

Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria



Experiencias Prácticas e Iniciativas de
Cohesión social

<http://epic.programaeurosocial.eu>

Este informe ha sido preparado por un equipo de investigación conformado por Irene López, Alicia del Olmo, Paula Cirujano y Rocío Sánchez en el marco de un convenio suscrito con la Oficina de Coordinación de EUROsociAL – FIIAPP. Sus contenidos reflejan la investigación y opiniones de las autoras y en ningún caso deben interpretarse como la posición oficial de la Unión Europea, la FIIAPP, o la Oficina de Coordinación de EUROsociAL.

ÍNDICE

1	INFORMACIÓN SINTÉTICA SOBRE LA EXPERIENCIA.....	4
2	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	7
2.1	RESULTADOS ALCANZADOS: ANÁLISIS DE LA EFICACIA, LA EFICIENCIA Y EL IMPACTO EN TÉRMINOS DE COHESIÓN SOCIAL	7
2.1.1	<i>Situación de partida:</i>	7
2.1.2	<i>Resultados esperados:</i>	8
2.1.3	<i>Resultados alcanzados:</i>	8
2.1.4	<i>Efectos no previstos:</i>	10
2.1.5	<i>Recursos invertidos y eficiencia:</i>	10
2.1.6	<i>Repercusiones de la experiencia en términos de cohesión social:</i>	11
2.2	ACTIVIDADES REALIZADAS, PROCESOS Y PARTES IMPLICADAS EN EL DISEÑO, LA APROBACIÓN Y LA EJECUCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	11
2.2.1	<i>Procesos de discusión, aprobación y ejecución de la experiencia:</i>	11
2.2.2	<i>Actividades y procesos técnicos que dan forma a la experiencia:</i>	12
2.2.3	<i>Actividades de evaluación de la experiencia:</i>	18
2.2.4	<i>Transferencia de la experiencia:</i>	18
2.2.5	<i>Principales actores y partes involucradas en la ejecución de la experiencia:</i>	18
2.2.6	<i>Alianzas establecidas entre los actores:</i>	19
2.3	CONTEXTO DE APLICACIÓN DE LA EXPERIENCIA	20
2.3.1	<i>Políticas de apoyo:</i>	20
2.3.2	<i>Capacidad institucional:</i>	21
2.3.3	<i>Aspectos tecnológicos:</i>	21
2.3.4	<i>Factores económicos - financieros:</i>	22
2.3.5	<i>Otros elementos de contexto:</i>	22
2.4	PARA MÁS INFORMACIÓN... ..	22
2.4.1	<i>Referencias documentales y bibliográficas:</i>	22
2.4.2	<i>Referencias institucionales y personales</i>	23
2.4.3	<i>Otras referencias:</i>	24
3	LECCIONES APRENDIDAS DE LA EXPERIENCIA	25
3.1	FACTORES ESENCIALES DE ÉXITO DE LA EXPERIENCIA (ELEMENTOS A REPETIR):	25
3.2	ERRORES COMETIDOS Y DIFICULTADES NO RESUELTAS (ELEMENTOS A EVITAR):	26
3.3	PRINCIPALES ELEMENTOS DE CONTEXTO NECESARIOS PARA QUE LA EXPERIENCIA RESULTE TRANSFERIBLE:	27
3.4	OTRAS LECCIONES GENERALES:.....	28

1 INFORMACIÓN SINTÉTICA SOBRE LA EXPERIENCIA

1.1. Denominación: Programa de Atención Biopsicosocial al malestar de las mujeres en Atención Primaria	
1.2. Situación geográfica: Región de Murcia	
1.3. Sector: <input type="checkbox"/> Educación <input checked="" type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Fiscalidad <input type="checkbox"/> Justicia <input type="checkbox"/> Otros (especificar):	
1.4. Fecha de inicio de la experiencia: 2003	
1.5. Estado actual de vigencia: <input type="checkbox"/> En curso <input checked="" type="checkbox"/> Concluida	
1.6. Si la experiencia está en curso, indicar fecha prevista de finalización:	1.6. Si la experiencia ha concluido, indicar fecha efectiva de finalización: 2006
1.7. Nivel de la experiencia:	
1.8. Componentes principales de la experiencia: <input type="checkbox"/> Desarrollo de instrumentos legislativos <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollo de planes o programas <input type="checkbox"/> Estatutos o acuerdos marco entre actores <input type="checkbox"/> Fondos o mecanismos de financiación <input checked="" type="checkbox"/> Desarrollo de dispositivos de gestión <input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento de provisión de servicios <input type="checkbox"/> Otros (especificar): Aplicación de nuevo modelo de atención sanitaria	
1.9. Estimación del coste total de la experiencia (en €): 111.440 Euros	

1.10. Efectos más notables de la experiencia en términos de cohesión social:

Acceso al bienestar, a través de...

- Mejora del acceso a servicios públicos
- Mejora de la calidad de los servicios públicos
- Mayor igualdad en el acceso a los servicios públicos
- Aumento de la solidaridad territorial en el acceso a servicios públicos

Una acción más eficaz del Estado y las políticas públicas, a través de...

- Desarrollo de la protección legislativa o normativa
- Mejora del funcionamiento de la democracia y el Estado de derecho
- Incremento de la igualdad de oportunidades para colectivos excluidos
- Aumento de la calidad de las instituciones públicas
- Aumento de la solidaridad del sistema tributario
- Mejora de las condiciones de seguridad humana

Una ciudadanía más activa y solidaria, a través de...

- Fomento de la participación ciudadana
- Aumento de la confianza en las instituciones
- Promoción de sentimientos de identidad y pertenencia
- Promoción de una mayor participación de las mujeres
- Otros (especificar):

1.11. Breve resumen de la experiencia:

Se trata de una intervención formativo-asistencial de carácter piloto, que pone en marcha en el año 2003, el Instituto de la Mujer en colaboración con el Servicio de Salud de la Región de Murcia. Esta iniciativa consiste en la aplicación de un nuevo modelo de abordaje biopsicosocial y con enfoque de género del malestar de las mujeres desde la Atención Primaria de Salud.

En la consulta individual, los médicos y las médicas de Atención Primaria de Salud tienen una creciente presión asistencial de mujeres con síndromes del malestar que no son capaces de solucionar, al tratarse de problemas psicosomáticos, a través de los medicamentos o psicofármacos habituales, por lo que acaban siendo consultas hiperfrecuentes o derivadas a los servicios sociales o a los especialistas.

Las evidencias muestran la dificultad del tradicional abordaje biologicista para atender el llamado «malestar de las mujeres», es decir, la ansiedad, depresión y somatizaciones, síndromes funcionales y dolor sin causa orgánica, como problemas de salud de prevalencia y relevancia creciente entre las mujeres y que están relacionados con el contexto sociocultural y las vivencias provocadas por factores psicosociales de género.

Para dar respuesta a este problema la experiencia aplica un modelo de intervención y un método de atención que integra la naturaleza biopsicosocial y de género de estos padecimientos.

El programa se desarrolló a través de la articulación de las siguientes intervenciones: el diseño de un modelo de intervención y un método de atención, la realización de un programa de formación de profesionales sanitarios en el método, su aplicación en las consultas individuales, la puesta en marcha de un modelo de cooperación con especialistas de salud mental y la creación de grupos de apoyo de mujeres en los Centros de Salud.

Una evaluación intermedia puso en valor los principales resultados y beneficios de la aplicación del modelo, tanto para los profesionales, como para los pacientes y el propio sistema de salud: la evidencia muestra que los profesionales han mejorado su aprendizaje

teórico y práctico para abordar estos problemas, han mejorado el manejo de su propio estrés y la cooperación con los/as compañeros para encontrar soluciones. Especial valoración hacen del apoyo recibido los especialistas de Salud Mental.

Las y los pacientes han tenido una mejoría clínica de los síntomas, así como una disminución o suspensión de fármacos en un porcentaje del 77% de las personas atendidas.

En relación al sistema de salud, se ha disminuido el uso de recursos de salud (desciende la hiperfrecuentación, el multiuso de pruebas complementarias, el policonsumo de fármacos y la insatisfacción) y mejorado la satisfacción de pacientes después de la intervención.

2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

2.1 Resultados alcanzados: análisis de la eficacia, la eficiencia y el impacto en términos de cohesión social

2.1.1 Situación de partida:

En medicina familiar se te queda corto el enfoque biologicista. No puedes mirar solo el cuerpo porque hay cosas que no se explican: el cuerpo está bien y la gente no está bien¹

La gente que te llega no está mala físicamente, pero se siente mal... Además, no sabes qué hacer... están siempre en la consulta... tú no sabes qué hay detrás: le miras, le tomas la tensión... está bien, no tiene nada, pero sí que tienen algo que les lleva a la consulta y que hace que se sientan mal y que lo expresan en el cuerpo. Como lo que atendemos en el sistema es del cuerpo, la gente va... pero cuando indagas, no hay ninguna causa que justifique tanto dolor o la jaqueca o esas situaciones...²

El modelo de Atención Primaria de Salud que se está ofertando en el contexto español no es capaz de resolver una parte importante de la creciente demanda de las mujeres que tiene su origen en el llamado “malestar” de las mujeres³.

Los “síndromes del malestar de las mujeres” abarcan las alteraciones mentales comunes (depresión, ansiedad y somatizaciones), síntomas somáticos y dolor sin causa orgánica y síndromes funcionales. Se abordan desde los factores psicosociales y vivencias subjetivas de género que los determinan y que no es posible diagnosticar ni abordar adecuadamente si no se incluye un enfoque biopsicosocial que permita tener en cuenta tanto el contexto de las pacientes, como su vivencia subjetiva, como los condicionantes de género que subyacen.

Esta dificultad de solucionar el problema de las pacientes en el nivel de atención primaria de salud genera altas tasas de medicalización de los tratamientos, hiperfrecuentación, así como un alto índice de derivación a especialistas de salud mental quienes, en muchos casos, siguen medicalizando los problemas o los devuelven a atención primaria porque los síntomas no llegan a constituir un cuadro patológico grave. El resultado es que muchas mujeres se quedan sin diagnosticar, ni tratar. Muchos profesionales se sienten frustrados o incluso “quemados” por esta demanda insatisfecha, para la que no cuentan con herramientas que sean útiles y, el propio sistema de salud soporta dicha demanda insatisfecha a la que destina recursos de manera ineficaz.

La iniciativa responde, por tanto, a una necesidad evidente de parte de los profesionales de atención primaria de salud que no puede ser cubierta desde el tradicional enfoque biologicista, ni desde una relación médico-paciente donde éste no tienen ninguna posición activa, ni desde un enfoque que no sea capaz de incluir los determinantes de género. El modelo y método de intervención de la experiencia plantea una alternativa capaz de superar todas estas limitaciones y, por ello mismo, con un alto grado de innovación respecto al paradigma predominante.

Nunca antes había sido aplicado este modelo en España. La Región de Murcia, es la Comunidad pionera donde el Instituto de la Mujer acuerda realizar la primera aplicación piloto de la experiencia que, como veremos, arroja resultados altamente positivos.

¹ Literal de una de las personas entrevistadas.

² Idem.

³ Es un concepto que acuñó Maribel Burin en: “El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada”. Buenos Aires: Paidós; 1991.

2.1.2 Resultados esperados:

De acuerdo con las entrevistas realizadas y la documentación de la experiencia, pueden articularse los resultados esperados en torno a dos objetivos fundamentales de la iniciativa:

1. Integración del modelo de atención en Atención Primaria de salud en la Región de Murcia
2. Mejorar los síntomas de las mujeres con malestar.

A) Resultados en relación a la integración del modelo y método de atención biopsicosocial con enfoque de género en atención primaria de salud de la Región de Murcia

R.1. Diseñado un modelo y un método de abordaje biopsicosocial y de género para los síndromes del malestar de las mujeres.

R.2. Formados profesionales de atención primaria y otros profesionales clave en el modelo y su aplicación.

R.3. Sensibilizado y vinculado al método, el personal técnico con responsabilidades en la implantación del programa.

R.4. Aplicado el método de atención biopsicosocial y de género para los síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria de salud.

R.5. Evaluada la experiencia de aplicación formativo-asistencial.

B) Resultados en relación a la mejora de los síntomas somáticos o anímicos de los síndromes de malestar:

R.6. Mejorados los indicadores indirectos de malestar de uso de servicios (hiperfrecuentación, multiuso de servicios y pruebas complementarias, poli-consumo de fármacos, insatisfacción).

R.7. Favorecidos cambios de los factores psicosociales de género y cambios de posición subjetiva de las pacientes.

2.1.3 Resultados alcanzados:

A) En cuanto a la integración del modelo en atención primaria de salud de la región de Murcia:

R.1. Diseñado un modelo y un método de abordaje biopsicosocial y de género para los síndromes del malestar de las mujeres.

Uno de los aspectos destacables de este resultado es que aporta, más allá del modelo teórico de intervención, un método práctico y adaptado a las circunstancias de la Atención Primaria de Salud que hace posible su aplicación operativa en ese contexto.

El modelo se apoya en la teoría biopsicosocial de la salud, en la teoría de la subjetividad y de género⁴. Sintéticamente, se trata de introducir un nuevo abordaje al malestar de las mujeres que tenga en cuenta no sólo los determinantes biológicos, sino psicológicos y sociales y de género, y lo haga desde el punto de vista de cómo las mujeres lo viven y sienten (subjetividad). Se trata de dejar de apoyarnos en la medicación para resolver el síntoma físico e ir a las causas psicosociales que lo originan.

⁴ Modelo y método se desarrollan en: Velasco Arias, Sara. Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria. Serie Salud nº 9. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

El método se centra y privilegia la relación médico/a – paciente y aplica los efectos terapéuticos de la actuación psicoanalítica: una vez identificado el o la paciente con síndrome de malestar, se trata de relacionar los síntomas con los acontecimientos vivenciales que pueden haberlos desencadenado, tratando de que el paciente descubra su significado. De acuerdo con las leyes que rigen el funcionamiento del cuerpo en su relación con lo imaginario y simbólico, cuando una persona lo identifica, los síntomas desaparecen al dejar de tener la función de símbolo.

R.2. Formados profesionales de atención primaria y otros profesionales clave en el modelo y su aplicación.

Se llevaron a cabo dos niveles de formación, con una participación de 17 profesionales en el nivel 2 y 32 en el nivel 1. Todos los profesionales que participaron en la formación se sumaron a la aplicación del método, si bien sólo aquellos que han conseguido cierto nivel de profundidad en la formación han sido capaces de aplicar el método en sus consultas y replicar el modelo como formadores.

R.3. Sensibilizado y vinculado al método, el personal técnico con responsabilidades en la implantación del programa

Ha habido un compromiso institucional importante y el apoyo necesario por parte del personal técnico implicado en la gestión y puesta en práctica del programa, tanto del Instituto de la Mujer como del Servicio Murciano de Salud.

Sin embargo, el cambio de los responsables del Servicio Murciano de Salud ha mostrado el desafío de mantener el proyecto en el largo plazo y lograr su institucionalización, más allá del pilotaje: requiere un cambio importante de paradigma que aún estamos lejos de observar sin una estrategia sostenida de difusión y sensibilización que vaya integrando los cambios de manera normalizada.

R.4. Aplicado el método de atención biopsicosocial y de género para los síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria de salud.

Para la aplicación del método tanto la formación como el apoyo interconsulta ha resultado definitivo. Especialmente relevante ha sido la puesta en marcha de un modelo de cooperación entre la atención primaria y salud mental que, como veremos, se concretó en la realización de 18 sesiones clínicas biopsicosociales (siete en el Centro de Salud de El Carmen, 6 en el de El Palmar y 5 en San Andrés) en las que participaron 37 personas, es decir, el 100% de las y los participantes en la intervención. Estas sesiones han sido valoradas muy positivamente, tanto por los profesionales de atención primaria como por parte de los de salud mental.

Se observa que las médicas y médicos con mayor formación identifican mayor número de pacientes con síndromes de malestar, estimándose una prevalencia del 30% de sus pacientes y una incidencia media de 6 pacientes al día. La proporción de mujeres sobre el total se estima del 80%. En total se registraron 412 casos clínicos, de entre 21 profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social.

R.5. Evaluada la experiencia de aplicación formativo-asistencial. En el marco del programa se llevó a cabo una evaluación de la experiencia que permitió visibilizar todos los impactos positivos y argumentar su eficacia de cara a las resistencias institucionales.

B) Mejora de los síntomas somáticos o anímicos de los síndromes de malestar:

R.6. Mejorados los indicadores indirectos de malestar de uso de servicios (hiperfrecuentación, multiuso de servicios y pruebas complementarias, poli-consumo de fármacos, insatisfacción).

Se produce una media de descenso del conjunto de uso de servicios y fármacos del 93% en hombres y el 77,8% en mujeres.

El 60,7% de las mujeres y el 50,7% de los hombres atendidos hiperfrecuentaban la consulta de medicina de familia antes de la intervención con método biopsicosocial. Desciende la hiperfrecuentación después al 16,7% de las mujeres y al 2,3% de los hombres.

Frecuentaban otros servicios por encima de lo que el médico o médica considera esperable para su estado de salud, el 52% de las mujeres y el 63% de los hombres. Esta frecuentación baja al 11% en las mujeres y al 3% de los hombres.

Utilizaban múltiples pruebas en más cantidad de lo que el médico o médica indicaría, el 48,5% de las mujeres y el 63,3% de los hombres antes de la intervención y las proporciones se reducen a 7,9% en las mujeres y el 6,7% en hombres después de la intervención.

Antes de la intervención, presentaban policonsumo de fármacos (más de 10 fármacos en los últimos 6 meses), el 72,7% de las mujeres y el 44,8% de los hombres y desciende al 25,6% de las mujeres y el 3,4% de los hombres. Con consumo continuo de antidepresivos o ansiolíticos antes de la intervención, el 67,9% de las mujeres y el 54% de los hombres y desciende a 12,9% de las mujeres y 6,3% de los hombres.

Antes de la intervención encontraban escasamente eficaces los tratamientos e insatisfacción de la persona enferma en el 79,9% de las mujeres y el 69,8% de los hombres y desciende al 16,3% de las mujeres y el 3,2% de los hombres.

R.7 Favorecidos cambios de los factores psicosociales de género y cambios de posición subjetiva de las pacientes.

El efecto de cambio subjetivo implica que el o la paciente, mediante la localización de la circunstancia biográfica o factor psicosocial significativo y el señalamiento de su relación con la sintomatología presentada realizada con la ayuda del o la profesional, se da cuenta de la posición enfermante en que se encuentra e inicia cambios, tanto en sus circunstancias sociales como en la posición frente a ellas. Se han producido efectos de cambio en el 77% de las personas atendidas, prácticamente igual en ambos sexos. Sin embargo, este resultado es bastante diferente según el nivel de formación del profesional que atiende.

La mejoría clínica de los síntomas experimentada por los y las pacientes es estimada por los y las profesionales declarantes basándose en el grado de desaparición de los síntomas somáticos, dolor y de los síntomas anímicos, además de la disminución o suspensión del uso de psicofármacos y analgésicos. El 71% de los hombres y el 46% de las mujeres han mejorado totalmente (desaparecen los síntomas somáticos y anímicos y no se usan psicofármacos) o de forma muy apreciable.

2.1.4 Efectos no previstos:

No se han identificado efectos no previstos.

2.1.5 Recursos invertidos y eficiencia:

La intervención piloto muestra una gran eficiencia en términos de rentabilización de los recursos del sistema público de salud, con muy pocos costes añadidos, pues la experiencia se basa, en una buena parte, en los recursos preexistentes: infraestructura formativa y asistencial del servicio murciano de salud, cooperación interinstitucional, médicos y médicas de familia, apoyo de los psicólogos de atención especializada, todos ellos del sistema público preexistente.

En cuanto a los recursos específicos necesarios, se ha necesitado financiación añadida para el análisis de la situación de partida, como para el diseño y la puesta en marcha del proceso formativo, la producción de materiales y la evaluación que puede calcularse en torno a 111.440 Euros, financiados por el Instituto de la Mujer.

Por su parte, los resultados muestran un importante ahorro de recursos públicos en términos de descenso del consumo de medicamentos, realización de pruebas, disminución de la frecuentación de la consulta y de la derivación, a la vez que aumenta la satisfacción tanto por parte de las y los pacientes como por parte de las y los profesionales de primaria y de especializada en su papel de apoyo.

2.1.6 Repercusiones de la experiencia en términos de cohesión social:

La iniciativa se inscribe en el nivel de atención primaria de salud, es decir, el más cercano a la demanda ciudadana de servicios y con mayor capacidad de llegar a los sectores más desfavorecidos de la población.

Contribuye al empoderamiento de las mujeres, en la medida en que implica un cambio de perspectiva en la relación médico / médica y paciente: les devuelve el protagonismo en la solución de sus problemas de salud y promueve la toma de una posición activa en el cambio de las circunstancias vitales y las relaciones de género que están en el origen del malestar de las mujeres.

En la aplicación del método, los profesionales aplican un enfoque de género que permite identificar los estereotipos, roles y desigualdades que influyen y determinan los procesos de salud y enfermedad de las pacientes, apoyando los procesos de toma de conciencia por parte de las mujeres de su situación social, proporcionándoles de este modo herramientas para cambiar su posición de subordinación en el hogar, la comunidad, el Estado o el mercado, lo que contribuye a mejorar su acceso a la salud y a promover una mayor equidad de género como vector de cohesión social.

Por otro lado, la aplicación del enfoque de género en el sistema público de salud contribuye a orientar las propias instituciones y políticas sanitarias hacia la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en su propia dinámica interna.

La mejora de la eficacia de la atención implica un incremento de la confianza de las mujeres en los servicios de salud, así como mayor equidad en la distribución de oportunidades para beneficiarse de los servicios de salud pública. La integración del enfoque de género en la formación de las y los profesionales de salud y en las instituciones sanitarias garantiza una mejor orientación de los servicios hacia la equidad de género, como estrategia de cohesión social.

La creación de espacios de participación y grupos de mujeres en los centros de salud lleva aparejado el efecto de promover el asociacionismo, elemento que puede también contribuir a la movilización y a la cohesión social.

2.2 Actividades realizadas, procesos y partes implicadas en el diseño, la aprobación y la ejecución de la experiencia

2.2.1 Procesos de discusión, aprobación y ejecución de la experiencia:

La experiencia surge del Instituto de la Mujer (MTAS) ante el planteamiento de un programa formativo- asistencial para la Atención Primaria de Salud que partiera de “considerar la salud como un proceso determinado tanto por la biología, como por el contexto social y la vivencia

subjetiva” y que interviniera en el conjunto de síndromes del malestar (SIMA) que afecta a un 73-80% de mujeres y un 20- 27% de hombres⁵.

El modelo fue diseñado por una consultora e investigadora independiente, experta en género y salud, con quien el organismo de igualdad ya había realizado previamente el *Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres*. A lo largo de esta experiencia previa se fue gestando parte del marco teórico y método de intervención en las relaciones personal sanitario- usuarias/os y se iniciaron los acuerdos institucionales y alianzas.

Al principio se identifican las Comunidades de Murcia y Guadalajara como posibles lugares donde poner en marcha el programa piloto, llevándose a cabo finalmente la iniciativa en la Región de Murcia, donde ya existía una buena relación previa con la Unidad de Formación de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

El Programa de “Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres” comienza en el año 2003 en su primera fase, con la realización de unos cursos de Formación para el personal sanitario de Atención Primaria. El objetivo era cambiar la práctica médica para lograr un abordaje del malestar a la mujer menos biologicista y más integral, atendiendo a la parte psicológica y relacional de manera que disminuyese la medicalización de la mujer ante este tipo de realidad socio-sanitaria⁶.

La Unidad de Formación de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia los ofreció como parte de su programa de formación continua anual a disposición del personal sanitario, que es de carácter voluntario.

El proyecto fue flexible desde el comienzo, estando abierto y sujeto a las necesidades que fueran surgiendo durante su ejecución, por lo que tras esta primera fase de formación y ante la demanda del personal de Atención Primaria (participante en el primer curso) de contar con apoyos para dar continuidad a la práctica clínica, se realiza una segunda fase de formación. Se establece entonces un sistema de coordinación interinstitucional con el Departamento de Salud Mental que permitía el apoyo de los psicólogos de atención especializada en la aplicación del modelo por parte de los médicos y médicas de Atención Primaria en sus consultas.

El segundo nivel de formación realizado en 2003/4 tuvo un carácter más aplicado y práctico, en el que se trabajaron casos de mujeres con malestar que los/as profesionales tenían en consulta para ver cómo se les aplicaba el modelo aprendido en el primer nivel.

Además, una parte de los/as médicos que habían recibido la formación, habían aplicado el modelo en su consulta y podían establecer algún tipo de compromiso con el programa, obtuvieron un título de formación de Formadores que les habilitaba para formar futuros médicos y médicas en la metodología biopsicosocial y de género como enfoque de trabajo. Esto contribuyó también a alcanzar el objetivo de seguir extendiendo el modelo a través de más recursos humanos disponibles para la formación.

La entrada de los profesionales de Salud Mental abrió una vía muy importante para la continuidad en el proyecto y aportó un ejemplo de buena práctica de cooperación entre primaria y especializada, frente al tradicional modelo de derivación de pacientes.

Simultáneamente, se fue ampliando el programa formativo de nivel básico para los médicos/as en su etapa de residencia en Hospitales y Centros de Atención Primaria para poner énfasis en la formación de inicio de los nuevos profesionales que accederán al Sistema de Salud.

2.2.2 Actividades y procesos técnicos que dan forma a la experiencia:

El Programa de Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en Atención Primaria en la Región de Murcia se ha articulado en torno a siete actividades; 1) el diseño de un modelo de intervención y un método de atención, 2) un programa de Formación, 3) la aplicación del

⁵ Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud*. Madrid, Instituto de la Mujer/ Secretaría General de Políticas de Igualdad/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.

⁶ Cita textual de una de las personas entrevistadas. Murcia, junio de 2008.

modelo en consultas individuales, 4) un modelo de cooperación interinstitucional, 5) grupos de apoyo de mujeres y 6) la difusión y 7) evaluación de la experiencia.

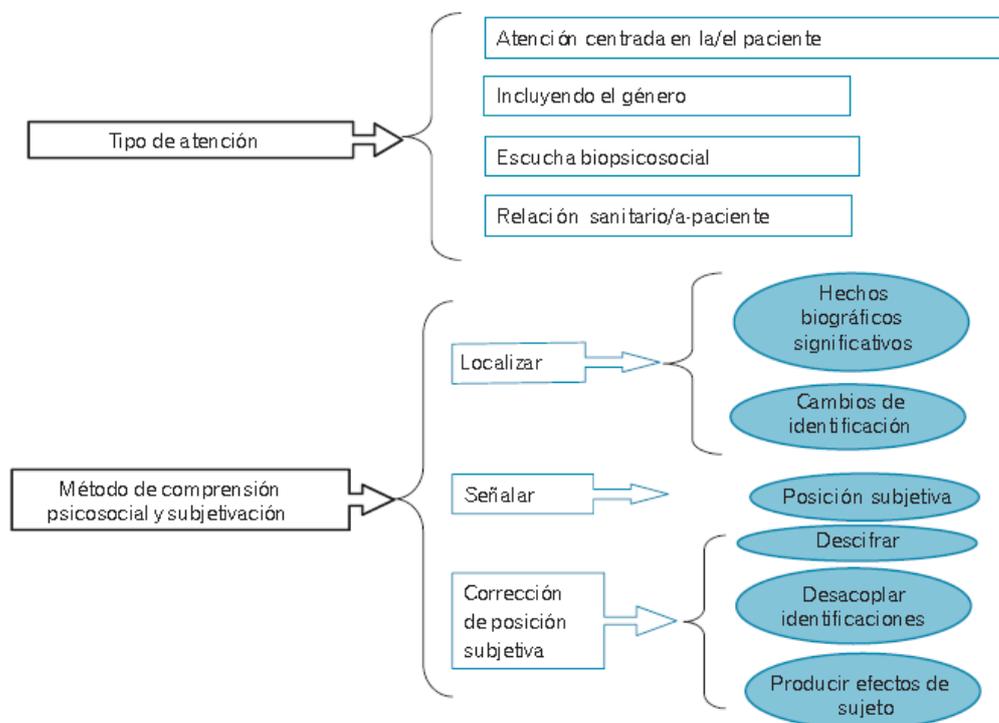
1. Diseño de un modelo de intervención y un método de atención.

El programa ha producido un modelo de intervención y atención específico para los servicios de Atención Primaria que combina un marco teórico biopsicosocial y de género, incluyendo además la esfera de la subjetividad, con una técnica de atención por parte del profesional al usuario/a mediante la que éste último tome mayor protagonismo y pueda pasar de un papel pasivo a otro más activo en la relación médico- paciente.

El modelo constituye una herramienta accesible, asimilable y utilizable para los profesionales de Atención Primaria que les capacita en una metodología de trabajo hasta entonces ajena a su formación médica y práctica biomédica y que se traduce en una mejora de la calidad de los servicios de la Atención Primaria.

CUADRO 20

Método de intervención biopsicosocial y subjetivación



Cuadro: Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud*. Madrid, Instituto de la Mujer/ Secretaría General de Políticas de Igualdad/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006. Pp. 146.

Esta herramienta, Método de intervención biopsicosocial y subjetivación (método BPS y de género), permite:

1. Ampliar el TIPO DE ATENCIÓN que el médico/a le presta a la usuaria, a través de la escucha biopsicosocial centrada en la paciente que tenga en cuenta la perspectiva de género.
2. Utilizar un MÉTODO DE COMPRENSIÓN basado en:
 - 2.1. Localizar hechos biográficos significativos y cambios de identificación,
 - 2.2. Señalar el acontecimiento significativo y devolverle a la paciente la posición subjetiva,

2.3. Y corregir la posición subjetiva, descifrando, desacoplando identificaciones y produciendo efectos de sujeto.

El método requiere un conocimiento y desarrollo básico de habilidades terapéuticas en el campo de la Psicología que normalmente no tienen los médicos de familia. Más en concreto, el enfoque es psicoanalítico y requiere de ciertas capacidades para comprender y desarrollar algunos de sus conceptos clave: inconsciente, identificaciones, transferencia y contratransferencia, la relación médico- paciente y cómo influirle al paciente en su subjetividad interna.

Por tanto, es una herramienta para los profesionales sanitarios, que le permite ampliar su saber y conocimientos para diagnosticar más allá de los síntomas y los signos físicos, buscando su expresión orgánica o fisiopatológica⁷, adoptando una conducta más contemplativa, de escucha y devolución que la que es habitual en la práctica de la consulta médica.

2. Programa de formación.

La formación de los profesionales ha sido una de las claves para el desarrollo del programa, ya que les capacita en el método anteriormente descrito, muy diferente a los enfoques normalmente aplicables en medicina de familia y en consulta de Atención Primaria. Las formaciones proporcionan a los/as médicos las herramientas conceptuales y prácticas para atender a las/os pacientes de malestar con mayor concreción “que el que proporciona el fonendo, la placa y los fármacos”⁸.

A lo largo del programa de intervención se realizaron varios tipos de formaciones:

Formación a personal sanitario de Atención Primaria. Primer curso de nivel básico de 35 horas al que asisten médicos y médicas de primaria, matronas, enfermeras, trabajadores/as sociales. Se realiza también una segunda promoción en el año 2005 que tuvo mucha demanda en alguno de los centros en los que ya había una coordinadora de Centro y estaba haciendo seguimiento del programa. Esta formación de primer nivel involucró en total a unas 32 personas.

Formación a residentes. Es el mismo nivel básico adaptado a Médicos Internos y Residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de 2º año que se realiza en 2004 y de 3º año y tutores en 2005, además de una Formación Continuada, a trabajadoras sociales y psicólogos/as etc. en 2005.

Formación para formadores. Recibida por aquellos médicos/as que habían recibido el primer nivel de formación, habían aplicado el modelo en su consulta y podían establecer algún tipo de compromiso con el proyecto.

El formato Formación de formadores/as constaba de 63 horas, incluyendo 35h en un curso básico sobre atención biopsicosocial al malestar priorizando a tutores/as de MIR, 12 horas de 6 sesiones clínicas didácticas de 2 horas cada una, espaciadas mensualmente y 16 horas de dinámica de grupos y coordinación.

Su objetivo era que en el futuro impartan seminarios en los Centros de Salud y coordinen sesiones clínicas. Resulta un grupo de 17 formadores/as de los cuales algunos participaron ya como formadores en parte de la formación que se impartió a los MIR.

3. Aplicación en consultas individuales

Después de recibir la formación de nivel básico, los profesionales comienzan a aplicar el modelo de intervención y método de atención biopsicosocial y de género en su consulta en aquellos casos que consideran más adecuados.

⁷ Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud*. Madrid, Instituto de la Mujer/ Secretaría General de Políticas de Igualdad/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.

⁸ Cita textual de una de las personas entrevistadas. Murcia, junio de 2008.

La puesta en marcha del método de atención cambia el paradigma a la hora de analizar lo que les pasa a los pacientes y los/as profesionales, y permite atender un mayor número de casos que están llamando con creciente asiduidad a las puertas de los Centros de Salud.

En las consultas individuales, el/la profesional es quien decide abordar cualquier caso con quejas y síntomas anímicos sin causa orgánica, contando con la orientación de un listado de quejas, síntomas y síndromes elaborado en base a la práctica médica probada.

CUADRO 41

Listado de quejas, síntomas y síndromes incluidos en el malestar

Dolores músculo-esqueléticos	Náuseas, vómitos
Rigidez matutina	Epigastralgia
Entumecimiento	Alteración del gusto
Despertar temprano	Molestia en la garganta
Dormir demasiado poco	Síntomas menstruales
Angustia al caer dormido	Dolor pélvico
Pesadillas	Picor
Somnolencia diurna	Reacciones a químicos o alimentos
Irritabilidad	Ansiedad
Fallos de memoria	Depresión
Cansancio mental	Angustia
Cansancio físico	Somatización
Cambios de humor	T. somatoforme
Fono-foto-sensibilidad	Cefalea tensional
Palpitaciones	Síndrome de colon irritable
Dolor torácico no cardíaco	Fibromialgia
Dificultad para respirar	Disfunción temporomandibular
Temblores. Vértigo	Dolor facial atípico
Mareo	Dispepsia no ulcerosa
Zumbidos	Dolor pélvico crónico
Dolor facial	Síndrome de fatiga crónica
Cefalea	Bloqueo histérico
Dolor abdominal	Sensibilización química múltiple
Ardor	Hiperventilación
Boca seca	Síndrome premenstrual

Cuadro: Velasco, Sara. [Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud](#). Madrid, Instituto de la Mujer/ Secretaría General de Políticas de Igualdad/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006. Pp. 231.

Ante un cuadro de malestar, los/as profesionales con formación encuentran necesario conocer el caso concreto del/a paciente, escuchar los acontecimientos de su vida para poder atenderle bien, lo que requiere de sucesivos encuentros. Los/as médicos planifican entonces las consultas de estos casos bien mediante la consulta programa, bien mediante la dedicación de mayor tiempo en consulta a pesar del retraso correspondiente que se origina para el resto de los pacientes citados. Tanto el volumen de consulta como la limitación de tiempo disponible actúan de filtros para poder atender un número reducido de casos que se seleccionan también por su menor complejidad.

Para la aplicación del nuevo método en consultas individuales fue importante comenzar por tratar casos de moderada complejidad. Para el/la profesional no es fácil reflejar en las pacientes las causas del malestar físico que tienen y requiere una habilidad y confianza que hay que desarrollar para que la persona pueda caer en la cuenta por sí misma de los que le sucede en su vida⁹. En este sentido, ha de contarse con un/a profesional que supere la predisposición a un abordaje médico biologicista que le sitúa en el saber y al/la paciente en una posición pasiva.

La resolución de casos de malestar con este enfoque permite a las/os pacientes sentir que no dependen necesariamente de las pastillas y su confianza interior y autoestima aumentan más rápidamente.

⁹ Cita de una de las personas entrevistadas. Murcia, junio de 2008.

Pero los beneficios de las consultas interpersonales no son sólo para los pacientes, que reducen sus síntomas somáticos y anímicos y ven mejorada su calidad de vida, sino también para los/as médicos que llevan a cabo una práctica médica más gratificante al poder tratar casos que antes sólo podían medicalizar.

4. Modelo de Cooperación con Salud Mental

Especial importancia tiene el modelo de cooperación entre primaria y especializada que se desarrolló a partir del 2005 y que supuso un elemento clave en la sostenibilidad del programa.

En él, los profesionales de Salud Mental cooperan con los de Atención Primaria para que éstos puedan responder a los problemas del malestar de las pacientes en su consulta, sin necesidad de derivación a especializada, ofreciendo a las usuarias de los servicios sanitarios públicos, una atención de calidad que además reduzca la frecuencia a las consultas. Un ejemplo que “se puede realizar sin más recursos o inversión (humanos, materiales, económicos) adicional a lo que ya aportaba el programa por parte de la entidad financiadora”¹⁰.

Salud Mental proporcionó el acompañamiento de psicólogos mediante la realización de sesiones clínicas organizadas en los Centros de Atención Primaria, donde los médicos/as intercambiaban información y puntos de vista sobre los casos más complicados y que les causaban más dificultades. Complementariamente, Salud Mental también estableció una línea telefónica y vía correo electrónico de interconsulta para una comunicación más fluida entre los profesionales de primaria y los profesionales de Salud Mental.

Las sesiones clínicas eran reuniones de carácter informal y no académico, de dos horas de duración aproximada, que mantuvieron mensualmente los/as médicos de cada centro para trabajar algunos casos de especial dificultad. Se realizaron en total 18 sesiones clínicas biopsicosociales (7 en El Carmen, 6 en El Palmar y 5 en San Andrés) participando un total de 37 personas en las sesiones entre las que estaban incluidos todos/as los participantes en la intervención.

Además de cubrir las necesidades técnicas de apoyo de los médicos para la aplicación del modelo de atención, esta intervención ha significado un espacio de gran valor para los/as profesionales participantes en el Programa pues les permite “controlar su estrés, recibir apoyo para su práctica de compañeros/as y psicólogos y encontrar alternativas de tratamiento para las pacientes”¹¹.

5. Grupos de apoyo de mujeres

Los grupos de mujeres son espacios de intercambio de experiencias y apoyo entre mujeres diagnosticadas con malestar, que vienen a reforzar el abordaje de la problemática biopsicosocial en la Atención Primaria.

Su objetivo será facilitar la elaboración biopsicosocial en casos con síndromes del malestar mediante la dinámica grupal con perspectiva de género, tal y como estaba definido en el modelo de intervención para la Atención Primaria¹².

La experiencia más interesante en este sentido se llevó a cabo en el Centro de Salud del Carmen, donde se formó un grupo de apoyo en el que participaron 16 mujeres con síndrome de malestar derivadas por los/as médicos implicados en el programa y que fue coordinado por una trabajadora social del mismo centro que contaba con formación dinámica.

En este grupo de mujeres se estudiaron sus diagnósticos o juicios clínicos previos que son múltiples: en 9 casos presentaban dolores músculo-esqueléticos, en 6 casos había depresión,

¹⁰ Cita textual de una de las personas entrevistadas. Murcia, junio de 2008.

¹¹ Velasco, Sara. Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria. Evaluación de intervención formativo- asistencial 2003- 2006. Área Sanitaria de Murcia. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.

¹² Idem. pp. 233.

en 4 insomnio, hubo 3 casos de cefaleas, 2 de ansiedad y un caso de vértigos, otro de palpitaciones y un último de dolor torácico no cardíaco.

La evaluación del programa permite comprobar que la frecuencia de los diversos diagnósticos concuerda con las frecuencias de diagnósticos presentes en la muestra total de 412 casos clínicos de los resultados, con la excepción de que hay más proporción de casos con dolor músculo- esquelético que en la totalidad.

Los grupos de apoyo de mujeres es un componente que ha contado con buenos resultados, si bien es una de las intervenciones con menor desarrollo dentro del programa.

6. Evaluación

Véase el siguiente epígrafe sobre actividades de evaluación de la experiencia.

7. Difusión

La difusión ha sido también un elemento de interés dentro del desarrollo del programa en el que han participado una gran parte de los/as actores implicados en diversos foros, si bien las acciones con mayor trascendencia han estado a cargo del organismo director, el Instituto de la Mujer y de la consultora contratada.

La experiencia fue incluida en 2007 el libro de *Buenas Prácticas de las Administraciones Públicas en Mainstreaming de Género*¹³ a propuesta del Programa de Salud y Servicios Sociales del Instituto de la Mujer y fue presentada al premio de calidad del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los principales resultados se han difundido en diversos espacios académico- profesionales como jornadas y congresos, docencia en cursos a personal técnico y de postgrado y publicaciones en el entorno científico- socia, entre otros por parte de la consultora Sara Velasco:

Jornadas y Congresos.

El enfoque de género en la atención a la salud: el caso del malestar de las mujeres. Ponencia en III Jornadas Género y Salud. Investigación y Práctica Asistencial. Organizado por Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer. Universidad de Zaragoza. Septiembre 2005.

La perspectiva de género en programas de salud. Enfoque biopsicosocial. Ponencia en Jornada con Subdirecciones de Tratamiento de Instituciones Penitenciarias. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, Octubre 2005.

Atención biopsicosocial a los síndromes del malestar en atención primaria. IX Jornadas Nacionales Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia. 9, 10 y 11 de noviembre de 2006.

El malestar de las mujeres. Determinantes de Género para la salud. IV Foro de Salud de las Mujeres. Madrid, Noviembre 2007. Organizado pro el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Salud y participación Social de las Mujeres: determinantes de género en el malestar de las mujeres. Conferencia en las Jornadas: Mujer, Salud y Participación, Gijón, 10 de abril de 2008. Organiza: Ayuntamiento de Gijón. Concejalía de Empleo, Igualdad y Juventud.

Docencia.

Presentación del Programa de Atención al Malestar de las Mujeres. Diploma Superior de Salud Pública y Promoción de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad (4h). Eds. 2007 y 2008.

¹³ véase el vínculo a la publicación en el apartado de referencias documentales y bibliográficas; ficha número nueve perteneciente al ámbito estatal.

Clase sobre Presentación de una experiencia sobre un modelo de atención biopsicosocial: el caso de Murcia. Escuela de Salud Pública de Verano de Mahón. XII Encuentro de Género y Salud, en el marco del Convenio entre el Instituto de Salud Carlos III/ Escuela Nacional de Sanidad/ Instituto de la Mujer (MTAS). (2h). 18 de septiembre, 2007.

Publicaciones.

véase el listado de publicaciones en el apartado de referencias documentales y bibliográficas.

2.2.3 Actividades de evaluación de la experiencia:

En la experiencia se llevaron a cabo dos evaluaciones, una intermedia de seguimiento y otra de la intervención formativo- asistencial, ambas publicadas por el Instituto de la Mujer.

El Instituto de la Mujer, a través de su Programa de Salud y Servicios Sociales ha colaborado en el diseño, trabajo de campo, vaciado de cuestionarios y tabulaciones e informe final de las actividades de evaluación, proporcionando un canal de retroalimentación al Programa mediante contactos, consultas y acuerdos institucionales con las entidades colaboradoras.

La evaluación intermedia contextualiza los pilares teóricos del modelo de intervención en Atención Primaria y el sentido de su puesta en práctica mediante la presentación de casos de consulta, que cualquier profesional puede encontrar en su trabajo.

En esta primera actividad evaluadora se aplicó un formulario en la que se recogieron los casos que se habían ido viendo durante los dos niveles de formación. Se recogieron alrededor de 70 casos.

La presentación de los beneficios del proyecto ante nuevos responsables institucionales del Servicio de Salud de la Región de Murcia permitió su difusión y continuidad.

La segunda actividad evaluadora se refiere al estudio- evaluación cuantitativa y cualitativa de la intervención formativo- asistencial realizado durante 2006 que incluye una evaluación del proceso, de los resultados y de impacto, recogiendo 412 casos clínicos y planteando también un Plan de Extensión de la experiencia a todos los centros de Salud de Murcia.

2.2.4 Transferencia de la experiencia:

Desde el Programa de Salud del Instituto de la Mujer se ha favorecido la transferencia de conocimientos generados por el Programa de Atención Biopsicosocial al malestar de las mujeres en el Diploma de Salud Pública y Género que se realiza en el marco del convenio entre la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) y en colaboración con el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSyC). Dicho Diploma está dedicado a las políticas de igualdad en salud y dirigido al personal técnico y de gestión de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y de sus organismos de igualdad.

Adicionalmente, el Programa ha sido presentado en los Encuentros de Salud y Género realizados, también en colaboración con la ENS para el mismo personal técnico y de gestión, como foros de intercambio de información y buenas prácticas en género y salud.

2.2.5 Principales actores y partes involucradas en la ejecución de la experiencia:

El **Programa de Salud y Servicios Sociales del Instituto de la Mujer** lideró y asumió la dirección del Programa de Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en Atención Primaria enmarcándose dentro del Objetivo 2 "Promover el desarrollo de modelos de atención

biopsicosocial y de género” de su Estrategia de Salud para la integración de la igualdad en las políticas nacionales de Salud.

De esta forma, el Instituto de la Mujer se ha responsabilizado de la financiación del Programa, gran parte de su difusión y el seguimiento y asesoramiento en el diseño y supervisión de los contenidos de los materiales y del proceso de evaluación.

La **consultora experta en género y salud**, contratada por el Instituto de la Mujer, ha coordinado el Programa, realizado la planificación del Programa, el análisis de situación previo, el diseño del modelo y método de atención, la redacción del libro que lo desarrolla, el diseño de los cursos de formación, sesiones clínicas didácticas y materiales didácticos y la realización de sesiones de trabajo con personal técnico y formación de los cursos a profesionales del Sistema Nacional de Salud en Guadalajara y Murcia, las sucesivas evaluaciones y las presentaciones del Programa en los ámbitos docentes.

Dentro del **Servicio Murciano de Salud**, las instituciones principalmente involucradas en la ejecución de la experiencia han sido la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, con especial involucración de su Unidad Docente y la Red de Salud Mental de la Región de Murcia.

La **Dirección General de Asistencia Sanitaria** del Servicio Murciano de Salud convocó y aglutinó a la Gerencia de Atención Primaria y a Salud Mental, posibilitando un importante proceso de alianzas dentro del programa.

A la **Gerencia de Atención Primaria de Murcia** pertenecen los médicos y médicas, enfermeras y trabajadoras sociales de Atención Primaria de los tres **Centros de Salud** de Murcia (San Andrés, El Carmen y El Palmar) que participaron en las formaciones y posteriormente a través de las consultas individuales, sesiones clínicas y los grupos de mujeres. Así mismo, su **Unidad Docente** es la que ha coordinado el programa en la Región de Murcia y ha proporcionado los recursos institucionales necesarios para desarrollar todos los cursos de Formación y canalizar la demanda del personal sanitario para la adecuada continuidad y sostenibilidad del Programa.

A la Red de Salud Mental de la Región de Murcia pertenecen los psicólogos de los **Centros de Salud Mental** que proporcionaron apoyo a los/as médicas en las sesiones clínicas y a través de la vía de comunicación interconsulta.

Durante la ejecución del Programa también se contó con el apoyo y seguimiento del **Instituto de la Mujer de la Región de Murcia**.

2.2.6 Alianzas establecidas entre los actores:

En esta experiencia, las alianzas han sido un elemento muy importante tanto para la puesta en marcha del programa como para su ejecución.

En el inicio de la experiencia, desde su definición hasta su puesta en práctica, las experiencias de trabajo previas con la consultora contratada y las buenas relaciones de entendimiento existentes entre el Instituto de la Mujer y la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de la Región de Murcia han permitido la cristalización del Programa en este nivel sanitario.

Una vez iniciado el Programa, la alianza más importante a la que ha dado pie la experiencia y que ha permitido su continuidad y sostenibilidad es de naturaleza interna al Servicio de Salud Murciano; es la que se produce entre el **Sistema de Atención Primaria y el de Salud Mental** con el apoyo de los psicólogos/as a los/as médicos de familia que resulta en una menor derivación y una mayor calidad de los servicios primarios.

2.3 Contexto de aplicación de la experiencia

2.3.1 Políticas de apoyo:

El Instituto de la Mujer creado en 1.983, es un organismo autónomo dependiente de la Secretaría General de Políticas de Igualdad que le corresponde promover las políticas de igualdad entre ambos sexos, promoviendo y fomentando las condiciones que posibiliten la igualdad entre mujeres y hombres (en derechos y oportunidades) y la participación de las mujeres en el ámbito político, cultural, económico, social y sanitario.

Para cumplir con sus cometidos, este organismo puso en marcha diversas políticas en favor de las mujeres, que se han concretado en Planes de Igualdad de Oportunidades. El IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (IV PIOM) terminó su vigencia en el 2.006. Recientemente, se ha aprobado - diciembre de 2.007- un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2.008-2.011) en el que figura como eje específico la salud (eje número 7).

Desde el Programa de Salud del Instituto de la Mujer se ha venido trabajando para aplicar tanto el principio de igualdad a las políticas de Salud utilizando una estrategia de acciones específicas en favor de la salud de las mujeres como la transversalización o *mainstreaming* de género, como forma de intervención para incorporar a todas las instituciones en el objetivo de alcanzar la igualdad, en este caso, en las políticas públicas en relación a la salud. Tal proceso, de carácter tanto técnico como político requiere, para su puesta en marcha, tanto de personal cualificado y sensibilizado en salud y género, como de voluntad política, y por tanto, dotación de recursos, incluyendo financiación económica, para modificar realidades injustas que afectan al bienestar y la salud de las mujeres.

El Instituto de la Mujer tiene en cuenta para integrar un enfoque de género en las políticas de salud que la situación de los hombres y mujeres en la sociedad española es diferente por causas socioculturales de género, y que ello conlleva desigualdades en los padecimientos de salud e inequidades en la disponibilidad de poder, de beneficios y de recursos.

Ha contemplado la importancia de estudiar la morbilidad diferencial por sexos, las desigualdades en el acceso y la atención de salud y sus correspondientes sesgos de género, así como investigar y articular medidas para modificar aquellas desigualdades.

Pero además, se ha impulsado y promovido la incorporación del género como categoría de análisis en los modelos teóricos, en la investigación, en los programas de prevención y en la práctica clínica.

Para ello se ha tenido en cuenta un marco teórico que explique el proceso de salud enfermedad relacionado, no sólo con la biología, sino también con el contexto social en que se vive, con la experiencia vivida por cada cual y con los significados subjetivos de esa experiencia. Los condicionantes de género son una parte de esos aspectos del contexto social y de la vivencia subjetiva que condicionan el proceso de salud.

Para poder integrar el principio de igualdad en las políticas de salud desde el Programa de Salud del Instituto de la Mujer se planteó una estrategia que se concretó en los siguientes objetivos:

OBJETIVO 1. Promover la implementación del *mainstreaming* de género en coordinación con los ámbitos europeo, central y autonómico.

OBJETIVO 2. Promover el desarrollo de modelos de atención biopsicosocial y de género que contemplen, no sólo las características biológicas, sino los factores psicosociales ligados a la condición de las mujeres y los condicionantes de género.

OBJETIVO 3. Promover la formación y sensibilización para incorporar la perspectiva de género y su impacto sobre la salud entre el personal técnico y de gestión de los servicios sociosanitarios y de los y las profesionales de la salud.

OBJETIVO 4. Promover intervenciones en procesos de salud-enfermedad prevalentes para las mujeres y sensibles al impacto de género.

OBJETIVO 5. Promover programas de salud para mujeres en riesgo de exclusión.

OBJETIVO 6. Promover avances en los conocimientos, intervenciones preventivas y asistenciales en el proceso de salud-enfermedad sobre trastornos de la imagen corporal y de la alimentación.

OBJETIVO 7. Impulsar la participación y empoderamiento de las mujeres en los procesos de salud.

OBJETIVO 8. Promover la producción, publicación y difusión de conocimiento sobre la salud de las mujeres entre el personal técnico y de gestión de los servicios sociosanitarios, los y las profesionales de la salud, así como impulsar la elaboración de materiales dirigidos a las mujeres.

Es en referencia al objetivo 2 de esta estrategia que se enmarca el Programa de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en atención primaria.

2.3.2 Capacidad institucional:

La red de atención primaria de salud de la Región de Murcia, en colaboración con el sistema de atención especializada de salud mental garantiza la capacidad institucional necesaria para implementar el modelo de abordaje biopsicosocial de manera integrada en los servicios públicos preexistentes.

Esta capacidad se complementa con la formación y apoyo brindados desde el Instituto de la Mujer para atender los problemas del malestar de las mujeres desde un enfoque biopsicosocial y de género. Más en concreto, el Instituto de la Mujer contrata a una consultora que diseña el método para hacerlo aplicable a las características de la atención primaria de salud y que es también la formadora que lo pone en práctica, experta especialista en género y salud y en aplicación dinámica del enfoque biopsicosocial.

Aunque las capacidades quedan establecidas en el momento de partida de la experiencia, el principal desafío que enfrenta el programa es el de asegurar que queden instaladas de manera sostenible en el sistema de atención primaria de salud y para ello es necesario que se profundice en generar las capacidades autónomas de las médicas y médicos de atención primaria. La transferencia del modelo y el método de abordaje sólo será posible con el seguimiento y los apoyos necesarios para ello (en especial, el apoyo de especialistas de salud mental).

Por otro lado, la instalación de las capacidades en términos de aplicación no dependen sólo de la asimilación del modelo y sus ventajas, sino de la superación de las resistencias que el propio sistema pueda ofrecer a un cambio de enfoque que implica cambios importantes en el paradigma biomédico tradicional, por lo que, además de las capacidades en sí mismas, se necesita difusión, sensibilización y divulgación para la extensión del modelo en el medio y largo plazo.

2.3.3 Aspectos tecnológicos:

No son relevantes. Los aspectos metodológicos, formativos y los recursos humanos son los insumos básicos para la puesta en práctica de esta experiencia, por lo que no son necesarios medios tecnológicos adicionales.

2.3.4 Factores económicos - financieros:

La inversión económico-financiera es relativamente pequeña si tenemos en cuenta que sólo se requiere invertir en la formación sobre el modelo. Los recursos humanos, infraestructuras y medios materiales son los preexistentes en la red de salud primaria, ya que el modelo se integra en su funcionamiento cotidiano. Los apoyos necesarios por parte de los especialistas de salud mental pueden ser cubiertos por el propio sistema de salud mediante el establecimiento de un mecanismo de cooperación como el descrito en esta experiencia o, eventualmente, pueden ser apoyados desde afuera con recursos adicionales (psicólogos privados) o alternativos (figuras asimilables en el contexto cultural de referencia), no necesariamente institucionalizados.

2.3.5 Otros elementos de contexto:

Algunos contextos culturales pueden ser más proclives a asimilar este enfoque. En el contexto español se produce un cierto rechazo a la aplicación de enfoques psicoanalíticos que están a la base del método terapéutico de aplicación de esta experiencia. En algunos países, como por ejemplo los del Cono Sur, existe una tradición amplia y una formación bastante extendida entre los profesionales de la salud en relación a los conceptos del psicoanálisis que podrían contribuir a una más fácil extensión del método de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres.

El otro pilar del enfoque del programa es el aportado por el pensamiento crítico feminista, que se concreta en la aplicación de un enfoque de género y un mayor protagonismo de la subjetividad de las mujeres en los procesos terapéuticos, por lo que la receptividad de esta perspectiva será otro de los elementos del contexto que pueden contribuir o resistir a la extensión del modelo.

2.4 Para más información...

2.4.1 Referencias documentales y bibliográficas:

- VELASCO ARIAS, SARA. Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria. Serie Salud nº 9. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006. www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf
- VELASCO ARIAS, SARA. Evaluación de intervención formativo- asistencial 2003-2006. Área Sanitaria de Murcia. Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.
- Sara VELASCO ARIAS, Begoña LÓPEZ DÓRIGA, Marina TOURNÉ GARCÍA, M^a Dolores CALDERÓ BEA, Inmaculada BARCELÓ BARCELÓ y Consuelo LUNA RODRÍGUEZ. *Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria*, en *Feminismo/s*, Revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante. Número 10, diciembre de 2007. www.ua.es/cem/publicaciones/revista/numero10.htm
- Sara VELASCO ARIAS, M Teresa RUIZ, Carlos ÁLVAREZ-DARDET. *Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres*. *Revista Española de Salud Pública*, 2006; 4(80): 317-333. www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS804C_317.pdf

- VELASCO ARIAS, Sara. *Los síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria*. Revista Mujer y Salud nº 16. Dossier. Barcelona, CAPS. Octubre 2005. http://matriz.net/mys/mys16/dossier/doss_16_3.html.
- VELASCO ARIAS, Sara. El enfoque de género en la atención a la salud. En: Concepción Tomás, Consuelo Miqueo, Teresa Yago, M^a José Barral, Teresa Fernández (editoras). Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial: integración de una perspectiva de género. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer (SIEM) Universidad de Zaragoza, 2006.
- Buenas Prácticas de las Administraciones Públicas en materia de Mainstreaming de Género. Madrid: Fundación Mujeres. Mayo 2007. www.migualdad.es/mujer/mujeres/igualdad/Mainstream_Adm.pdf

2.4.2 Referencias institucionales y personales

Personas entrevistadas:

- Begoña LÓPEZ DÓRIGA
Directora del Programa de Salud y Servicios Sociales del Instituto de la Mujer:
Directora del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres.
www.migualdad.es/mujer
Ministerio de Igualdad.
C/ Condesa de Venadito nº 34. 28027 Madrid.
Teléfono: 913 638 000 (centralita). Fax:
salud2@migualdad.es
- María Teresa MARTINEZ ROS.
Jefa de Área de Formación. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Edificio EMI, 1^a planta.
c/ Luis Fontes Pagán, nº 9. Murcia.
Teléfono: 968 359 772. Fax: 968 359 777.
maria.t.martinez4@carm.es
- Sara VELASCO ARIAS.
Médica y psicoanalista.
Coordinadora del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres.
C/ Suecia 35. 46006 Valencia
Móvil: 606 595 961
saravelasco@gmail.com
- Marina TOURNÉ GARCÍA.
Médica de familia en el Centro de Salud Murcia- Infante Juan Manuel.
Coordinadora funcional para el Programa en el Centro de Salud de San Andrés y ayudante de campo en la Evaluación.
C/ Pintor Almela Costa s/n. 30011, Murcia.
Teléfono: 968 343 200 (centralita). Fax: 968 343 388
marina.tourne@carm.es
- Juan Carlos SÁNCHEZ SÁNCHEZ.
Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.
C/ Marques de los Vélez s/n. 30008 Murcia
Teléfono: 968 360 900 (ext. 2546 ó 3587). Fax: 968 232 484.
juanc.sanchez@carm.es

Otras referencias institucionales:

Hubo muchas otras personas que se comprometieron con la puesta en marcha y ejecución del programa y que aparecen referidas en el informe de evaluación, entre otras y sin ánimo de exhaustividad: Concepción Escribano, Amor Gea, Dolores Calderó, Consuelo Luna, Inmaculada Barceló...

2.4.3 Otras referencias:

- Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. www.imrm.es
- Servicio Murciano de Salud. www.murciasalud.es
- Gerencia de Atención Primaria de Murcia. www.murciasalud.es/gerenciademurcia
- Servicios de Salud Mental de Murcia. www.murciasalud.es

3 LECCIONES APRENDIDAS DE LA EXPERIENCIA

3.1 Factores esenciales de éxito de la experiencia (elementos a repetir):

Mejora de la calidad de la atención primaria

Una de los aspectos más interesantes de este programa es la mejora de la calidad de la Atención Primaria gracias a la utilización de la herramienta diseñada (método de intervención biopsicosocial y subjetivación) que tiene implicaciones tanto para las usuarias como para los y las sanitarios.

Por una parte, las pacientes afectadas con el malestar reciben una atención de mayor calidad por parte de los médicos y médicas de Atención Primaria, que tiene consecuencias en la mejora de su calidad de vida. Crecen como personas, siendo más conscientes de los problemas de contexto que inciden en su salud y, de esta manera, pueden tomar sus propias decisiones respecto a su vida (empoderamiento). Desde esta perspectiva, se trata de una mejora de la respuesta que recibe la ciudadanía como usuaria de los servicios públicos sanitarios.

Por otra parte, también los/as profesionales de Atención Primaria pueden llevar a cabo una práctica médica más ajustada a las necesidades de las pacientes, al tiempo que atender a un mayor número de pacientes que anteriormente únicamente trataban con fármacos. Ello les devuelve un ejercicio profesional más gratificante para sí mismos: *“lo que nos potenció a todas las personas que participamos (es) que es muy gratificante en la relación médico- paciente porque son pacientes especialmente complicados y al permitirte mirarlos de otra manera y trabajarlos de otra forma pasan de ser potenciales enemigos o pacientes difíciles (...) a pacientes que ya los ves de otra manera”*¹⁴.

Mejoran también las relaciones con sus colegas profesionales con los que comparten sus casos en las sesiones clínicas. Todo ello contribuye a superar el conocido como “síndrome del quemado” que se refiere a la sensación de insatisfacción de los y las médicas porque sus pacientes no mejoran con la atención y consejos que les proporcionan basados en los métodos e instrumentos tradicionales de consulta.

Todo ello da como resultado que el Programa de Atención Biopsicosocial al malestar de las mujeres en el sistema de Atención Primaria de Salud logra ofrecer un servicio sanitario de mayor calidad, con mayor nivel de eficacia y más cercano a la ciudadanía.

Bajos costes de inversión adicional

Otro factor de éxito de este proyecto es el relacionado con los escasos recursos económicos que hacen falta para implementarlo. Es un proyecto que no necesita de un volumen de recursos económicos adicionales muy elevado y, sin embargo, reduce costos gracias a la reducción de las derivaciones desde la Atención Primaria a Salud Mental.

Integración en el sistema de atención primaria de salud y cooperación/ coordinación con especializada

El modelo responde a las necesidades sentidas por los médicos y médicas de Atención Primaria de Salud, que se encuentran con una creciente demanda insatisfecha de soluciones ante los síntomas que generan los síndromes del malestar, especialmente en las mujeres. Se trata del primer nivel de atención sanitaria, donde incluir nuevas herramientas de abordaje para los profesionales tiene un gran impacto en términos de mejora de la eficacia del sistema

¹⁴ Literal de una de las personas entrevistadas.

público de salud. Su integración, por tanto, en el nivel de Atención Primaria de salud es uno de los factores de éxito indudable.

Sin embargo, tal integración sólo es posible si se da un alto nivel de formación a los médicos y médicas de Atención Primaria, se promueve su autonomía y se establece, especialmente un sistema de apoyo de la red de salud, por parte de médicos especializados en Salud Mental. De ahí que, en este caso, la cooperación con especializada sean un factor de éxito importante, en término de autonomía de los médicos de atención primaria para resolver directamente los casos que atendían, sin necesidad de derivación. Al mismo tiempo, supone la demostración del éxito de un modelo de cooperación entre primaria y especializada replicable en otras áreas de del sistema público de salud.

Cumplimiento con recomendaciones internacionales.

La Organización Mundial de la Salud alerta de que las enfermedades mentales son enfermedades del desarrollo y recomienda que se aborden con métodos innovadores que tengan en cuenta los aspectos psicosociales y de género en los servicios de Atención Primaria.

En este sentido, la Estrategia del Programa de Salud del Instituto de la Mujer en la que se enmarca la experiencia, incluye la promoción de *modelos de atención biopsicosocial y de género que contemplen, no sólo las características biológicas, sino los factores psicosociales ligados a la condición de las mujeres y los condicionantes de género*, como un objetivo específico para integrar el principio de igualdad en las políticas de Salud.

Es por ello que el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres supone una experiencia de adecuación y cumplimiento con las recomendaciones internacionales y políticas nacionales de igualdad en el ámbito de la Salud y la igualdad de oportunidades.

Recursos humanos especializados.

Otro factor de éxito son los recursos humanos especializados en la puesta en marcha de la iniciativa. La alta especialización de las personas que idearon las formaciones, las implementaron y las siguieron, así como los otros mecanismos del proyecto, ha sido una contribución determinante para la correcta ejecución del programa. El equipo humano involucrado tenía grandes conocimientos en los pilares del programa: salud, teorías psicológicas y también en perspectiva de género.

3.2 Errores cometidos y dificultades no resueltas (elementos a evitar):

Es necesario un mayor **compromiso institucional** para su extensión por parte de las instituciones responsables de su puesta en marcha: el Instituto de la Mujer y, en especial, los servicios de salud.

La **difusión y sensibilización institucional** llevada a cabo por el programa no ha sido lo suficientemente sólida para que permitiera legitimar en mayor medida el modelo, teniendo en cuenta que puede generar resistencias al incidir en un cambio del paradigma existente hoy en las instituciones y políticas de salud y en la práctica médica. La experiencia ha mostrado que en algunos momentos el enganche del proyecto en la práctica de la Atención Primaria y su continuidad ha costado incluso con la actividad en marcha. Hubo un momento crítico de cambio en el que el proyecto debió argumentarse de nuevo ante los cambios de responsables institucionales.

Por otro lado, hay limitaciones derivadas de las propias dinámicas de la Atención Primaria y la **organización del sistema de consultas** que suponen importantes desafíos para la aplicación del modelo en primaria. Una de ellas es el escaso tiempo disponible para las consultas, además del formato de las mismas y la escasez de espacios para las consultas programadas.

Tratándose de una experiencia piloto, el número de **profesionales implicados** que tuvieron interés en la formación y que lo han puesto en marcha es relativamente reducido, dado su carácter voluntario y no institucionalizado. Por otro lado, no hay un **reconocimiento** unánime de las ventajas y beneficios que ha dado este modelo y, por el momento no ha sido posible comenzar con su proceso de extensión.

Otra de las dificultades no resueltas en la experiencia tiene que ver con aspectos prácticos de la **programación de la formación**. En opinión de algunas de las personas participantes en la iniciativa, la formación a los/as profesionales sanitarios de Atención Primaria debe hacerse en tiempo laboral, combinándolo en todo caso con una menor dedicación de horas fuera del horario de trabajo. En este sentido, tanto el Sistema de Salud como el o la profesional deben poner de su parte para mejorar la formación del personal, sin dejar que recaiga, única y exclusivamente, en el tiempo personal de los profesionales.

Finalmente, la organización de las sesiones clínicas, que quedaba sujeta a la decisión de cada centro, ha señalado otro aspecto a reconsiderar. En algunos casos se ha comprobado que las **sesiones clínicas** son más efectivas cuando se hacen con un grupo establecido y comprometido, y no en grupos abiertos donde pueden acudir otros/as compañeros con menor grado de implicación y confianza.

3.3 Principales elementos de contexto necesarios para que la experiencia resulte transferible:

Red básica de salud.

Para que la experiencia resulte transferible es necesario que exista un sistema básico de Atención Primaria de Salud que cuente con la infraestructura y el personal profesional médico mínimo para llegar a toda la población. La red básica de salud debe tener centros de Salud distribuidos por toda el área geográfica de influencia para atender equitativamente a la población.

Este Sistema básico de Salud puede favorecer la formación en el método de atención biopsicosocial entre sus profesionales de Atención Primaria y proporcionar a las mujeres un acceso a la atención psicológica en escenarios de pocos recursos económicos.

Inversión en Formación.

La inversión en formación es un elemento vital e imprescindible tanto para la puesta en marcha del Programa, como para el logro de mayores niveles de eficacia.

En la propia evaluación del Programa de Atención Biopsicosocial en el Área Sanitaria de Murcia se ha comprobado que hay diferencia de éxito en mejoría de los/as pacientes entre aquellos profesionales sanitarios formados con un solo nivel de formación (35 horas) y entre los que recibieron los dos niveles formativos (35+63 horas). Por tanto, a mayor nivel de formación del personal sanitario mejores resultados del Programa.

Es importante por tanto plantearse *a priori* el grado de compromiso que asume la entidad en formación, así como el nivel de formación que va a proporcionar dentro y fuera de la jornada laboral, tanto a los profesionales de Atención Primaria como de Salud Mental.

Recursos humanos y coordinación institucional

También el recurso humano es definitivo en las diferentes fases del Programa.

En primer lugar, es necesario personal para llevar a cabo una buena coordinación con la medicina especializada que permita los apoyos necesarios con Salud Mental y logre articular relaciones de cooperación entre departamentos mediante convenios u otros acuerdos que institucionalicen el modelo de intervención y método de atención en la práctica habitual del sistema sanitario.

Así mismo, son necesarios otros dos tipos de recursos humanos: un formador o formadora para proporcionar las primeras capacitaciones a los médicos y médicas y demás profesionales; y médicos y médicas sensibles al problema del síndrome del malestar y con interés en aplicar un nuevo enfoque de trabajo que puedan, además, replicar las formaciones en otros niveles del sistema.

Por otra parte, si bien no es necesaria una especialización por parte de los/as profesionales participantes en psicología analítica, si es importante que los profesionales que se interesen por el programa tengan un enfoque abierto a las teorías psicológicas y vayan adquiriendo ciertos conocimientos en psicodinámica.

Voluntad política.

También es necesaria una fuerte y sostenida voluntad política por parte de los/as gestores de cara a defender un cambio de modelo de atención en la Atención Primaria de Salud. El modelo tiene que estar apoyado por los máximos responsables y contar con un enfoque integral que afecte a una gran parte del personal de atención primaria, no sólo a los/as profesionales voluntariamente interesados.

3.4 Otras lecciones generales:

Un cambio en el enfoque de trabajo de los problemas del malestar de las mujeres en atención primaria de salud puede, sin necesidad de gran inversión adicional, implicar un cambio sustancial en la mejora de la salud de las mujeres y de la eficacia del sistema de salud en general, incluyendo beneficios para los propios médicos y médicas, quienes ven mejorado su trabajo.

La atención primaria de salud puede ser más efectiva y democrática si incluye un enfoque más amplio que el puramente médico-biológico, pues permite tener en cuenta los factores psicológicos y sociales que determinan los procesos de salud y enfermedad de las personas. La aplicación del enfoque de género permite, además, incluir los determinantes de género que explican el malestar y promover, de este modo, una mayor equidad de género en el sistema público de salud, ya que al modificar los determinantes psicosociales de género, activando y empoderando a las mujeres, contribuye a ir cambiando el balance de la estructura social de género.

La integración de este enfoque muestra una clara mejoría de las pacientes, a la vez que una mejora en la eficiencia de los recursos sanitarios. Sin embargo, estas evidencias no son suficientes para su extensión, pues implican un cambio importante en los paradigmas sanitarios predominantes y, por tanto, requieren de un trabajo importante de sensibilización, difusión, legitimación y movilización para el compromiso institucional.

“...todo esto lleva su tiempo, sin embargo, la persona que le ayudas a descubrir algo así, le ayudas a que piense en esa clave de cara al futuro. Probablemente cuando tenga otro problema, aunque sea de otro tipo completamente distinto, ya es más fácil que incluya lo que le ocurre en su vida en la traducción de su malestar”¹⁵.

¹⁵ Literal de una de las personas entrevistadas.