, sobre educación sexual con médicos, padres y otro personal adecuado; los alumnos menores de 15 años debían presentar una autorización paterna para poder asistir a ellas. Una nueva recomendación se hizo ley a finales de 1981; era una campaña dirigida a evitar el aumento de embarazos no deseados, que se llevó a cabo entre profesorado, personal médico y auxiliar, y trabajadores sociales.

En Polonia a la ES se le llama *Preparación para el matrimonio y la vida familiar*. Empezó estando integrada en las clases de biología; era obligatoria a los 11 años y a los 15 (aquí se introducía ya la planificación familiar); a los 17 años podía impartirse ES, pero no era una asignatura obligatoria, la escogían algunos colegios de enseñanza media, entre varias opcionales (si estaba incluida, para los alumnos sí era obligatoria la asistencia). Para los estudiantes en cuyos colegios no se impartía educación sexual, se organizó en Varsovia un programa especial de educación que comprendía conferencias, una sesión de preguntas y respuestas, y seis películas durante un año; este programa ya no funciona desde 1979. Desde 1981 es obligatorio para los colegios ofrecer programas de preparación para la vida familiar después de la enseñanza primaria.

En algunos países como Holanda y Reino Unido, tienen un marco peculiar curricular basado en *tres piedras angulares*, desarrollando después, dentro de ellas, *áreas clave*.

Las tres piedras angulares serían:

- Relaciones. Sus áreas clave son: Habilidades sociales, emociones y amistad.
- Autocuidados Personales. Como áreas clave: Ejercicio/descanso, comidas sanas, seguridad, abuso de *drogas* (o sustancias *adictivas*) e higiene personal (o salud personal) (o gestión del cuerpo).
- Comunidad/entorno (o *medio ambiente*). Áreas clave: Cuidado del entorno, participación comunitaria y servicios comunitarios.

Sería en la primera piedra angular en donde desarrollarían ciertos temas como: relaciones personales y humanas, educación sexual, salud mental y afectiva, y vida familiar.

En Turquía el tema fue completamente tabú hasta hace no mucho tiempo. En 1983 algunos profesionales de la planificación familiar lanzaron (sin éxito) un proyecto dirigido a los educadores, con el fin de presentar una política de educación familiar en las escuelas. Y sin embargo, como, a pesar de todo, el mundo *si muove*, hoy están como ya os contamos en el artículo anterior.

Después de habernos metido con la ES, consideramos importante hablar también de la asistencia a adolescentes y jóvenes en sexualidad y regulación de la fecundidad; queda para otro momento.

Bibliografía

1. Instituto de la Mujer. *Servicios de asesoramiento y anticoncepción para jóvenes*. Madrid: Ministerio de Cultura, 1987.
2. Expósito A. *Bosnia-Herzegovina. Crecer en la guerra*. Zaragoza: Edelvives, 1994: 7-10.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (ed). *Estado de la Población Mundial 1989*. New York, 1989.

L. Maceiras¹ / J.M. Barros-Dios¹ / M. Pereira² / A. Segovia³

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela / ²Servicio de Ordenación y Gestión de Atención Especializada, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Galego de Saúde / ³Colegio Público Rural Agrupado de Teo, Consellería de Educación e Ordenación Universitaria