

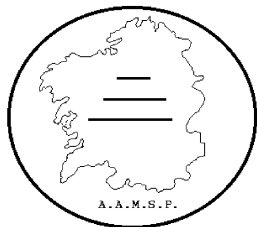
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 9

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Abril 96



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

El pasado 30 de Marzo, con motivo de la constitución de DURG ESPAÑA en la ciudad de Santiago de Compostela, se celebró una mesa redonda sobre “*Estudios de utilización de medicamentos en Atención Primaria y Hospitalaria*”, organizada por la Asociación Galega de Investigadores en Ciencias da Saúde, donde se han debatido las distintas políticas sobre utilización del medicamento, destacando por su actualidad:

“*La necesidad del uso racional del medicamento y consiguiente mejora en la reducción de los costes farmacéuticos.*”

Esto nos permite hacer una pequeña reflexión acerca de la política actual que sigue la administración sanitaria de nuestra Comunidad sobre el gasto farmacéutico.

Nos parece correcta la iniciativa, que ha tomado la administración, de hacer un control y seguimiento del gasto farmacéutico originado por parte de los médicos del Sistema Nacional de Salud, e introducir directrices que permitan un menor gasto y una mejor prescripción. Sin embargo, no nos parecen adecuados los indicadores utilizados para ello, ya que solo se limitan a una política puramente economicista de reducción del gasto. A título de ejemplo, analizaremos los siguientes puntos:

Imputación del gasto:

Habría que establecer claramente: ¿Quién origina el gasto?. Supongamos que un determinado medicamento es prescrito por un especialista, aunque, sin embargo, quien receta es el médico de cabecera. Con los indicadores actuales se imputa el gasto a este último y no al que realmente lo genera. Esto provoca un enfrentamiento entre el médico de cabecera, que se ve presionado por la administración sanitaria que le exige una reducción en el gasto, y el paciente, que demanda un medicamento que se le ha indicado por parte del especialista como el más adecuado para su problema de salud, lo que da lugar a un cierto resentimiento del médico de cabecera hacia el especialista por la imposibilidad de modificar esta situación.

SUMARIO

EDITORIAL..... pág. 1

Controles de salud durante el embarazo en Galicia..... pág. 3

Hipertiroidismo inducido por iodo (I.D-Basedow)..... pág. 5

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA (II):
Proceso y estrategias..... pág. 7

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS.
Libros recomendados..... pág. 12

Cuando la EpS o alguna de sus ramas crea conflictos.....(III)..... pág. 13

La profesión quiropráctica (I)....pág.17

CONGRESO Galego-Cubano.....pág.25

CURSOS/CONGRESOS.....pág. 26

Medidas de frecuencia y ajuste en epidemiología pág. 27

Medicamentos de valor intrínseco bajo:

La Administración utiliza este término para condicionar la no prescripción, por parte del facultativo, de aquellos fármacos que están catalogados como tales (p.e. vasodilatadores), pretendiendo inducir una reducción en el gasto farmacéutico. Ante esta situación tendríamos que preguntarnos sobre quien debe recaer la responsabilidad del gasto que genera su prescripción: en la Administración Sanitaria, al admitirlos en el Catálogo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud, o, por el contrario, la responsabilidad de su no prescripción debe recaer sobre el médico, que se ve presionado por la administración, por la industria farmacéutica y por el paciente, con mensajes distintos.

Calidad de prescripción:

A través del seguimiento, que hace la administración, sobre lo que denomina "calidad de prescripción", entendemos que "buena calidad" es solamente estar por debajo de la media del gasto farmacéutico del Área sanitaria a la que se pertenece. Si solamente se analiza esto, puede darse la paradoja, de que aquel médico que logra un reducción del gasto, es considerado como un "buen prescriptor", y sin embargo no tratar adecuadamente las distintas patologías, generando un mayor gasto en ingresos, pruebas complementarias o prolongación de los procesos.

Desde nuestro punto de vista, basándonos en lo anteriormente expuesto, creemos que un uso racional del medicamento no se debe entender, solamente, como una reducción del gasto. Es necesario introducir elementos de análisis que permitan:

- Una mejor identificación de quien realmente genera el gasto, como sería identificar al especialista prescriptor en cada una de las recetas por el generadas, o bien que éste prescriba en recetas de larga duración, emitidas por él y confirmado cada nuevo envase por el médico de cabecera.
- Conocer si lo que se receta resuelve el proceso (efectividad) y dentro de aquellos principios activos idóneos, cual es el más barato (coste-beneficio, eficiencia) lo que redundaría en una mejor calidad de prescripción y evitaría generar gastos en ingresos, pruebas complementarias, prolongación de los procesos, ILT, etc..
- Un análisis racional del valor intrínseco de los medicamentos tendría que llevar a los responsables de la política sanitaria, a tomar la decisión de no financiar, por el Sistema Nacional de Salud, los definidos como de bajo valor intrínseco, y por tanto no hacer recaer, como hasta ahora, la responsabilidad de su prescripción en el médico.



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

APUNTES DE SALUD PÚBLICA ©
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Abril 1996 N° 9

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 (III)

Maceiras L.¹ / Fernández C.¹ / Barros-Dios J.M.¹ / Pereira M.A.² / Segovia A.³

Cuando se abren caminos, nos gustaría recorrerlos hacia delante: Pero las situaciones en la vida no siempre son así... Y eso pasa con la Educación Sexual (ES).

En Estados Unidos, el final del siglo XIX marcó una etapa de introducción, en diversos estados, de una ES basada en un intento de contribuir a evitar los riesgos, focalizado en las enfermedades de transmisión sexual (ETS), los abusos sexuales y los embarazos no deseados, así como en la transmisión de los valores morales. La *National Education Association* dice en una publicación que "se reafirma en el valor constructivo de la educación en higiene sexual, que debe ser hecha en las escuelas públicas por especialistas y profesores con experiencia con el fin de asegurar el punto de vista moral. La Asociación recomienda que las instituciones preparen profesores cualificados para que instruyan a los niños en los temas generales de la moral y los particulares de la higiene sexual"².

En 1950 se pasó a un período de optimismo y apoyo a la ES, creyendo que ésta contribuiría, de forma decisiva, a evitar los riesgos, especialmente si, a la vez, se ofrecía una visión más positiva de la sexualidad.

En torno a los años sesenta se hizo patente un nuevo enfoque de la ES (hacia la educación para evitar riesgos y para la convivencia, con mayor o menor insistencia en los valores morales) en el que se la consideraba necesaria para el desarrollo armónico de la personalidad. Este proceso de apoyo progresivo a la ES culminó en 1965 con la introducción en los programas escolares de una asignatura específica con estos fines. En estos años la ES era claramente

apoyada por las administraciones estatales y locales de casi todo el país; así como por comisiones y asociaciones estatales (en 1964 se creó la asociación *Sex Information and Education Council of United States*, en 1970 *Comission on Obscenity and Pornografy* y en 1971 *Population Growth*), que recomiendan que se dé ES a los jóvenes, incluyendo información sobre anticonceptivos.

La *Comission on Obscenity and Pornografy* hizo una revisión de literatura sobre el tema y afirmó: "La represión de la curiosidad sexual es uno de los factores que contribuyen a los abusos sexuales"².

Sin embargo, pocos años después, en 1969, aparece un movimiento conservador que desencadena una campaña muy dura contra la ES. Los argumentos de este grupo, que no ha dejado de ganar adeptos hasta la actualidad alcanzando gran influencia con los últimos gobiernos conservadores, se basan en el aumento constante de los embarazos no deseados, la pornografía infantil, etc.; de esta forma atribuyen a la ES una causalidad social negativa afirmando y defendiendo que contribuye al deterioro moral de la sociedad y al incremento de todos los riesgos relacionados con la actividad sexual.

Este movimiento, cada vez más organizado, es partidario de suprimir la ES o reducirla a la enseñanza de la moral y a la prevención de los numerosos riesgos asociados a la libertad sexual.

La polémica no ha dejado de extenderse y agudizarse en los EE.UU. en la última década, dividiendo a la sociedad y los profesionales en dos posturas claramente contrapuestas¹⁰.

Québec es una provincia de Canadá (que se quiere independizar, dicho sea de paso; y que tiene en su territorio una tribu india que, a su vez, se quiere independizar de Québec, pero no la dejan hacerlo...), y en ella las cosas están de muy distinta forma: es el único lugar que, además de tener la ES obligatoria en la escuela, tiene un programa universitario de formación de educadores sexólogos. Después de un largo período de polémica social y disputas entre diferentes organismos, que abarcó desde 1963 hasta 1984, y que se caracterizó por la puesta en práctica de diferentes programas de ES, se llegó a un acuerdo en 1984 para implantar la ES de forma obligatoria en las escuelas; está programada a lo largo de los diferentes ciclos, formando parte del *currículum de Formación personal y social*, en el que existen 5 áreas: educación para la salud, educación sexual, educación para el consumo, relaciones interpersonales y vida en sociedad. En ese mismo año se comenzó también a hacer cursos y talleres de formación para enseñantes¹⁰.

Modelos de ES

Históricamente se vienen desarrollando cuatro modelos de ES¹⁰:

I.- ES para evitar riesgos:

La ES aparece como una necesidad social de evitar los riesgos que la actividad sexual conlleva, dando lugar a un modelo defensivo de ES con los siguientes planteamientos:

Objetivo: Evitar los riesgos inherentes a la actividad sexual.

Contenidos:

a) Insistencia en la necesidad de abstinencia fuera del matrimonio o uso de métodos de prevención eficaces (según la ideología dominante de quien hace este tipo de educación).

b) Tendencia a asociar la actividad sexual con la idea de peligro.

c) No informar profesionalmente de las formas que permiten evitar esos riesgos, ni en qué consisten realmente (si la ideología es conservadora); o limitarse a informar de las técnicas o conductas que permiten evitar el peligro, así como de los síntomas y naturaleza de éste: embarazo no deseado, ETS, SIDA, etc. (si la ideología es progresista).

Metodología:

a.- Charlas aisladas, que frecuentemente se dan en ciclos, junto con otros temas como drogas, delincuencia, etc.

b.- Especialistas conservadores o técnicos son los encargados de hacer este tipo de educación (médicos, psicólogos, moralistas...).

c.- En la actualidad se recurre con frecuencia a campañas publicitarias.

II.- ES como educación moral:

En él se trata no solamente de evitar los peligros, sino de ofrecer una educación sexual integral, entendida en este caso como educación para el amor y el matrimonio.

Objetivo: Preparar para el matrimonio y enseñar los principios morales.

Contenidos:

a) Anatomía, concepción, embarazo y parto.

b) La familia.

c) Relaciones padres-hijos, chicos-chicas.

d) Contenidos morales y cívicos.

Metodología:

a.- Educación programada en la escuela.

b.- Hecha por los profesores de ética o religión, según los casos.

c.- Conceden gran importancia a la ES dentro de la familia.

III.- ES para la revolución sexual y social:

Este tercer modelo tiene su origen en diferentes momentos históricos en los que determinadas asociaciones políticas, movimientos juveniles o intelectuales han defendido una estrecha relación entre represión sexual y represión social.

Objetivo: ES para conseguir la revolución sexual y social.

Contenidos:

- a) Anatomía y fisiología del placer sexual.
- b) Anticoncepción.
- c) Análisis crítico de la regulación social de la sexualidad.
- d) Análisis crítico de la familia.
- e) Defensa de las minorías: homosexuales...
- f) Crítica de la moral dominante.

Metodología:

- a.- Defensa de la educación sistemática programada; pero en la práctica es solamente dada por profesores muy combativos ideológicamente o especialistas externos al sistema educativo.
- b.- Atención especial a asociaciones juveniles, asociaciones de vecinos, etc.
- c.- Uso frecuente de debates, mesas redondas...
- d.- Conceden poca importancia a lo que realmente pueden hacer los padres en materia de ES.

IV.- ES profesionalizada, democrática o abierta¹¹:

Poco a poco se ha ido abriendo camino una postura más relativista y plural ante la ES, basada en conocimientos científicos y en actitudes democráticas, tolerantes y abiertas.

Objetivo: Favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual y el aprendizaje de conocimientos que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, conforme la persona o personas implicadas deseen.

Contenidos:

- a) Contenidos conceptuales.
- b) Contenidos procedimentales.
- c) Contenidos referidos a valores, normas y actitudes.

Se desarrollan teniendo en cuenta que la persona es una realidad biológica, psicológica y social. Así tenemos: A= Biofisiología y B= Psicociología, desde estas claves vamos a analizar los contenidos correlacionados entre A y B:

- 1.A. ¿Cómo es nuestro cuerpo?: Anatomía.
- 1.B. Importancia de la imagen corporal.

2.A.a. ¿Cómo funciona nuestro cuerpo?

2.B.a. Afectos y conductas.

2.A.b. Cambios hormonales, ciclo-menstruación y eyaculación.

2.B.b. Afectos: deseo, atracción y enamoramiento.

2.A.c. Respuesta sexual humana y reproducción.

2.B.c. Conductas: embarazo, ETS y anticoncepción. Regulación social: roles, normas, valores y costumbres.

3.A. Sexo: genético, gonadal, genital, somático y cerebral.

3.B. Regulación cultural de la sexualidad: papeles de género, derecho civil, moral sexual, arte, medios de comunicación, folclore y costumbres.

4.A. Edad: cambios bio-fisiológicos.

4.B. Historia personal: familiar, con iguales, con pareja/s, otros aspectos...

5. Sexualidad individual (este módulo es global): identidad sexual, papel de género, orientación del deseo, actitudes e interiorización de valores, afectos (deseo, atracción y enamoramiento) y conductas sexuales.

Metodología:

1. Precondiciones que deberían cumplirse: disponer de recursos educativos: materiales y humanos (formación de los

profesionales).

2. Fases del proceso de ES:

- a) Evaluación inicial de las actitudes y conocimientos de los alumnos y su entorno.
- b) Encuentro/s previo/s con los padres/madres.
- c) Encuentro previo de todos los enseñantes que trabajan con los niños.
- d) Readaptación de las programaciones a partir de todos los elementos anteriores (evaluación y propuestas de alumnos y encuentros con padres/madres y profesores).
- e) Sesiones de trabajo con los alumnos.
- f) Evaluación final.

Todo esto con métodos activos que favorezcan la participación.

Bibliografía

1. Bleda JM, Jiménez R, Martínez A, Atiénzar E, García A, González A, Romeo MJ, López P, Avendaño R. *Programa de Educación para la Salud*. Albacete: Diputación de Albacete / Centro de Atención a la Salud, 1989.

2. Brown L. *Sex education in the eighties*. New York: Praeger, 1981.

3. Castro P, Amigo M, Coteló JM *et al*. *Guía: A experiencia de educar para a saúde na escola*. Santiago de Compostela: Consellería de Educación e Ordenación Universitaria e Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia,

1992.

4. Consejería de Educación, Cultura y Deportes. *Programa Harimaguada. Carpeta didáctica de educación afectivo-sexual*. Gran Canaria: Gobierno de Canarias.
5. Consejería de Educación y Ciencia y Consejería de Salud. *Propuesta de Educación para la Salud en los Centros Docentes*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1990.
6. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. *Plan Sectorial de Educación para la Salud*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 1993.
7. Delegación de Salud Pública. *Educación Sanitaria Escolar*. Madrid: Diputación de Madrid, 1983.
8. Departament d'Ensenyament i Departament de Sanitat i Seguretat Social / Osasunketa eta Kontsumo Saila (Departamento de Sanidad y Consumo). *Educación para la Salud en la escuela. Orientaciones y programas*. Vitoria: Generalitat de Catalunya / Eusko Jaurlaritza, 1988.
9. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. *Almarabú: Cuaderno de Educación para la Salud y Guía Didáctica*. Zaragoza: Diputación General de Aragón, 1988.
10. López F. *Educación sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1990.
11. López F, Fuertes A. *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Verbo Divino, 1994.
12. Nieva J. *Transversales: Educación para la Salud. Educación Sexual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 1992.

L. Maceiras¹ / C. Fernández¹ / 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