



ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

La Atención Primaria (AP) de Salud es un pilar indispensable en la garantía de la equidad en salud, dado su papel vertebrador del Sistema Nacional de Salud y su enfoque biopsicosocial, salutogénico y comunitario. (Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 2019).

Este marco estratégico, vuelve a reforzar la atención a la salud con un enfoque biopsicosocial, teniendo en cuenta la diversidad de las personas, las desigualdades de sus contextos sociales, pero también considerando los activos comunitarios para la salud, que nos pueden ayudar a cuidar de las personas en aspectos donde a veces no llega el sistema sanitario, o sencillamente donde la comunidad puede ofrecer la mejor respuesta sin necesidad de medicalizar un problema.

Actualmente, con las altas presiones asistenciales, la falta de longitudinalidad en la atención en muchas zonas con escasez profesionales, realizar una evaluación integral o una buena entrevista clínica pueden ser tareas complejas. Además, ciertas actuaciones nuevas para la atención, como las consultas no presenciales o la teleasistencia, pueden dificultar la comunicación en la valoración de aspectos sociales o más íntimos que requieren de cercanía y confianza en la entrevista.

En tiempos como en el que estamos, donde a pesar de existir una igualdad formal de derechos las desigualdades persisten, incluso en ciertos ámbitos aumentan, se necesita más que nunca que los equipos de AP, cercanos a las personas,

familias y comunidades trabajen con una perspectiva de equidad para no dejar atrás a nadie en su derecho a la salud.

Un eje de desigualdad que estamos analizando es el eje sexo-género donde a pesar de la extensa bibliografía existente sobre las desigualdades en salud que existen, no existe un buen conocimiento por parte de los/las profesionales del impacto que el género, como determinante social, tiene en morbilidad de hombres y mujeres y en la utilización de los servicios de salud. Tampoco se están produciendo los cambios en la formación, atención, investigación, promoción de la salud, etc., que se deberían dar.

Para abordar la **atención individual con perspectiva biopsicosocial y de género** es necesario:

- Los equipos de AP debemos conocer las diferencias biológicas existentes en las distintas enfermedades, en su expresión clínica con diferentes síntomas o signos, con diferente evolución y con diferencias en la efectividad y efectos adversos de los medicamentos.

- Ser conscientes de las distintas formas de enfermar, de expresar la enfermedad, de cuidar y cuidarse.

- Tener en cuenta los distintos factores de riesgo que van a existir entre hombres y mujeres, por los diferentes roles que desempeñan o las dificultades que encuentran cuando no quieren asumir esos roles de género.



Esto es muy visible en atención primaria por ejemplo en salud mental, donde tendemos a medicalizar más los malestares de las mujeres que suelen acudir con síntomas de ansiedad o depresión y sin embargo los hombres, que no los suelen verbalizar, tienen un mayor índice de suicidios y mayor frecuencia de adicciones.

Los cuidados no profesionales, desempeñados mayoritariamente por mujeres, suponen una sobrecarga física y emocional, que acaba repercutiendo en su salud y lleva a estas mujeres a nuestras consultas por somatizaciones, malestares o agotamiento, ocasionado por el cuidado mantenido de personas mayores, enfermas, dependientes, además de la atención familiar habitual.

Debemos “mirar por la ventana de la consulta” para detectar qué condiciones de vida trae la persona que estamos atendiendo y además de qué manera su socialización como hombre y mujer le dificulta o le impide cuidar adecuadamente su salud y bienestar.

En las **actividades de prevención y promoción de la salud** existen muchas diferencias entre hombres y mujeres. La primera es la falta de participación de los hombres en las mismas, por la falsa construcción masculina de “invulnerabilidad” en la salud y debemos promover su incorporación a estas actividades. Además hemos de conocer aspectos diferenciales en los distintos servicios de promoción de la salud de la cartera, incidiendo actualmente en la desahabitación tabáquica en mujeres jóvenes donde está aumentando la prevalencia, prevenir en ellas también los trastornos de la alimentación con problemas en su autoimagen y debemos captar más a los hombres en el cribado de colon, por poner unos ejemplos prácticos.

Además desde las consultas de atención primaria también se puede trabajar por la igualdad, con la **promoción del buen trato, la prevención de la violencia de género y la corresponsabilidad en los cuidados y autocuidados** desde todos los encuentros con pacientes, familias y comunidad.

En la **atención grupal para actividades de Educación para la salud, es necesario incorporar el enfoque comunitario y de género** aportando contenidos sobre desigualdad en los grupos de hombres y mujeres con malestares en salud, enfermedades crónicas, grupos de personas cuidadoras, escuela de madres y padres. Actualmente en Castilla y León se están desarrollando actividades formativas con este enfoque, que tanto profesionales como personas asistentes a los grupos están valorando muy positivamente, creándose espacios en los centros de salud de trabajo conjunto de reflexión sobre estos contenidos, favoreciéndose las redes locales sociales, aprovechando la potencia que supone lo grupal para apoyar los cambios.

La **Intervención comunitaria con perspectiva de género** es imprescindible en las actividades de educación afectivo-sexual en centros escolares y otros entornos comunitarios. En estos contenidos es necesario incluir la igualdad y respeto a las personas diversas, trabajar los roles de género y promover el buen trato, formas todas ellas de contribuir a la prevención de la violencia de género.

Además, todas las acciones comunitarias deben tener enfoque de equidad y género para llegar a las personas más vulnerables de nuestro ámbito de actuación. A veces, por motivos socioculturales o por condicionantes económicos, no es fácil que las mujeres que más se podrían beneficiar de estas acciones accedan a ellas,



poniéndose de manifiesto la *Ley de Cuidados Inversos* descrita por *T Hurt* y que dice que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida. Tenerlo en cuenta a lo largo de todas las fases de las acciones comunitarias es fundamental para minimizar los efectos de esta ley.

En la atención desde Atención Primaria, al igual que desde todas las otras especialidades, también se cometen **sesgos de género que debemos evitar** al tratar a las pacientes. Existen evidencias de cómo ante los mismos síntomas o signos se hace una interpretación diferente viniendo desde un hombre o una mujer (por ejemplo el dolor), se piden menos pruebas ante un mismo síntoma a una mujer (por ejemplo espirometrías) o se deriva menos al especialista (espondiloartritis) y se trata con menos intensidad o siguiendo menos las guías o protocolos en mujeres (cardiopatía isquémica, ictus)¹.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las enfermedades solo requieren para su diagnóstico una anamnesis y un examen físico, donde el conocimiento, la actitud y la experiencia personal y profesional pueden malinterpretar síntomas y signos¹.

Médicos y médicas de atención primaria no actuamos de igual forma a la hora de valorar a los y las pacientes. De hecho hay estudios que dicen que las médicas de atención primaria tienen un estilo de comunicación más centrado en la persona y en el abordaje psicosocial que los médicos. Esto también tiene que ver en la forma que nos construimos como hombres y mujeres, y por lo tanto es modificable con formación y práctica.

Es imprescindible la formación continuada, la formación a profesionales en especialización y la formación desde los estudios universitarios sociosanitarios, para que estos aspectos entren a formar parte de nuestro modo de trabajar como profesionales desde el principio de nuestra carrera profesional. También la **investigación en AP y Comunitaria** debe incorporar el enfoque de género en todas las etapas de los proyectos y en la evaluación debe considerarse como criterio imprescindible.

Por último destacar que desde la **gestión y la institución sanitaria en atención primaria** es necesario incluir la perspectiva de género en todos los protocolos, guías y programas de salud, desagregar los datos por sexo para poder analizar desigualdades, realizar todas las evaluaciones con perspectiva de género, y analizar el impacto en género de dichos programas.

Si en las Estrategias de AP no se incorpora este enfoque, se estará perpetuando la inequidad en la atención a hombres y mujeres, aunque estos sesgos afectan de forma mucho más negativa a las mujeres, como evidencian numerosos estudios², y el sistema sanitario no debe ser neutro ante este hecho, sino proactivo en reducir las desigualdades en salud³.

1. MT Ruiz Cantero y L Salvador Sánchez. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. Sesgos e Innovaciones. AMF. 2020; 16(5):250-257.

2. Franck Mauvais-Jarvis, Noel Bairey Merz, Peter J Barnes, Roberta D Brinton, Juan-Jesus Carrero, Dawn L DeMeo eta al . Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. The Lancet. REVIEW | VOLUME 396, ISSUE 10250, P565-582, AUGUST 22, 2020 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)315610/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)315610/fulltext)

3. L. Salvador Sánchez. Guía de incorporación de la perspectiva de género en la estrategia de atención primaria. SACYL. 2020 <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/incorporacion-perspectiva-genero-estrategia-atencion-primar>