Carta al director

Buenas prácticas en salud comunitaria y violencia de género. Reconociendo experiencias pioneras en España

Good practices in community health and gender-based violence. Recognizing pioneering experiences in Spain

Sr. Director:

En el Informe SESPAS 2026, Mármol-López et al.[1] analizan diversas iniciativas de salud comunitaria en España destacadas por su capacidad de coordinación intersectorial (entre atención primaria, asociaciones, salud pública y gobiernos locales, entre otros) para el desarrollo de intervenciones promotoras del bienestar y la equidad social. En esta carta queremos sumar a las ya mencionadas otras iniciativas pioneras en incorporar una mirada comunitaria y social a la atención sanitaria, poniendo el foco en la salud de las mujeres y la atención a la violencia de género. Recuperarlas y visibilizarlas contribuye a prevenir el denominado «efecto Matilda», expresión acuñada por Margaret W. Rossiter en 1993 para referirse a la tendencia a infravalorar e invisibilizar las aportaciones de las mujeres a la ciencia. En este sentido, queremos destacar el trabajo que vienen desarrollando desde finales de la década de 1980 la Asociación de Mujeres para la Salud y su modelo de atención a los malestares en atención primaria.

Con el impulso de la Ley Orgánica 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género, los centros de atención primaria han sido reconocidos como espacios de oportunidad para el abordaje de esta violencia. Sin embargo, la complejidad de este problema de salud, social y de género, ha hecho evidentes las limitaciones de una respuesta centrada en un modelo biomédico orientado al diagnóstico. Una buena respuesta a la violencia de género requiere equipos en los centros de atención primaria preparados para detectar y responder a la violencia, y coordinados para facilitar la conexión con otros recursos. Pero, sobre todo, requiere que la atención se centre en las necesidades de las mujeres, comprendiendo y considerando sus circunstancias sociales[2].

La experiencia de atención a los malestares de género es un ejemplo de cómo integrar esta buena respuesta a la violencia de género, reconociendo que las desigualdades de género contribuyen a malestares de salud, y por tanto la atención primaria debe abordarse desde un enfoque de género y una atención centrada en la persona[3]. Su aplicación en la atención a la violencia de género en los centros de atención primaria se ha traducido en intervenciones que parten de identificar malestares inespecíficos, pero no se limitan a tratarlos como síntomas, sino a explorar y abordar sus causas. En la práctica, los centros de atención primaria que adoptaron este enfoque se formaron para incorporar esta mirada en las consultas, identificar malestares y derivarlos al «grupo de mujeres» organizado dentro del mismo centro. Estos «grupos de mujeres», facilitados por personal formado del mismo centro, se reunían para compartir sus experiencias, dar voz a sus problemas y sus causas (a veces violencia de género, otras desigualdades de género o cruzadas por otros ejes como la racialización o la pobreza), y apoyarse colectivamente. Después de reunirse durante varios meses, el proceso del grupo en el centro de atención primaria finalizaba, pero en muchas ocasiones se trasladaba y continuaba, ya de manera autónoma, en otros espacios comunitarios[4].

El enfoque de los malestares de género y su aplicación en violencia de género desde los centros de atención primaria amplía el concepto de prescripción social o recomendación de activos comunitarios para la salud, puesto que no se limita a la coordinación con activos comunitarios, sino que genera en el propio centro de atención primaria el recurso de apoyo. Así, se crea un nexo claro y cercano entre las consultas individuales y los activos comunitarios, introduciendo un espacio intermedio, que es comunitario, pero se desarrolla dentro del ámbito del centro de salud. El espacio del «grupo de mujeres» es accesible para las usuarias y facilita a las profesionales sanitarias integrar en sus consultas una mirada de género y malestares, ya que constituye un espacio a donde derivar que finalmente tiene continuidad en los espacios comunitarios[5].

Consolidar iniciativas comunitarias como la descrita requiere nuevos alicientes, como el refuerzo de la formación de futuros profesionales sanitarios en violencia de género, determinantes sociales y salud comunitaria desde los grados universitarios. Comparten amenazas ya identificadas por Mármol-López et al.[1], como la falta de coordinación intersectorial y entre niveles asistenciales en salud comunitaria, los recursos limitados y la necesidad de construir redes entre el sector sanitario y otros recursos. Es fundamental reconocer el esfuerzo realizado por grupos y personas para su desarrollo, y recalcar que requieren el apoyo institucional para garantizar su continuidad.

Contribuciones de autoría

Ambas autoras participaron en la concepción, la redacción y la revisión crítica de la carta, y aprobaron su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Mármol-López MI, Fraile-Escriche MR, Rodríguez García-Abad N, et al. Buenas prácticas de coordinación en salud comunitaria. Informe SESPAS 2026. Gac Sanit. 2026;40 (Supl 1):102560, https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102560.
2. Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig AK, et al. Mechanisms that trigger a good healthcare response to intimate partner violence in Spain. Combining realist evaluation and qualitative comparative analysis approaches. PLoS One. 2015;10:e0135167, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135167.
3. Velasco S, Ruiz-Cantero M, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Publica. 2006;80:317–33.
4. Caldero M, Alfonso M, Barcelo I, et al. Acercamiento al malestar psicosocial de mujeres y hombres desde la atención primaria de salud. Arch Med Fam. 2008;10:137–43.
5. Rodríguez Benito L, Benedé Azagra CB, Cubillo Llanes J, et al. Prescripción social y recomendación de atención primaria: «el círculo de calidad». Rev Clin Med Fam. 2023;16:286–92.

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102680
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Carmen Vives-Cases [a,b,*] e Isabel Goicolea [c]

[a] *Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España*
[b] *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España*
[c] *Department of Epidemiology and Global Health, Umeå University, Umeå, Sweden*

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: carmen.vives@ua.es (C. Vives-Cases).