

Situación de las actividades comunitarias en el País Vasco

Trabajo Fin de Grado

Eztizen Bustamante Astray

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Escuela de Enfermería/Leioako Erizaintzako Eskola

Grado en Enfermería

Tutora: Elena Rodríguez Álvarez



Leioa, a 15 de Mayo de 2013

ÍNDICE

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. Objetivos, hipótesis y metodología.....	9
3. Resultados.....	12
3.1. Actividades comunitarias en España.....	12
3.2. Actividades comunitarias en la Comunidad Autónoma del País Vasco..	17
4. Discusión.....	24
5. Bibliografía.....	29

Resumen

La modificación de estilos de vida conlleva beneficios muy importantes para la salud. Estos estilos de vida generan un innecesario sufrimiento y una sobrecarga de los sistemas de salud desproporcionada y evitable. Es por ello, que la mayoría de las actividades de Promoción de la Salud realizadas en España, se centran en una modificación a unos hábitos más saludables. Se está abandonando el modelo bio-médico centrado en los problemas de salud y en el consejo individual y se está apostando por aquellas actividades de carácter grupal, favoreciendo el autocuidado y la participación comunitaria al mismo tiempo que se aumenta la calidad de vida, el bienestar y la autoestima. El objetivo de este trabajo es describir la situación de las actividades comunitarias desarrolladas en el País Vasco en relación a las realizadas en el resto del estado español.

Sin embargo, aunque sí se realizan actividades, no es habitual el registro de éstas, sobretodo en el caso del País Vasco donde la diferencia es elevada puesto que las actividades registradas son 6 mientras que las facilitadas por el Gobierno Vasco suman un total de 127. Además, hay una gran mayoría de actividades que no disponen de todas las características: población diana, área de actuación, objetivo, centro de salud.... Debido a esto, la valoración en cuanto a efectividad de estas intervenciones se torna difícil.

Palabras clave: Promoción de la Salud, actividades comunitarias, estilos de vida, participación comunitaria, País Vasco.

Abstract

The change in lifestyles brings very important benefits to the health. These lifestyles generate an unnecessary suffering and a disproportionate and avoidable additional load to the health systems. That is why most of Health Promotion activities made in Spain are focused on healthier lifestyles. The biomedical model centered on health issues and individual advice is being given up and it's beating on those group activities, which promote the self-care and the community participation while the quality of life, people's well-being and the self-esteem get bigger. The objective is to describe the situation of the community activities in the Basque Country in relation with those made in Spain.

Although it is true that the community activities are being realized, it is not usual to register them. This can be proved in the case of the Basque Country where both, the difference between the registered activities and those provided by the Basque Government is enormous, 6 to 127 respectively. Besides, there are a lot of community activities which do not reflect the bullseye population, the field of action, the objective, the outpatients clinic...Due to both, the incomplete information and the fact that the community interventions are not being registered, it's complicated to evaluate the efficacy of that programmes.

Key words: Health Promotion, community activities, lifestyles, community participation, Basque Country.

1. INTRODUCCION

De Alma Ata a la política de Salud 21 de la región europea de la OMS

El marco de referencia teórico en el que hoy se ubican los sistemas sanitarios, es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud (PS) de la OMS (OMS, 1981) que se definió tras la Conferencia de Alma Ata (1978). Posteriormente, en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, celebrada en mayo de 1998, se acuerda la “*Política de Salud para Todos para el siglo XXI*”, en la que se establece como objetivo principal conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. La política correspondiente a la región europea, conocida como Salud21 (OMS, 1999) incluye las estrategias para garantizar que las políticas de salud giren en torno a consideraciones no sólo científicas y económicas, sino también sociales y políticas. De esta manera, el principal objetivo permanente de la política Salud21 para la Región Europea de la OMS, es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud, considerando dos metas principales. La primera meta, es la de promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida, y la segunda, reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

En la política de Salud21 se definen 21 objetivos de Salud para Todos como marco de desarrollo de las políticas sanitarias de la Región Europea para afrontar las necesidades en salud en este siglo (Cuadro 1) y además se sugieren las acciones necesarias para conseguir mejorar el estado de salud de las poblaciones. Entre las acciones recomendadas para los países, destacan: 1) la Atención Primaria de Salud orientada a la Comunidad y a la familia con carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta; 2) las estrategias multisectoriales para hacer frente a los determinantes de la salud, teniendo en cuenta las perspectivas culturales, sociales, económicas, físicas y de género, y garantizando la utilización de la evaluación del impacto sanitario; 3) un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo, así como a nivel comunitario y nacional y que promueva la toma de decisiones, la aplicación y la responsabilidad conjunta. Así, se identifican como elementos claves en las

estrategias de acción recomendadas por la OMS la participación comunitaria y la promoción de la salud.

Cuadro 1. Objetivos recogidos en el Documento de la Región Europea de la OMS, 1999.

OBJETIVOS DE SALUD21
1. Solidaridad para la salud en la Región Europea
2. Equidad en salud
3. Iniciar la vida en buena salud
4. La salud de los jóvenes
5. Envejecer en buena salud
6. Mejorar la salud mental
7. Reducir las enfermedades transmisibles
8. Reducir las enfermedades no transmisibles
9. Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes
10. En entorno físico sano y seguro
11. Una vida más sana
12. Reducir los daños producidos por alcohol, drogas y tabaco
13. Escenarios para la salud
14. Responsabilidad multisectorial en relación con la salud
15. Un sector sanitario integrado
16. Gestionar para una atención sanitaria de calidad
17. Financiar servicios sanitarios y asignar recursos
18. Desarrollar recursos humanos para la salud
19. Investigación y conocimiento para la salud
20. Movilizar agentes para la salud
21. Políticas y estrategias para la salud de todos

La participación comunitaria, es considerada no solo un medio necesario sino también un instrumento imprescindible para abordar los problemas de salud desde una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud y enfermedad (OMS, 1991). En el informe sobre la salud en el mundo 2008 de la OMS, “*la AP como más necesaria que nunca*”, el equipo de AP se convierte en el mediador entre la comunidad y los demás niveles del sistema de salud, ayudando a las personas a orientarse en el laberinto de los sistemas de salud y movilizando el apoyo de otros centros como lo son los sanitarios, las organizaciones, las asociaciones de autoayuda y apoyo a las personas con problemas de salud crónicos y discapacitadas (Daufí Subirats, 2009).

La promoción de la salud se describe como un *proceso*, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, así como la capacidad de los grupos o comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*: conductas individuales orientadas a la salud y uso de los servicios sanitarios, condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios (OMS, 1986). Está ampliamente aceptado que una gran parte de los problemas de salud, están condicionados por los estilos de vida de

la población, así como por condiciones del ámbito social y cultural. Los elementos clave para una promoción de salud eficaz relacionados con la salud son la existencia de una *agenda política* que favorezca la existencia de entornos que faciliten en los ciudadanos la toma de decisiones saludables, así como la elaboración y desarrollo de normas legislativas que apoyen profesional y socialmente tal posibilidad y un proceso activo de *capacitación de grupos, agentes y personas* de la comunidad.

Por último, cabe señalar que, según la IUHPE (2000), existe evidencia científica suficiente, para afirmar que esta estrategia contribuye a la mejora de la salud y la prevención de enfermedades tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

El desarrollo de actividades de promoción de la salud y de actuaciones preventivas es uno de los pilares sobre los que se fundamentan la organización y el trabajo de los equipos de atención primaria. La Organización Mundial de la Salud considera imprescindible la participación y responsabilidad de las comunidades para el desarrollo de su salud, y a la atención primaria orientada a la familia y la comunidad como una de las principales estrategias de actuación. Dado el aumento de la demanda y de la sobrecarga asistencial y que además están relacionados con las enfermedades crónicas, entre otras cosas por el cambio demográfico de la población, son necesarias estrategias centradas en la comunidad (Ruiz-Giménez y Domínguez, 2006).

Tipos de Intervención comunitaria

Los cuatro tipos más frecuentes de intervención desde la atención primaria de salud incluyen: 1) el consejo/información, entendido como una intervención breve dirigida a las personas usuarias, aprovechando una consulta profesional, de demanda o programada; 2) la educación individual, entendida como una serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario; 3) la educación grupal o colectiva que incluye una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de personas, pacientes, usuarias o, pertenecientes a colectivos concretos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre

la salud; 4) promoción de la salud que aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el aspecto de salud de que se trate. Además de la educación para la salud, incluye otro tipo de estrategias como son la información y comunicación a través de los medios de comunicación social, acción social y medidas políticas técnicas o económicas.

La atención de salud convencional incluye las intervenciones de consejo/información y la educación individual que no sólo son menos eficaces, sino que constan de una serie de deficiencias como son: la atención inversa, esto es, las personas con más medios (cuyas necesidades en la mayoría de los casos son menores) son las que más atención consumen y sin embargo las que disponen de menos medios son las que menos consumen; la atención empobrecedora ya que mucha población tiene que costearse la atención sanitaria; la atención fragmentada ya que la excesiva especialización de los trabajadores de atención de salud y centrarse excesivamente en el control de enfermedades impiden que se adopte un enfoque holístico; la atención peligrosa por no garantizar las condiciones de seguridad e higiene necesarias y por último, la orientación inadecuada de la atención, es decir, la asignación de recursos va dirigida a los servicios curativos cuando resultaría más económico incidir en aquellas actividades de prevención primaria y promoción de la salud (Daufí, 2009). Sin embargo, las actividades comunitarias se incluyen en las intervenciones de educación grupal y las de promoción de la salud. Ambas intervenciones pueden ser realizadas conjuntamente, ya que al completar la intervención de educación grupal con otra estrategia de promoción de salud, facilita el abordaje de las distintas necesidades y factores en cada área que se trate, tanto personales como del entorno social (Cofiño et al, 2007).

Áreas de intervención comunitaria

La política de Salud 21 de la región europea de la OMS (1999), definió 21 objetivos de Salud para todos como marco de desarrollo de las políticas sanitarias de la Región Europea para afrontar las necesidades en salud en este Siglo XXI. En este documento se enfatiza la prevención y promoción de la salud y cita como áreas prioritarias de intervención las transiciones vitales, los problemas de salud, los estilos de vida, la salud mental, los accidentes, las personas en exclusión social y los tóxicos. Las intervenciones de salud competen, mayoritariamente, a los centros de salud. Las dirigidas a estilos de

vida, incluyen con frecuencia a otros sectores y las que con mayor frecuencia incluyen a diferentes sectores son las intervenciones sobre las transiciones vitales. En los últimos años se ha pasado de trabajar en intervenciones para afrontar los problemas de salud, a trabajar también los estilos de vida y las transiciones vitales, lo cual se corresponde mejor con las prioridades marcadas por la OMS y los distintos organismos internacionales. Incorporar actividades de promoción de salud, significa ofertar servicios que incluyan alguna combinación de los diferentes tipos de intervenciones, incluyendo objetivos de equidad en salud (Pérez Jarauta et al., 2010).

Contenidos a trabajar en las intervenciones comunitarias

El avance biopsicosocial, tanto a la hora de analizar las necesidades como de intervenir en educación y promoción de la salud es evidente. Se ha pasado de trabajar en contenidos exclusivamente informativos (por ejemplo, qué es la diabetes, síntomas, diagnóstico y tratamiento) a incluir distintos aspectos psicosociales relacionados con la toma de decisiones, la aceptación de la enfermedad, el apoyo social o el aumento de la capacidad de autocuidado (Pérez Jarauta et al., 2010).

En la Comunidad Autónoma Vasca dentro de los Objetivos Corporativos del Plan de Gestión Anual de las Comarcas sanitarias de Osakidetza, en el Objetivo estratégico de Continuidad asistencial ínterniveles en una de las líneas de actuación se habla de establecer acuerdos con Ayuntamientos, Diputación y Asociaciones para mejorar la continuidad asistencial.

Así mismo, el Mapa de Procesos de las Unidades de Atención Primaria en el apartado de los procesos asistenciales recoge el de Intervención Comunitaria (PR 01.15) cuyo objetivo es realizar actividades programadas para intervenir sobre problemas de salud, orientadas hacia grupos de población en los que se ha observado mayor riesgo de padecer el problema; con el objetivo de disminuir su exceso de riesgo, con el alcance inicial de captar las necesidades de intervención y el final de evaluar los resultados (Osatzen, 2010-2014).

2. OBJETIVOS, HIPOTESIS Y METODOLOGIA

2. 1. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es describir la situación de las actividades comunitarias desarrolladas en el País Vasco en relación a las realizadas en el resto del estado español, en las que participan los equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud.

Para la consecución de este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las características de las actividades realizadas, o que hayan sido registradas en la Red de Actividades Comunitarias, en España.
2. Identificar las características de las actividades realizadas, tanto las registradas como las no registradas en la Red de Actividades Comunitarias en la Comunidad Autónoma Vasca.
3. Identificar la situación de las actividades comunitarias en la Comunidad Autónoma Vasca, respecto a las del resto de las Comunidades del Estado.

2.2. Hipótesis

Las hipótesis principales de las que partió este trabajo fueron:

1. Las actividades comunitarias han tenido en España un lento pero continuo desarrollo en los últimos años.
2. Las actividades comunitarias han tenido en la Comunidad Autónoma Vasca un lento, continuo y desigual desarrollo en los últimos años.
3. En la Comunidad Autónoma Vasca se realizan intervenciones, pero no tienen la suficiente visibilidad, quedando la información sobre ellas en la mayoría de las ocasiones restringida al entorno del Centro de Salud en el que se realizan.

2.3. Metodología

La promoción de la salud constituye un área de conocimiento que engloba actuaciones de muy diversa naturaleza e implica a un gran número de agentes, no solo del campo de la salud. En este trabajo se recogió información sobre las intervenciones realizadas desde los servicios de salud, o en colaboración con ellos, en la Comunidad Autónoma Vasca y en el resto de Estado español, para la modificación de estilos de vida que habían sido llevadas a cabo o estuvieran en funcionamiento durante el periodo desde 1997 hasta 2012.

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, el proceso de obtención de información incluyó:

- a) Identificación de los organismos y asociaciones susceptibles de realizar intervenciones comunitarias o de promoción de la salud.
- b) Contacto con diferentes agentes para recoger, mediante cuestionario, diseñado ad hoc, las características de las intervenciones que realizaban.

El trabajo de campo se desarrolló de noviembre del 2012 a marzo del 2013 e incluyó las siguientes fases:

1) Identificación de los organismos y asociaciones susceptibles de realizar intervenciones de promoción de la salud. Se estudiaron, a través de sus páginas web, diferentes organismos y asociaciones susceptibles de contener información sobre las actividades buscadas e incluyeron:

- *Departamento de Sanidad y Osakidetza* (<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net>) y (<http://www.osakidetza.euskadi.net>).
- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES)* (<http://www.sipes.msc.es/>);
- *Red de Actividades Comunitarias del Programa de Actividades comunitarias en Atención Primaria (RAC del PACAP)* (<http://www.pacap.net>)
- *Observatorio de Salud en Asturias* (<http://www.obsaludasturias.com/obsa/>)

2) Contacto con los diferentes agentes implicados en actividades de promoción de salud. Con el objetivo de recoger intervenciones no identificadas en la fase

anterior se contactó, mediante un cuestionario diseñado *ad hoc*, con diferentes agentes para completar las características de las intervenciones que realizaban.

Criterios de inclusión. Se consideró razón suficiente de inclusión la presencia de alguna de las características mencionadas a continuación: actividades de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes dirigidas a promover la salud; actividades grupales dirigidas a incrementar la calidad de vida y el bienestar social; actividades que trabajen potenciando las capacidades de las personas y los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Criterios de exclusión. Se consideró razón suficiente de exclusión la presencia de alguna de las características mencionadas a continuación: acciones dirigidas al diagnóstico o la prevención de un problema concreto sin participación activa de la población diana y las acciones que incluyeran consultas individuales aunque fueran de promoción de salud.

Se elaboró una ficha de recogida de información de cada actividad que incluía: el tipo de intervención, la CCAA, el municipio, el Centro de Salud implicado, el área de actuación, la población diana, los objetivos y los sectores participantes.

3. RESULTADOS

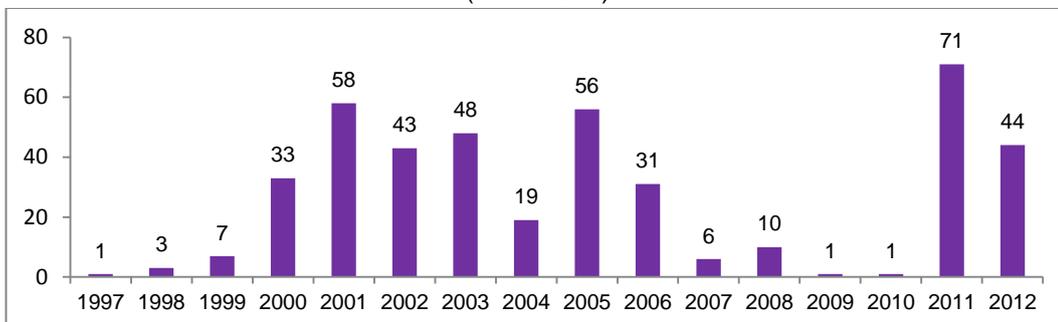
Se describen a continuación las actividades comunitarias identificadas, en primer lugar se abordarán las realizadas en España y luego se describirán las realizadas en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3.1. Actividades Comunitarias en España

Se han podido identificar un total de 726 actividades, de la cuales 599 se han identificado a partir de las recogidas en la Red de Actividades Comunitarias (RAC) del PACAP y en el Observatorio de Salud en Asturias. El resto de actividades, 127 en total, se corresponden con actividades de la CAPV identificadas a través de la Subdirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

El año de adscripción de las actividades, solo está disponible en 435 (72,6%) de las 599 actividades registradas en el Estado, por lo que hay 164 actividades que no tienen registrado el año de adscripción (Gráfico 3.1). Los años con mayor número de actividades registradas se corresponden con el 2001, el 2005 y el 2011 con 58, 56 y 71 actividades respectivamente.

Gráfico 3.1. Distribución del número de actividades, según la fecha de adscripción (1997-2012)



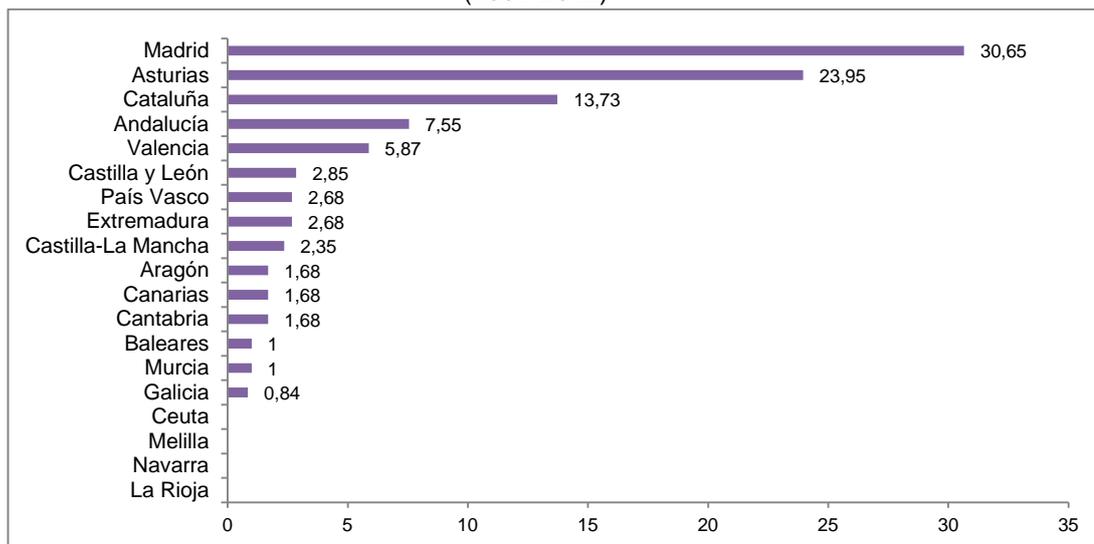
Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP

Si se tiene en cuenta las CCAA en las que se han realizado las actividades comunitarias, se puede observar que Madrid es la Comunidad Autónoma que más actividades comunitarias registradas tiene (30,5%), seguida de Asturias (24,2%) y Cataluña (13,6%). Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla no tienen ninguna actividad registrada en la RAC. (Gráfico 3.2).

En cuanto a los municipios en los que han tenido lugar las actividades comunitarias identificadas en el ámbito estatal, se observa que se han realizado

en un total de 145 municipios, lo cual corresponde al 1,8% del total de los municipios de España. La CA con mayor número de municipios implicados es Asturias con 27 municipios, seguida de Cataluña con 23 (Tabla 3.1). El municipio que más actividades ha registrado es Madrid con un total 127, seguido de Gijón y Oviedo con 37 y 28 actividades respectivamente.

Gráfico 3.2. Distribución porcentual de las actividades en las Comunidades Autónomas (1997-2012)



Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP

Tabla 3.1. Distribución del número y porcentaje de municipios de todas las CCAA, con actividades comunitarias registradas en la RAC (1997-2012)

Comunidad Autónoma	Nº total de Municipios	Nº Municipios con actividades registradas	% Municipios con actividades registradas
Andalucía	771	18	2,33
Aragón	731	3	0,41
Asturias	78	27	34,6
Baleares	67	3	4,48
Canarias	88	6	6,81
Cantabria	102	5	4,90
Castilla-La Mancha	919	8	0,87
Castilla-León	2.248	6	0,27
Cataluña	946	23	2,43
Comunidad Valenciana	771	14	1,80
Extremadura	385	1	0,26
Galicia	315	3	0,95
La Rioja	731	0	0,00
Madrid	179	18	10,0
Navarra	272	0	0,00
País Vasco	251	7	2,80
Región Murcia	45	3	6,67
Ciudades de Ceuta y Melilla	2	0	0,00
Total	8.117	145	

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP

En cuanto a los Centros de Atención Primaria, han registrado sus actividades 209, es decir, ha participado el 7,24% de los centros de Atención Primaria de España, aunque hay 102 actividades que no tienen registrado el centro de Atención Primaria que participa (17%).

Madrid es la provincia que tiene más centros de atención primaria con actividades registradas en la RAC donde el centro de salud de General Ricardo tiene registradas 12 actividades, el centro de salud de Eloy Gonzalo tiene registradas 9 y otras 9 el centro de salud de Vicente Soldevilla. También tiene 9 actividades registradas el centro de salud de El Progreso, localizado en la provincia de Badajoz.

Si se atiende al área de actuación en la que se basan las intervenciones comunitarias (Tabla 3.2), se tiene que la mayoría de las registradas se enmarcan dentro de los estilos de vida, con actividades que intentan modificarlos (72,8%). El área de transiciones vitales que incide sobre ciertas etapas de la vida como son la edad escolar, la adolescencia, la maternidad, la menopausia y la vejez supone el 38,6% de las actividades. Las intervenciones sobre problemas de salud, en los que se incluyen todas las enfermedades crónicas, así como la violencia de género y la dependencia suponen el 12% de las actividades. Las intervenciones en exclusión social suponen el 5,7% de las actividades y se incluyen actuaciones con personas usuarias de drogas, con personas inmigrantes, minorías étnicas y con mujeres en situación de prostitución. Las áreas de actuación menos frecuentes son las centradas en personas con discapacidad (1,8%) y las incluidas dentro de la accidentabilidad (1,7%) (Tanto accidentes de tráfico como accidentes domésticos).

Tabla 3.2. Áreas de actuación de las intervenciones identificadas en el total de las CCAA (1997-2012)

ÁREAS DE ACTUACIÓN	N	(%)*
Estilos de Vida	436	72,8
Transiciones vitales	231	38,6
Problemas de salud	72	12,0
Tóxicos	38	6,3
Exclusión social	34	5,7
Salud Mental	32	5,3
Discapacidad	11	1,8
Accidentalidad	10	1,7
Otras	43	7,2

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP

*Algunas actividades se dirigen a más de un área de actuación por lo que la suma es mayor de 100

Respecto a la población diana a la que se han dirigido las actividades, en la tabla 3.3 se recogen las intervenciones realizadas según los grupos poblacionales. Según los datos que ofrece la Red de Actividades Comunitarias del PACAP, el 20,2% de las intervenciones han sido dirigidas a la población general, el segundo grupo al que con más frecuencia se han dirigido las intervenciones es a los adolescentes y jóvenes (12,7%), seguidos de la población infantil y escolar (7,7%). Sin embargo, cabe destacar, que si se tiene en cuenta todas las actividades dirigidas a la mujer, ya sea en su situación de madres, a mujeres sin especificar o en las diferentes etapas vitales, como la menopausia o el embarazo y postparto éstas alcanzan un 14%, representando por tanto la población diana en la que más actividades se han realizado.

Tabla 3.3. Intervenciones identificadas según la población diana en el total de las CCAA (1997-2012)

POBLACIÓN DIANA	N	(%)*
Población general	121	20,2
Por grupos de edad		
Población infantil y escolar	46	7,7
Jóvenes y adolescentes	76	12,7
Adultos	30	5,0
Mayores de 65 años	50	8,3
Mujeres en diferentes situaciones vitales		
Mujeres embarazadas y postparto	17	2,8
Madres y padres	20	3,3
Mujeres en la menopausia	27	4,5
Mujeres sin especificar	20	3,3
Personas con enfermedades		
Personas diabéticas	24	4,0
Personas con problemas de salud mental	20	3,3
Personas con otras enfermedades crónicas	15	2,5
Personas hipertensas	6	1,0
Personas con enfermedades respiratorias	8	1,3
Personas obesas	5	0,8
Personas con fibromialgia	3	0,5
Personas con adicción al tabaco	16	2,7
Personas que dan apoyo a otras		
Personas cuidadoras	22	0
Profesionales	20	0
Familiares	3	0
Poblaciones en riesgo		
Población en exclusión	1	0
Personas Inmigrantes	17	6,2
Personas usuarias de drogas	5	0,8
Minorías étnicas	9	1,5
Mujeres en situación de prostitución	2	0,3
Personas con alguna discapacidad	9	1,5
Otra población diana sin identificar	33	5,5

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP
*Algunas actividades tienen más de una población diana por lo que la suma es mayor de 100

Respecto a los agentes que han participado en la realización de las actividades comunitarias los resultados se recogen en la tabla 3.4. Se puede observar que han participado un gran número de agentes en la consecución de las actividades comunitarias.

Tabla 3.4. Tipos de agentes que han participado en las actividades comunitarias registradas en la RAC en el total de las CCAA (1997-2012)

AGENTES		Nº	(%)*
SERVICIOS NO SANITARIOS	Servicios Sociales	52	8,7
	Educación	27	4,5
	Medios de comunicación	20	3,4
	Educadores y centros de profesorado	13	2,2
	Centros Culturales	9	1,5
	Centros de día y de Personas Mayores	8	1,4
	Policía	4	0,7
	Centro de Recursos	3	0,5
	Centros de la Mujer y de la juventud	3	0,5
	Mediadores	2	0,4
	Centros de Educación para Adultos	1	0,2
	Monitores de Actividad Física o Cocina	1	0,2
	Centro de Alzheimer	1	0,2
	Restaurantes	1	0,2
ENTIDADES CÍVICAS	Asociación de Vecinos	18	3,0
	Asociación de Madres y Padres	15	2,5
	Cáritas y Parroquias	11	1,9
	Asociaciones Deportivas	11	1,9
	Asociaciones de Enfermos	10	1,7
	Cruz Roja	9	1,5
	Asociación de Mujeres	6	1,0
	Asociaciones de Personas Usuarias de Drogas	6	1,0
	ONG	5	0,8
	Asociaciones de Minorías Étnicas y de inmigrantes	4	0,5
	Voluntarios	3	0,5
	Asociaciones de Personas Discapacitadas	3	0,5
	Asociaciones de la 3ª Edad	2	0,4
	Consejos Escolares	2	0,4
	Asociaciones de Inmigrantes	2	0,4
	Asociaciones Culturales	2	0,4
	Asociación de Amas de Casa	2	0,4
	Líderes Comunitarios	1	0,2
	Sociedades Científicas	2	0,4
	Otras Asociaciones y fundaciones	35	5,8
ADMINISTRACIONES	Ayuntamiento	99	16,6
	Gobierno Autónomo y Central	7	1,2
SECTORES SANITARIOS	Centros de Salud	466	77,8
	Salud Pública	10	1,7
	Hospitales	9	1,5
	Servicios de Salud Mental	6	1,0
	Farmacias	3	0,5
	Centro de Personas Usuarias de Drogas	2	0,4
	Otros	23	3,8
	No está registrado	31	5,2

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP
 *En algunas actividades interviene más de un agente por lo que la suma es mayor de 100

Dentro de los Servicios no Sanitarios destacan por su mayor participación los Servicios Sociales (8,7%), el sector de la educación (4,5%) y los medios de comunicación (3,4%). En cuanto a las entidades cívicas, entre los agentes con mayor participación se incluyen las Asociaciones de Vecinos (3,0%) y las Asociaciones de Madres y Padres (2,5%). Destacar también la participación en las actividades comunitarias de entidades no gubernamentales como Cáritas, Cruz Roja, etc.

El Ayuntamiento es la Administración que con mayor frecuencia ha participado, ya que el 16,6% del total de actividades cuenta con su colaboración. Y, por último, dentro del sector Sanitario, son los Centros de Atención Primaria los que están registrados en el 77,8% de las actividades.

Si se tiene en cuenta los objetivos planteados en las actividades se observa que la mayoría de las actividades tiene como objetivo el de mejorar la calidad de vida y bienestar de una comunidad o territorio (184), seguido de capacitar a la comunidad para que opte por comportamientos más saludables (en 163 intervenciones) y el de transmitir información sanitaria (en 82 intervenciones). (Tabla 3.5).

Tabla 3.5. Distribución de los objetivos planteados en las intervenciones (1997-2012).

OBJETIVOS	N	(%)*
Aumentar la capacidad de autocuidado de la población	56	9,3
Capacitar a la Comunidad para que opte por comportamientos más saludables	163	27,2
Constituir un Consejo de Salud	5	0,8
Desarrollar un programa para solucionar un problema concreto	56	9,3
Evaluar la efectividad de un programa	6	1,0
Identificar recursos de la comunidad	11	1,8
Identificar o priorizar problemas o necesidades	25	4,2
Mejorar la calidad de los Servicios Sanitarios	16	2,7
Mejorar la calidad de vida o bienestar de la población o territorio	184	30,7
No queda claro cuál es el objetivo	39	6,5
Realizar una acción intersectorial	26	4,3
Transmitir información sanitaria	82	13,7
Otros	47	7,8

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP
 *Algunas actividades tienen más de un objetivo por lo que la suma es mayor de 100

3.2. Actividades Comunitarias en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)

La CAPV se sitúa en séptimo lugar a nivel estatal con 16 actividades registradas. Sin embargo, se ha podido conocer a través de datos proporcionados por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, a través de la Subdirección de Asistencia Sanitaria, que además de las registradas en la Red de Actividades Comunitarias del PACAP, existen otras 127 actividades realizadas en la CAPV.

Son 7 los municipios de la CAPV, los que han registrado actividades en la Red de Actividades Comunitarias del PACAP, es decir, sólo el 2,8%. Destacan los municipios de Bilbao y Vitoria-Gazteiz, (que se corresponden con las capitales de las provincias) como los municipios con más actividades registradas dentro de la Comunidad, con 5 actividades cada una (Gráfico 3.4).

Gráfico 3.3. Número de actividades comunitarias registradas en la CAPV, según municipio (1997-2012)



Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP

Si se tiene en cuenta el total de actividades de las que se ha podido disponer de información (las registradas y las no registradas en la RAC) se puede observar que más de la mitad de las actividades de la CAPV (60,8%), han tenido lugar en Bizkaia y la mayoría de éstas en Comarca Interior (25,1%). La Comarca Araba presenta un 38,4% del total de actividades de la CAPV (Tabla 3.6).

La CAPV cuenta con un total de 308 Centros de Salud y Consultorios. Han registrado actividades en la RAC 5 centros de salud del Área Sanitaria de Araba, de los 50 centros con los que este Área cuenta (10%). Han registrado actividades en la RAC 5 centros de salud del Área Sanitaria de Bizkaia, de los 169 centros con los que cuenta (2,9%). Por último, han registrado actividades en la RAC 2 centros de salud del Área Sanitaria de Gipuzkoa, de los 89 centros con los que este Área cuenta (2,2%) (Tabla 3.7).

Tabla 3.6. Distribución de las actividades identificadas en la CAPV, por Comarca Sanitaria.

AREAS SANITARIAS	COMARCAS SANITARIAS	Registradas en la RAC		No registradas en la RAC		Total	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
ARABA	<i>Araba</i>	7	43,7	47	37,0	54	37,8
BIZKAIA	<i>Ezkerraldea-Enkarterri</i>	0	0	24	18,9	24	16,8
	<i>Bilbao</i>	5	31,3	15	11,8	20	14,0
	<i>Interior</i>	2	12,5	34	32,1	36	25,1
GIPUZKOA	<i>Uribe Kosta</i>	0	0	7	5,5	7	4,9
	<i>Guipuzkoa Este</i>	2	12,5	0	0	2	1,4
	<i>Gipuzkoa Oeste</i>	0	0	0	0	0	0
Total		16	100	127	100	143	100

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP y del departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Tabla 3.7. Distribución de los centros de salud con actividades identificadas en la CAPV, por Área Sanitaria.

ÁREAS SANITARIAS	Nº Total de centros de Salud	Registradas en la RAC		No registradas en la RAC	
		Nº Centros de Salud con actividades	% Centros de Salud con actividades	Nº Centros de Salud con actividades	% Centros de Salud con actividades
ARABA	50	5	10,0	20	40,0
BIZKAIA	169	5	2,9	43	25,4
GIPUZKOA	89	2	2,2	0	0
Total	308	12	-	63	-

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP y del departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Dentro del Área Sanitaria de Araba, destaca el centro de salud de Olarizu ya que es el que más actividades registradas tiene en la RAC, con 3 actividades. (Tabla 3.8). Sin embargo, si se tiene en cuenta los centros de salud que han realizado actividades, aunque no estén registradas en la RAC, se tiene que son 20 los centros de salud de Araba los que han realizado actividades y en ellos se han realizado un total de 47 actividades.

En las Comarcas de Salud de Bizkaia se observa también, una gran diferencia entre los centros de salud con actividades registradas en la RAC y aquellos con actividades realizadas, pero no registradas, proporcionados por el Departamento

de Salud del Gobierno Vasco. Así en la RAC, solo aparecen 7 actividades realizadas en 5 centros de salud (Tabla 3.9).

Sin embargo, aquellos con actividades realizadas pero no registradas, suman un total de 41 y en ellos se han realizado 80 intervenciones. Es la Comarca Interior la que más intervenciones ha realizado, y en la que aparecen los centros de salud de Amorebieta, Lekeitio y Galdakao con más número de intervenciones realizadas (6, 5 y 5 actividades respectivamente).

En las Comarcas de Salud de Gipuzkoa, aparecen solo el centro de salud de Irún y Eskoriatza con una actividad en la RAC cada uno y no se han podido extraer datos de otras actividades realizadas en estas comarcas (Tabla 3.10).

Tabla 3.8. Distribución de los centros de salud con alguna actividad registrada y no registrada en la RAC, en la comarca Araba.

REGISTRADAS EN LA RAC			NO REGISTRADAS EN LA RAC		
CS con actividades	Nº actividades	% actividades	CS con actividades	Nº actividades	% actividades
Abetxuko	1	14,3	Abetxuko	1	2,1
Labastida	1	14,3	Aranbizkarra I	1	2,1
Salcedo	1	14,3	Aranbizkarra II	2	4,2
San Martin	1	14,3	Casco Viejo	3	6,4
Olarizu	3	42,8	Gazalbide	3	6,4
			La Habana	2	4,2
			La Rioja	1	2,1
			Lakua Arriaga	3	6,4
			Lakuabizkarra	2	4,2
			Llanada	1	2,1
			Montaña	2	4,2
			Norte-Legutiano	2	4,2
			Nortezuya	3	6,4
			Olaguibel	3	6,4
			Olarizu	5	10,6
			San Martin	1	2,1
			Sansomendi	5	10,6
			Valles I	3	6,4
			Valles II	2	4,2
			Zaramaga	2	4,2
Total	7	100	Total	47	100

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP y del departamento de Salud del Gobierno Vasco

Tabla 3.9. Distribución de los centros de salud con alguna actividad registrada y no registrada en la RAC, en las comarcas de Bizkaia.

	REGISTRADAS EN LA RAC			NO REGISTRADAS EN LA RAC		
	CS	Nº actividades	% actividades	CS	Nº actividades	% actividades
BILBAO	Altamira	2	28,5	Altamira	1	1,25
	Ariz	2	28,5	La Merced	2	12,5
	Alonsotegi	1	14,3	Alonsotegi	1	1,25
	Rekalde	1	14,3	Gazteleku	2	2,50
	Santutxu	1	14,3	Otxarkoaga	3	3,75
				Begoña	1	1,25
				Bolueta	1	1,25
				Casco Viejo	2	2,50
				Indautxu	1	1,25
				Bombero Etxaniz	1	1,25
INTERIOR				Basauri- karea	3	3,75
				Etxebarri	2	2,50
				Galdakao	5	6,25
				Lekeitio	5	6,25
				Gernika	1	1,25
				Matiena	1	1,25
				Aiara	4	5,00
				Amorebieta	6	7,50
				Arratia	2	2,50
				Gernikaldea	3	3,75
URIBE KOSTA				Bermeo	2	2,50
				Algorta	1	1,25
				Alango	1	1,25
				Las Arenas	1	1,25
				Gorliz-Plentzia	1	1,25
				Sopelana	1	1,25
EZKERRA-ENKARTERRI				Mungia	1	1,25
				Txorierra	1	1,25
				San Vicente	1	1,25
				Urban	4	5,00
				Rontegi	1	1,25
				Gueñes	1	1,25
				Ortuella	2	2,50
				Castaños	1	1,25
				Kabiezes	3	3,75
				Mamariga	3	3,75
				Trapaga	1	1,25
				Muskiz	2	2,50
				Balmaseda	1	1,25
			Karranza	1	1,25	
			Zalla	3	3,75	
Total		7	100	Total	80	100

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP y del departamento de Salud del Gobierno Vasco

Tabla 3.10. Distribución de los centros de salud con alguna actividad registrada y no registrada en la RAC, en la comarca Gipuzkoa.

REGISTRADAS EN LA RAC			NO REGISTRADAS EN LA RAC		
CS	Nº actividades	% actividades	CS	Nº actividades	% actividades
Eskoriatza	1	50	-	0	0
Irún	1	50	-	0	0
Total	2	100	Total	0	0

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP y del departamento de Salud del Gobierno Vasco

En cuanto al área de actuación, la más destacable siguen siendo también las enfocadas en los estilos de vida al igual que en el resto del Estado, ya que el 48,2% de las actividades intervienen en este área (Tabla 3.11). En segundo lugar, como en el resto del Estado, se sitúan las actividades que se centran en las transiciones vitales (26,6%), con un porcentaje muy similar a aquellas actividades dirigidas a hábitos tóxicos (25,2%).

Tabla 3.11. Áreas de actuación de las intervenciones identificadas en la CAPV registradas y no registradas (1997-2012)

	Actividades Registradas en la RAC		Actividades No registradas en la RAC		Total	
	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*
Estilos de Vida	12	75	57	45,0	69	48,2
Transiciones Vitales	7	1,1	31	24,4	38	26,6
Tóxicos	2	0,3	34	26,7	36	25,1
Problemas de Salud	3	0,5	19	15,0	22	15,4
Salud Mental	0	0	9	7,1	9	6,3
Exclusión Social	1	0,1	4	3,1	5	3,5
Accidentalidad	0	0	0	0	0	0
Discapacidad	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP y del departamento de Salud del Gobierno Vasco

*Algunas actividades intervienen en más de un área por lo que la suma es mayor de 100.

En la CAPV la población diana a la que se dirigen normalmente las actividades, teniendo en cuenta las actividades registradas y las no registradas, es a la población incluida dentro de tabaquismo (24,5%). La segunda población diana más abordada son los jóvenes y adolescentes (8,4%). Las actividades dirigidas a mujeres en general suman un total del 15,4%. No hay ninguna actividad dirigida a personas con fibromialgia ni a mujeres en etapa climatérica ni a profesionales y tampoco a personas en riesgo de exclusión como usuarios de drogas, mujeres en situación de prostitución o personas con discapacidad. (Tabla 3.12).

Tabla. 3.12. Intervenciones identificadas según la población diana en la CAPV registradas y no registradas (1997-2012)

	Actividades Registradas en la RAC		Actividades No Registradas		Total	
	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*
Población general	2	12,5	7	5,5	9	6,3
Por grupos de edad						
Población infantil y escolar	1	6,2	2	1,6	3	2,1
Jóvenes y adolescentes	1	6,2	11	8,7	12	8,4
Adultos	2	12,5	0	0,0	2	1,4
Mayores de 65 años	2	12,5	4	3,1	6	4,2
Mujeres en diferentes situaciones vitales						
Mujeres embarazadas y postparto	1	6,2	5	4,0	6	4,2
Madres y padres	1	6,2	6	4,7	7	4,9
Mujeres en la menopausia	0	0	0	0	0	0,0
Mujeres sin especificar	0	0	9	7,1	9	6,3
Personas con enfermedades						
Personas diabéticas	1	6,2	9	7,1	10	7,0
Personas con problemas de salud mental	0	0	9	7,1	9	6,3
Personas con otras enfermedades crónicas	1	6,2	5	4,0	6	4,2
Personas hipertensas	0	0	1	0,8	1	0,7
Personas con enfermedades respiratorias	1	6,2	2	1,6	3	2,1
Personas obesas	0	0	1	0,8	1	0,7
Personas con fibromialgia	0	0	0	0,0	0	0,0
Personas con adicción al tabaco	2	12,5	33	26,0	35	24,5
Personas que dan apoyo a otras						
Personas cuidadoras	0	0	2	1,6	2	1,4
Profesionales	0	0	0	0,0	0	0,0
Familiares	0	0	1	0,8	1	0,7
Poblaciones en riesgo						
Población en exclusión	0	0	0	0,0	0	0
Personas Inmigrantes	1	6,2	3	2,3	4	2,8
Personas usuarias de drogas	0	0	0	0,0	0	0,0
Minorías étnicas	0	0	1	0,8	1	0,7
Mujeres en situación de prostitución	0	0	0	0,0	0	0,0
Personas con alguna discapacidad	0	0	0	0,0	0	0,0
Otra población diana sin identificar	0	0	19	15,0	19	13,3

Fuente: Elaboración propia según datos de la Red de Actividades Comunitarias del PACAP.

*Algunas actividades tienen más de una población diana por lo que la suma es mayor de 100.

DISCUSIÓN

El presente trabajo constituye una aproximación a las actividades comunitarias realizadas en España y en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde 1997 hasta 2012. Además se han identificado las principales áreas de actuación, la población diana, el año de adscripción, los sectores que participan, los objetivos de dichas actividades, los centros de salud implicados y los municipios.

Las actividades comunitarias identificadas se han llevado a cabo en el 7,24% de los Centros de Atención Primaria de España, aunque hay 102 actividades que no tienen registrado el Centro de Atención Primaria que participa. Resultados que parecen indicar que la implantación de las actividades comunitarias no está muy extendida en los centros de salud y a menudo se desarrolla por el voluntarismo de los profesionales (Soler Torroja, 2005). Razones que influyen en este hecho apuntadas por algunos autores incluyen, el desinterés de las administraciones sanitarias, la resistencia de los profesionales a realizar actividades preventivas y los cambios en los modelos de participación de las entidades ciudadanas (Gutierrez et al., 2004; Irigoyen, 2004).

Las redes de actividades comunitarias o de promoción de la salud han sido la fuente más importante para identificar actividades comunitarias en este estudio, particularmente la RAC y el Observatorio de Salud en Asturias. Eso nos hace pensar que pueden ser una fuente importante de difusión y de intercambio de experiencias en este ámbito. Los resultados parecen indicar que hay diferentes estrategias de difusión de las actividades comunitarias a nivel autonómico. Madrid, Asturias y Cataluña han optado por visibilizar sus actividades registrándolas en la RAC y en el Observatorio de Salud en Asturias. Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla no tienen ninguna actividad registrada en la RAC, aunque la bibliografía recoge que Navarra, tiene una amplia experiencia en el ámbito del trabajo comunitario en salud y parece que se ha centrado más en la elaboración de materiales (Echauri y Pérez 2002; March et al., 2011) que en la difusión de las propias actividades.

En el País Vasco es en la comarca sanitaria de Araba, en la que más actividades comunitarias se han registrado, y en las de Gipuzkoa en la que menos. Un estudio del 2003 en el País Vasco pretendía conocer la implantación de las actividades comunitarias en la APS de Osakidetza (Gutierrez et al., 2004)

entendiendo estas de una manera muy abierta, ya que se consideraban como actividades comunitarias las intervenciones individuales en consulta. El principal resultado fue que el 51% de los equipos de atención primaria que respondieron afirmaron haber participado en alguna actividad. Esto nos permite afirmar que, en general, no es habitual registrar las actividades comunitarias que se realizan en los Centros de Atención Primaria, resultados que coinciden con los obtenidos por otros autores, que señalan un subregistro de las actividades comunitarias en España (Cofiño et al., 2005; Martín-García, et al., 2006; Soler et al., 2007; March et al., 2011). Según estos autores, en la CAPV se habían registrado solo seis actividades comunitarias hasta el año 2007, cifra que según los resultados de este trabajo ha aumentado hasta dieciséis en el año 2012, lo que configura a la CAPV, según los registros, como una de las comunidades con menos actividades comunitarias registradas. Sin embargo según los resultados obtenidos en este trabajo el número de actividades realizadas es de 127, lo que nos indica que las intervenciones comunitarias si se realizan pero no se registran. Esto corrobora la hipótesis de que la información sobre ellas está, en la mayoría de las ocasiones, restringida al entorno del Centro de Salud. Los motivos podrían estar relacionados con varios factores como la falta de tiempo, de tradición investigadora, de revistas de la especialidad, y de unidades de apoyo metodológico a profesionales (March et al., 2011). Es por ello, que este es uno de los aspectos que según se recoge en la literatura deberían mejorarse, de forma que queden reflejadas las actividades de promoción de la salud, no solo en la RAC sino también en publicaciones científicas, al igual que se realiza en los países anglosajones (Ruiz-Jiménez Aguilar et al., 2006).

Es de destacar la baja participación de las instituciones y los sectores no sanitarios en las intervenciones comunitarias. La estrategia de la OMS “Salud para Todos en el siglo XXI” (OMS, 1999) aboga por el trabajo intersectorial y la participación de la ciudadanía en la salud, por lo que esta falta de participación de los diferentes agentes con potencial para actuar sobre la salud de las poblaciones sugiere cierta pobreza de las actividades realizadas, que debería ser evaluada. Esta falta de participación tiene factores estructurales dentro del sistema sanitario, la administración en general, los profesionales y también los ciudadanos (Irigoyen, 2004).

Las tres áreas de intervención más frecuentes en educación y promoción de salud incluyen: 1) los problemas de salud, especialmente procesos crónicos,

como diabetes, EPOC, o enfermedades cardiovasculares o artrosis, pero también procesos agudos o de media duración como lumbalgias; 2) los estilos de vida, como alimentación, ejercicio físico, manejo del estrés, gestión de riesgos y otros. 3) las transiciones vitales, como la infancia, la adolescencia, la vejez, maternidad o parentalidad, menopausia/madurez, envejecimiento o cuidar. (Pérez Jarauta et al., 2010). Esto coincide con las áreas de intervención identificadas en este trabajo tanto en el Estado español, como en la CAPV ya que en su mayoría son dedicadas a los estilos de vida y a las transiciones vitales. Según los datos recogidos en estudios anteriores (Aguiló Pastrana et al., 1999), el enfoque ha cambiado desde 1998 donde el área de actuación más frecuente a la que se dirigían las actividades era fundamentalmente la patología crónica específica seguido de las transiciones vitales. Por lo tanto, se podría decir que poco a poco se está abandonando el modelo bio-médico y centrándose más en un modelo bio-psico-social abordando las actividades desde los estilos de vida, el bienestar, la autoestima y el autocuidado.

La población diana a la que con más frecuencia se dirigen las actividades en el Estado español, es la población general y la adolescencia y juventud (20,2% y 12,7%). Sin embargo, en el País Vasco se aborda sobre todo el área del tabaquismo con el 24,5% de actividades, y la juventud y la adolescencia ocupan la segundo área más frecuente. Dentro de la adolescencia y la juventud la mayoría de las actividades se dirigen a transmitir información y mejorar la capacidad de tomar decisiones saludables en temas de sexualidad. Esto puede explicarse debido a que en España, la edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa en los 16,3 años de media (De Irala et al., 2011). Según concluyen algunos estudios, durante la adolescencia hay un gran desconocimiento acerca del embarazo, la anticoncepción y las vías por las que se transmiten las Infecciones de transmisión sexual (Barella Balboa et al., 2002), lo que explicaría el alto porcentaje de intervenciones dirigidas a este grupo de edad centradas en una sexualidad responsable y saludable.

El segundo tema en importancia que con más frecuencia se aborda en la población adolescente y joven son los tóxicos. La actuación sobre los tóxicos en la población más joven, al igual que para las actuaciones sobre la sexualidad puede ser explicado por la edad de inicio en el consumo de tóxicos. En 2010 las sustancias que se comenzaban a consumir a más temprana edad eran el tabaco, el alcohol y las sustancias volátiles, cuyas edades medias de inicio se situaron

entre los 13 y 14 años. A pesar de que han tenido una evolución estable, la edad de inicio para el consumo de sustancias sigue siendo muy temprana (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010).

Es destacable las escasas actividades dirigidas a las personas en riesgo de exclusión social, sobre todo a mujeres en situación de prostitución (0,3%), personas usuarias de drogas (0,8%) y a personas con discapacidad (1,5%). En la CAPV no aparece ninguna actividad dirigida a estos grupos poblacionales, lo que podría ser explicado debido a que las intervenciones en estos grupos poblacionales son llevadas a cabo por las organizaciones de la sociedad civil que en la CAPV cuentan con una larga trayectoria y compromiso social.

En este estudio, resulta relevante el hallazgo de que son las mujeres la población diana a la que más se dirigen las actividades y en la CAPV la segunda población diana más frecuente. Esto puede ser debido a que hay un claro predominio de las mujeres como cuidadoras informales en nuestro medio (García-Calvente et al., 2004). La dedicación a tareas de cuidado tiene consecuencias tanto físicas como psicológicas debido a que las personas cuidadoras experimentan una sensación generalizada de cansancio o desgaste físico así como problemas emocionales tales como frustración, estrés o ansiedad. Además las mujeres refieren un incremento en la utilización de los servicios sanitarios y mayor uso de medicamentos (Julve Negro, 2006).

Este trabajo tiene una serie de limitaciones. La primera de ellas es que la fuente de obtención de los datos a nivel estatal solo ha sido el PACAP a través de su web lo que supone una infravaloración de las actividades. Otra de las limitaciones a las que se ha enfrentado este trabajo es que muchas de las actividades registradas en la web no están completas en cuanto al año de adscripción, municipios, población diana, centros de salud y objetivos. Por último, de las actividades de la CAPV no registradas en la red y proporcionadas por el Gobierno Vasco no se han podido extraer apartados como objetivos, las entidades que participan en la consecución de las mismas o en algunos casos, la población diana a la que van dirigidas, lo cual impidió la comparabilidad de los resultados.

A pesar de las limitaciones mencionadas, en este trabajo se ha podido comprobar que la difusión, bien sea por revistas científicas o por la RAC, de las

actividades comunitarias realizadas en todo el Estado no es habitual, y lo es aún menos en la CAPV, lo que supone que en la mayoría de los casos no es posible demostrar la efectividad de las intervenciones. Según algunos informes, en España existe una carencia de investigación sobre la eficacia de las intervenciones para la promoción de la salud a diferencia de en los países anglosajones (Soler et al., 2007; March et al., 2011). Además, en este estudio se ha podido constatar que las áreas de actuación han pasado de centrarse en un problema de salud concreto a centrarse en la promoción de hábitos de vida saludables, con el fin de o bien prevenir enfermedades o retrasar síntomas o mejorar la calidad de vida de las personas. Es decir, queda reflejado el cambio del modelo bio-médico dominante hasta el siglo XX al modelo bio-psico-social. Este modelo permite a las personas expresar sus preocupaciones más importantes, favorece la expresión de las creencias y expectativas sobre su salud, facilita la expresión emocional e implica a las personas en su salud (Borrell i Carrió, 2002).

Finalmente como recomendación y teniendo en cuenta que el Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro de los requisitos que establece para incluir un procedimiento en la Cartera de Servicios considera como criterio de exclusión que dicho procedimiento no evidencie su eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable, uno de los pasos que sería necesario para incorporar las actividades comunitarias de carácter grupal dentro de la Cartera de Servicios, es comenzar registrando todas aquellas actividades así como evaluaciones de las mismas. Esta inclusión en la cartera de servicios ya se está contemplando en la CAPV desde el desarrollo de la estrategia para la cronicidad en Euskadi.

BIBLIOGRAFÍA

Aguiló Pastrana E, López Martín M. (1999). Actividades Comunitarias desde la Atención Primaria: Descripción, análisis y reflexiones. Disponible en:
http://www.procc.org/pdf/AP2.Actividades_comunitarias_desde_AP.1er_Encuentro_PAC_AP..pdf

Barella Balboa JL, Mesa Gallardo I, Cobeña Manzorro M. (2002). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Medicina de Familia. 4:255-260

Borrell i Carrió F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Medicina Clínica. 119: 175-179.

Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S et al. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿Realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. Atención Primaria. 35(9):478-483.

Daufí Subirats C. (2009). Informe sobre la salud en el mundo 2008 de la Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. Disponible en:
http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/11/documentos_2.pdf

De Irala J, Osorio A, Carlos S et al. (2011). Mean age of first sex: Do they know what we mean? Archives of Sexual Behavior. DOI 10.1007/s10508-011-979-4

Departamento de Sanidad y Osakidetza (<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net>) y (<http://www.osakidetza.euskadi.net>).

Echauri M, Pérez Jarauta MJ. (2002). Estilos de Vida. Promoción de la salud. Acciones colectivas y comunitarias. Pamplona: Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública.

García Calvente MM, Mateo-Rodríguez et al. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria.18: 83-92.

Gutierrez M, Azpeitia ME, Vergara I. (2004) Actuar con la comunidad... ¿Una asignatura pendiente en Osakidetza?. Comunidad. 7:63-77.

Irigoyen J. (2004). Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. Comunidad.; 7:73-79.

IUHPE. 2000. La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Disponible en:
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_1.pdf

Julve Negro M. (2006). Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002330.pdf

March Llull S. (2009). Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Disponible en:
<http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/investigacion.pdf>

March S, Ramos M, Soler M, et al. (2011). Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 43: 289-296.

Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 20:192-202.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES) (<http://www.sipes.msc.es/>)

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2010). Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria (ESTUDES), 1994-2010. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Ata. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1981). Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1991). Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1999) Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoide M. (2010). Avanzar en educación para la salud grupal. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_avanzar.pdf

Ramos M, March S, Soler M, et al. (2009). Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*. Especial Congreso 1. 23:(37)

Red de Actividades Comunitarias del Programa de Actividades comunitarias en Atención Primaria (RAC del PACAP). Disponible en: <http://www.pacap.net>

Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. (2006). Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria* 38:421-424.

Soler M, March S, Ramos M, et al. (2008). Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>.

Soler Torroja M. (2005). Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Atención Primaria*. 36:355-357.