

FROILÁN SÁNCHEZ ES EL RESPONSABLE DEL GRUPO DE TRABAJO DE SEXOLOGÍA DE SEMERGEN

La salud sexual, un campo con lagunas en Medicina de Familia

→ La Medicina Familiar y Comunitaria incluye las competencias para abordar las patologías sexuales desde la consulta de primaria, pero ni el tiempo ni las carencias formativas del profesional hacen que esta responsabilidad se cumpla, según Froilán Sánchez, del Grupo de Sexología de Semergen.

I.A.S.L. Las Palmas

¿Cuáles son los problemas más prevalentes que llegan a atención primaria sobre salud sexual del hombre?

-El hombre se queja fundamentalmente de trastornos relativos a la disfunción eréctil, que se relaciona con la disfunción endotelial y problemas cardiovasculares. Además, muy a menudo es un stotoma centinela que anticipa un futuro evento cardiovascular. La eyaculación precoz y la falta de apetito sexual son otro tipo de consultas frecuentes entre los varones, aunque en menor grado que entre las mujeres. Las quejas sexuales en la consulta son cada vez más habituales, aunque depende mucho también de la actitud del profesional y de cómo

lo vean los pacientes. Si se muestra receptivo mejorará, porque la demanda está ahí.

¿Hay tiempo en la consulta para abordar posibles patologías de este tipo?

-En la consulta de atención primaria se anda mal de tiempo, pero estas patologías forman parte del campo de competencias de la Medicina de Familia y hay que abordarlas si queremos mejorar la salud global de nuestros pacientes, porque pocos trastornos menoscaban tanto la autoestima y las relaciones de pareja como los sexuales.

¿Qué problemas tienen los profesionales para abordar con eficiencia la atención a las personas que lo demandan?

-Obviando el factor tiempo

se muestra más una excusa que una realidad-, las carencias formativas y el miedo a no saber manejar la situación hacen que el médico de Familia se muestre remiso a implicarse en estas cuestiones.

¿Tiene el médico de Familia suficiente formación en estas materias?

-El médico de familia cuenta con un bagaje formativo insuficiente para abordar las cuestiones sexuales; ahora bien, su carencia formativa es común al resto de las especialidades médicas. No hay ninguna especialidad que contemple un programa suficiente de formación en salud sexual. Desde ese punto de vista he de decir que, dada la proximidad a sus pacientes, es el médico de Familia el profesional



Froilán Sánchez, responsable del Área de Salud Sexual.

que se muestra más interesado en intervenir en este campo. Sinceramente, creo que la Administración, sobre todo los ministerios de Sanidad y de Educación, deberían comprometerse cuanto antes y poner orden en este desorden poco admisible que existe en el terreno de la sexología clínica.

¿Qué hace Semergen para ayudar a los profesionales a estar mejor preparados para afrontar estas patologías?

-El Grupo de Sexología de Semergen hace importantes esfuerzos por mejorar la formación del médico de familia en esta materia. Hemos hecho numerosos cursos on-line y presenciales y hemos elaborado diversas publicaciones. Además, en casi todos los congresos nacionales y autonómicos, el grupo, a través de sus miembros, ofrece talleres y aulas formativas siempre con el mismo objetivo: mejorar la formación médica en salud sexual.

Combatir a viejos "enemigos"

El apellido "comunitaria" que tiene la especialidad de Familia hace que la salud sexual sea otro de los campos de actuación del médico de primaria, pero viejos "enemigos", como la sobrecarga, la burocracia y la falta de formación específica impiden desarrollar esta faceta clave.

TRIBUNA AVANZAR EN ESTA REIVINDICACIÓN CLAVE DEL PRIMER NIVEL DEPENDE DE LA ADMINISTRACIÓN Y DE LOS MÉDICOS

Descentralización y autogestión en primaria



JOSÉ ANTONIO OTERO
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

La 'medicina basada en la gerencia' sigue bien implantada en atención primaria, no así en los hospitales

En estos momentos no sé si la pelota de la autogestión está en el tejado de los médicos o de la Administración

Quizás ya sea demastado tarde y durante algunos años no sea posible poner en marcha ningún modelo de organización que permita que las soluciones a los problemas se pongan en el sitio donde se producen y por las personas que realmente conocen sus causas y tienen capacidad y competencia para ponerlas en marcha.

Aunque personalmente me cueste reconocerlo, varias razones hay para esta aseveración tan pesimista. Por un lado, la edad media, así como la moda de los médicos de atención primaria, sobrepasa la cincuenta y en los hospitales es todavía más elevada, lo que por razones que no hace falta explicar hace que existan reticencias a la hora de introducir cambios en su estatus profesional y de vida que puedan significar algún riesgo: no olvidar que a esa edad mucha gente se ha ilusionado con muchas propuestas que por muy diversas causas no fructificaron, y observan con cierta distancia cualquier iniciativa que se proponga por parte de la Administración. Por otro lado, es distinta la situación según se observe desde el hospital o desde el centro de salud. En el hospital han sido muy pocos los cambios introducidos en su régimen de funcionamiento, siendo los más destacables la conversión de los especialistas de cupo en jerarquizados y la consecuente denominación para todos de facultativos especialistas de área.

Además de alguna otra medida de carácter político-revolucionaria en la década de los 80 que consistió en controlar la hora de entrada y de salida de los médicos en un afán por demostrar quién mandaba, y que los médicos eran una clase privilegiada poco comprometida con el seguro,afortunadamente a ningún político o gestor se le ocurrió intentar discutir la vía más adecuada para hacer una toracotomía o las indicaciones de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Afortunadamente, la "medicina basada en la gerencia"

terrámino escuchado al doctor Esteban, psiquiatra vallisoletano, no llegó a los hospitales, aunque sigue bien implantada en primaria. Un breve recuerdo histórico puede ayudarnos a entender la situación actual.

Un punto de inflexión necesario en la organización de la medicina ambulatoria, sobre todo a nivel urbano, fueron el real decreto 137 de 1984 y, posteriormente, la Ley General de Sanidad en 1986, ambas normas precedidas por dos acontecimientos capitales como la declaración de Alma Ata y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978. Estos acontecimientos dieron lugar al nacimiento de lo que conocemos como atención primaria, que produjo indiscutibles mejoras en la asistencia sanitaria y en la salud de las personas.

Un nivel en constante crisis

La atención primaria ha permanecido en constante crisis, en permanente búsqueda de su lugar dentro del SNS. Los cuadros directivos se nutrieron desde el principio de unos médicos de Familia muy motivados en su mayoría, al mismo tiempo que las organizaciones profesionales, fundamentalmente los colegios de médicos, miraban para otro lado y dedicaban su tiempo a otras cosas al margen de lo que estaba sucediendo.

Esta situación fomentó que se confundiera Administración con profesión y que, por ello, muchos médicos fueran abandonando la creencia de pertenencia a una profesión para sentirse empleados por cuenta ajena al servicio de una Administración que dice qué y cómo hay que hacer las cosas, y a la que se le pide que le den 10 minutos de tiempo para cada consulta en vez de pedir el control de sus agendas.

Todos los intentos de algunos gerentes y grupos de médicos de tratar de organizar la gestión de los centros de primaria, en la que los primeros delegasen determinadas atribuciones en los segundos, fracasaron

por no haber tenido el apoyo político necesario para abordar con decisión los necesarios cambios normativos. Todos menos uno y medio: el uno lo constituyen las entidades de base asociativa en Cataluña, que tras más de una década siguen funcionando a satisfacción de la Administración, de los profesionales y sobre todo, de la población que atienden, como así reflejan las reiteradas encuestas realizadas, y el medio se lo podemos asignar al decreto de nuevas formas de gestión que pretendía estimular la entrada en el sistema de nuevas formas de gestionar la cosa pública para hacerla más eficiente, o al menos eso prefero pensar.

Otras experiencias, como la unidades clínicas o los equipos con gestión propia, no dejan de ser pequeñas variaciones de ese término de "medicina basada en la gerencia" en las que la Administración no se atreve a confiar en que los profesionales puedan organizar su trabajo orientado a cumplir con los objetivos establecidos por quien tiene la responsabilidad de hacerlo y, sobre todo, de ofrecer a la población los mejores cuidados sanitarios posibles.

En este momento desconozco si la descentralización o autogestión, la pelota, está en el tejado de los profesionales o de la Administración.

En mi opinión, las dos partes tienen que dar pasos adelante. Por una parte, la Administración, tanto pública como privada, sabe que los hospitales y centros de salud no funcionan si falta el compromiso de los profesionales, aunque son remisos a delegar funciones y responsabilidades porque sus agentes creen que son los únicos que pueden garantizar ante la población que los servicios funcionan, demostrando una gran desconfianza en la generalidad de la profesión. Y por nuestra parte, los médicos, con el respaldo de nuestros colegios y sociedades científicas, debemos ir recuperando las características que nos han definido como profesión y que los ciudadanos todavía nos reconocen y solicitan.