

PROYECTO PROGRESO

**Un Sistema Sanitario participado
para el desarrollo integral del
Modelo de Atención Primaria**

Equipo de Atención Primaria

Centro de Salud El Progreso. Badajoz



09

*“Podemos definir la salud como aquella manera de vivir
autónoma, solidaria y alegre”*

J. Gol Gurina

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. LA COMUNIDAD DE LA ZONA DE SALUD EL PROGRESO	6
3. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	9
4. MISIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	10
5. VISIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	11
6. PROYECTO PROGRESO: OBJETIVOS	12
6.1 OBJETIVO GENERAL	12
6.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS A COMPARTIR CON LA CIUDADANÍA.....	12
6.3 OBJETIVOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	12
6.4 OBJETIVOS A CONSEGUIR CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA	12
7. ACCIONES DESARROLLADAS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS Y RESULTADOS OBTENIDOS ...	13
7.1 CON LA CIUDADANÍA.....	13
7.2 EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	16
7.3 CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.....	19
8. DIFICULTADES.....	21
9. CONCLUSIONES PARA LA SOSTENIBILIDAD E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO PROGRESO ..	22
9.1 PARA LA COMUNIDAD Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	22
9.2 PARA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.....	22
10. ANEXOS	23
11. BIBLIOGRAFÍA	31

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro marco profesional, es obligado hacer referencia a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), realizada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978 que preconizaba la implementación de la salud de los pueblos mediante el desarrollo de la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedad a través de la participación comunitaria, así como la Asistencia en la enfermedad y la Rehabilitación, cuando las anteriores han fracasado. En nuestro país este marco conceptual se ha visto ratificado por la Ley General de Sanidad en 1986, y por sucesivas disposiciones legales que lo han revalidado.

Después del XXX aniversario de aquel histórico evento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en periódicas Conferencias Mundiales ha instado al desarrollo estancado de la Atención Primaria, ponderando la necesaria reorientación de la misma hacia la Promoción de Salud y las Acciones Comunitarias para la Salud: Ottawa 86, Yakarta 97, Estrategia de la OMS para la salud en siglo XXI; Informe de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, UIPES, etc. En todas ellas se contempla la Promoción de la Salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y se ratifica que la participación de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud, haciendo referencia al concepto de empoderamiento para la salud.

El modelo preconizado en Alma Ata concibe la salud desde una perspectiva biopsicosocial, como un proceso de relaciones dinámicas, en cuyo lugar de encuentro confluyen diferentes factores, para cuyo abordaje se precisa de la coordinación de múltiples recursos, porque una buena parte de los determinantes están fuera del sector salud. Pero en nuestra realidad, como fruto de la formación curricular recibida, el paradigma biomédico de salud ha impregnado todas las actuaciones del sistema sanitario, tanto para los gestores como para todos los profesionales de la salud. Desde el modelo biomédico se entienden la salud y la enfermedad como problemas individuales de una maquinaria biológica que se puede reparar de manera fragmentaria, se margina la prevención, la promoción de la salud y la salud pública; se piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que las causas, en las razones individuales antes que las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. El modelo secuestra al sujeto que pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las élites profesionales y a la alta tecnología. Este marco conceptual como referente nos ha incapacitado para el desarrollo de los presupuestos de salud biopsicosocial preconizados en Alma Ata.

Hoy nos encontramos en APS con un hipertrofiado desarrollo del modelo asistencial de ingente inversión en recursos humanos, tecnológicos y farmacéuticos al servicio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades, con escasa o nula promoción de salud y participación ciudadana, en el que se ha potenciado la dependencia de las personas del sistema sanitario y se ha provocado un aumento irresponsable, exigente y pasivo de la demanda asistencialista, y un constante e incontrolable aumento del gasto sanitario que hacen dudar a muchos de la sostenibilidad del actual nivel de prestaciones en un sistema sanitario universal y gratuito.

Todo ello nos ha situado en un callejón sin salida ante la incapacidad de dar respuestas más eficientes a las multifactoriales causas de los problemas de salud en el complejo mundo de hoy. A manera de conclusión decimos que la salud está enferma y el desarrollo de la Promoción de la Salud ha de ser una reacción al fracaso del modelo actual siendo necesaria la construcción de alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud.

El Proyecto Progreso nace con vocación de retomar el norte perdido, y lo hace partiendo de la experiencia acumulada en años de trabajo en la comunidad con múltiples intervenciones educativas puntuales pero no transformadoras. Parte también de la formación adquirida para llevar a cabo actividades de promoción y prevención con participación ciudadana a través del Programa de Actividades

Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) y de la metodología comunitaria desarrollada en el Proceso Comunitario Margen Derecha del Guadiana(PCMDG), que asesora el experto Marco Marchioni.

Se trata de desplegar los presupuestos de un modelo biopsicosocial de salud que integre la cooperación de todos los protagonistas de la comunidad. Definiendo a modo de introducción el Proyecto de trabajo, podemos decir que el desafío pasa por potenciar la Comisión Comunitaria de Salud, como el espacio de coordinación de todos los protagonistas de la comunidad: las instituciones, los múltiples pero descoordinados recursos técnicos y la ciudadanía, para compartir con ellos la responsabilidad de la salud individual y comunitaria, cada uno desde el papel que le corresponde. Se pretende impulsar el equilibrio de las Funciones Asistenciales con las de Promoción y Prevención capaz de dar respuestas no medicalizadas a la población.

Entendemos que este Proyecto haría posible un Sistema Participado de Salud más racional en el que prevalezca la salud comunitaria como un bien defendido desde el compromiso coordinado de todos los protagonistas de la comunidad y facilitaría una progresiva reconversión de las actuales demandas asistencialistas ciudadanas hacia una autonomía más crítica y responsable que contribuya a un sistema sanitario sostenible.

El propio Servicio Extremeño de Salud, que actualmente no incorpora las Actividades Comunitarias en su Cartera de Servicios, contempla en su Plan de Salud 2005-2008 el apartado llamado Sistema Sanitario Participado que pretende avanzar sobre la participación comunitaria.

Este documento es una actualización de la propuesta de trabajo formulada e iniciada por el Equipo de Atención Primaria iniciada en 2005 y que pretende revisar el camino recorrido, su implementación y sostenibilidad así como posibilitar su reproductibilidad en cualquier contexto de la Atención Primaria.

2. LA COMUNIDAD DE LA ZONA DE SALUD EL PROGRESO

La comunidad donde se desarrolla este Proyecto está asentada en la Zona de Salud El Progreso (Badajoz). Se encuentra situada geográficamente en el norte de la ciudad de Badajoz, estando delimitada al sur por la vía del tren que la separa de la zona de salud San Fernando y comprende los siguientes sectores: Santa Engracia, Nueva Luneta, Gurugú, Progreso-Complejo Campomayor y la U.V.A.

En la **figura1** y en la **tabla 1**, se recogen las características demográficas de la población de la zona de El Progreso

Figura 1. Pirámide de Población de El Progreso

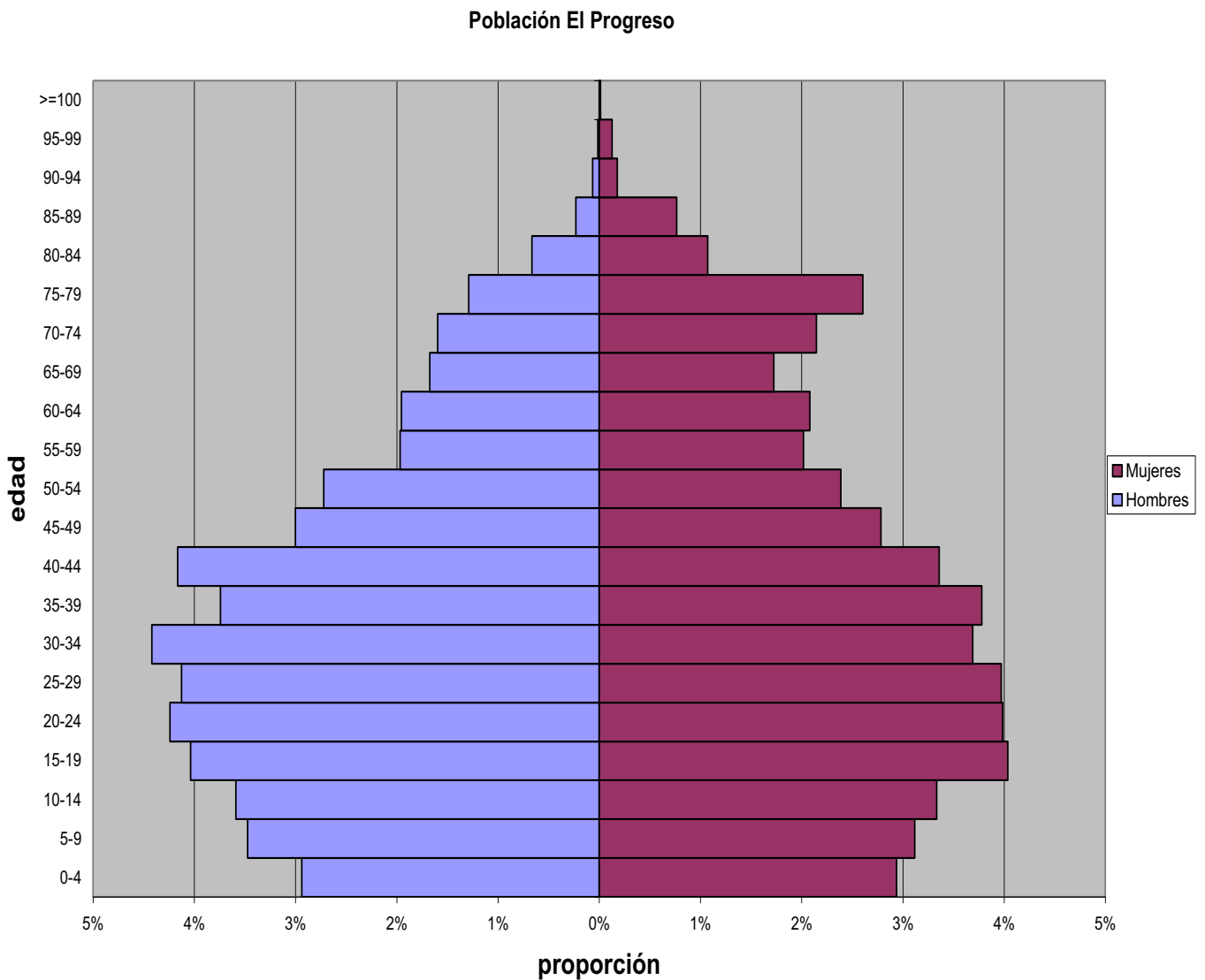


Tabla 1. Población de la Zona de Salud El Progreso. Distribución por edades

Franjas de Edad	Hombres	Mujeres	Total
00-04	230	230	460
05-09	272	244	516
10-14	281	261	542
15-19	316	316	632
20-24	332	312	644
25-29	323	311	634
30-34	346	289	635
35-39	293	296	589
40-44	326	263	589
45-49	235	218	453
50-54	213	187	400
55-59	154	158	312
60-64	153	163	316
65-69	131	135	265
70-74	125	168	293
75-79	101	204	305
80-84	52	84	136
85-89	18	60	78
90-94	5	14	19
95-99	1	10	11
≥ 100	0	1	1
Totales	3907	3924	7830

Fuente de datos: Ayuntamiento de Badajoz (26/05/06)

Observamos que las mujeres a partir de 70 años, están presentes en mayor proporción que los hombres, situación que coincide con lo recogido en la literatura científica, debido a que la esperanza de vida es mayor en las mujeres.

También destaca la mayor proporción de varones en edades comprendidas entre 20 y 45 años (efectivo de población activa).

En la tabla 2 se describe la estructura de la población de El Progreso comparándola con las de la provincia de Badajoz, la Comunidad Autónoma y España.

Tabla 2. Estructura de la Población por edad

Franja de edad	España	Extremadura	Badajoz	El Progreso
0-19 años	19,71%	21,77%	22,80%	27,46%
20-64 años	63,39%	58,97%	59,05%	58,39%
> 65 años	16,90%	19,26%	18,15%	14,15%
> 80 años	4,21%	4,73%	4,37%	3,13%

España, Extremadura y Badajoz (año 2004), El Progreso (año 2006)
Fuente de datos: Plan Salud Extremadura 2005-2008. Ayuntamiento Badajoz

Al comparar la estructuras de la población por grupos de edad en España, Extremadura, Badajoz y El Progreso, podemos apreciar que los efectivos de jóvenes <20 años representa un porcentaje más alto en El Progreso que en el resto; sin embargo la población >65 años tiene más peso en España, Extremadura y Badajoz que en la zona de salud de El Progreso.

No encontramos grandes diferencias en la población activa (20-64 años) con respecto a Extremadura y Badajoz pero si lo comparamos con la población activa española, en ésta el porcentaje es mayor.

Hay que destacar que, según el índice de Fritz, se trata de una población madura; con un índice de envejecimiento y una intensidad de envejecimiento inferior a los de la provincia y la región. Sin embargo, presenta un índice de dependencia total superior al resto de comunidades de referencia, siendo éste a expensas de la población joven.

En los últimos años se ha producido un incremento importante de la población inmigrante en la zona de salud, fundamentalmente a costa de portugueses y marroquíes, representando actualmente el 3,8% de la población total de la zona. Interpretamos que esto podría deberse, entre otros factores a la precariedad laboral de este colectivo y al menor coste de las viviendas. También hay que destacar un alto número de población de etnia gitana asentada en las diferentes barriadas de la zona, el 5,70% del total de la población.

La mayoría de la población de las barriadas de Los Colorines, La Luneta y Grupo Sepes, constituye una bolsa poblacional caracterizada por la marginalidad y la exclusión social.

El nivel socioeconómico de la mayoría de la población es muy bajo, con una tasa de desempleo muy alta y con una importante población activa en precariedad laboral (sobre todo mujeres).

Con respecto al nivel cultural existe una alta tasa de analfabetismo absoluto y funcional de la población adulta.

3. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

El Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud El Progreso está constituido actualmente por los siguientes recursos humanos:

- 4 Médicos de familia.
- 1 Médico de familia a tiempo parcial que realiza la consulta del coordinador durante las dos horas diarias de liberación.
- 1 Pediatra.
- 4 Enfermeras de familia.
- 1 Enfermera pediátrica.
- 1 Enfermera contratada por FUNDESALUD como apoyo en el Proyecto Progreso.
- 1 Matrona un día a la semana
- 1 Trabajadora Social, dos días a la semana.
- 1 Auxiliar de Enfermería.
- 2 Auxiliares administrativos.
- 2 Celadoras (personal polivalente).

4. MISIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El EAP del centro de salud El Progreso tiene como misión mejorar el nivel de Salud de la población de la Comunidad de la zona de salud El Progreso a través de un desarrollo equilibrado de las funciones de Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Asistencia, Rehabilitación, Docencia e Investigación, desde un enfoque integral y abordaje multifactorial, con la participación activa de la población y con actuaciones a nivel Individual, Familiar y Comunitarias.

Para ello se compromete a:

1. Promover una responsabilidad compartida de la salud desde la participación activa de la ciudadanía, la coordinación de múltiples y diferentes recursos técnicos de la sociedad y la implicación de las instituciones.
2. Potenciar la autonomía y capacitación de las personas y grupos (empoderamiento) para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades, en la búsqueda de un Sistema Sanitario Participado con una vocación de sostenibilidad.
3. Formación permanente en intervención y dinamización social.
4. Aplicar para su desarrollo una metodología de intervención y participación comunitaria que supere el actual modelo biomédico.
5. Elaborar y revisar periódicamente el Proyecto de Centro, explicitándolo en un documento.

5. VISIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El EAP del centro de salud El Progreso pretende:

- Ser una referencia en el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud.
- Ser un Centro de Salud permanentemente preocupado por la innovación y el desarrollo científico de claro compromiso con la docencia y la investigación como instrumentos claves para el progreso cuantitativo y cualitativo de su proyecto de trabajo integral y en consecuencia, del bienestar de la comunidad de la zona de salud El Progreso.

6. PROYECTO PROGRESO: OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Equilibrar el desarrollo de las Funciones Asistenciales con las de Promoción y Prevención en Atención Primaria, para mejorar el nivel de salud con la participación activa de la comunidad.

6.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS A COMPARTIR CON LA CIUDADANÍA

1. Constituir un Órgano de Coordinación permanente con los protagonistas de la comunidad (Administración, Ciudadanía y Recursos Técnicos de la Zona de Salud).
2. Elaborar un Análisis de la Situación de Salud participado con la comunidad de manera periódica.
3. Priorizar los problemas o necesidades detectadas y programar y/o protocolizar las intervenciones priorizadas.
4. Abordar las intervenciones priorizadas a través del incremento gradual de Actividades de Promoción y Prevención de Salud, a expensas de tareas Asistenciales.
5. Utilizar para ello Talleres como metodología que favorece el proceso grupal participativo.
6. Fortalecimiento del tejido social existente.
7. Promover la creación de nuevo tejido asociativo que potencie la Ayuda Mutua.

6.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Disminuir la frecuentación en consulta a demanda en Medicina de Familia tanto en el centro de salud como en domicilio, así como de enfermos crónicos bien controlados y hacer un uso racional de la Atención Continuada.
2. Formación en Metodología de actividades comunitarias y abordaje de patologías banales por enfermería.
3. Sensibilizar periódicamente a la comunidad con el Proyecto Progreso: “Por un sistema sanitario participado”.
4. Desarrollar proyectos de investigación y/o conocimiento de la realidad siguiendo la metodología de investigación/acción participativa, y divulgarlos en la comunidad científica.
5. Coordinación para el apoyo recíproco con el Proceso Comunitario de la Margen Derecha del Gadiana.

6.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS A CONSEGUIR CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

1. Promover la inclusión de las Actividades Comunitarias en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
2. Facilitar al Equipo la formación en Metodología de trabajo comunitario.
3. Apoyar con recursos humanos temporales las necesidades del EAP para Actividades Comunitarias.
4. Promover la formación de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en todo lo relacionado con su perfil comunitario.
5. Informar anualmente del desarrollo del Proyecto a través de la elaboración de una Memoria anual que sirva de documento de trabajo con la administración Sanitaria.

7. ACCIONES DESARROLLADAS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

7.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS A COMPARTIR CON LA CIUDADANÍA

ACCIONES	RESULTADOS
<p>1. Constituir un Órgano de Coordinación permanente con los protagonistas de la comunidad: Administración, Ciudadanía y Recursos Técnicos de la Zona de Salud.</p> <p>1.1. Se contactó desde la apertura del Centro de Salud con representantes de la Administración Sanitaria, Recursos Técnicos Educativos, Sociales; Agentes Sociales (Sindicatos con implantación en la zona de salud) y representantes de los Colectivos Sociales de la zona para proponer la constitución de un Órgano de Coordinación permanente en la zona que integren a todos los protagonistas de la Comunidad. Funciona en base a relaciones horizontales y por consenso. Participan los profesionales en horario laboral para evitar voluntarismos.</p>	<p>1.1.A En Noviembre de 2005 se constituyó una Comisión Mixta denominada <i>Comisión Comunitaria de Salud (CCS)</i>.</p> <p>1.1.B. La CCS está integrada por representantes de los siguientes colectivos: Centros de Promoción de la Mujer, Asociaciones de Vecinos, AMPAS, Centros de Mayores, Asociaciones Juveniles, Guarderías infantiles, Comunidad Islámica, Parroquias Católicas, Comunidad Gitana, Servicios Sociales, Servicios Educativos, Empresarios, Sindicatos, Ciudadanos a título particular, Proceso Comunitario de la Margen Derecha del Guadiana, Centro de Salud y Gerencia del Área de Salud. Se está pendiente de la incorporación del Ayuntamiento.</p> <p>1.1.C. Se ha reunido en 26 ocasiones desde su constitución</p>
<p>2. Elaborar un Análisis de la Situación de Salud participado con la comunidad de manera periódica.</p> <p>2.1. La CCS planteó la elaboración de un Análisis de la Situación de Salud (ASS) como una investigación acción participativa y como documento de trabajo del EAP durante 5 años.</p>	<p>2.1.A. El ASS fue elaborado a lo largo de 2006 y presentado a la comunidad el 1 de Marzo del 2007. ASS en Carpeta Proyecto Progreso</p> <p>2.1.B. Participaron 145 personas entre Técnicos, Administración Sanitaria y Ciudadanos.</p> <p>2.1.C. Se ha divulgado el Análisis de la Situación de Salud en los colectivos ciudadanos de la zona.</p>

7.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS A COMPARTIR CON LA CIUDADANÍA

ACCIONES	RESULTADOS
<p>3. Priorizar los problemas o necesidades detectadas y programar y/o protocolizar las intervenciones priorizadas.</p>	
<p>3.1. Del total de problemas críticos recogidos en el ASS la CCS seleccionó 4 problemas de salud: “Malos hábitos alimentarios en la población”, “Consumo de alcohol y drogas en adolescente”, “Deficiente información sexual a los adolescentes” y “Soledad en los ancianos”.</p> <p>3.2. Siguiendo el método Hanlon se priorizó abordar mediante la programación en salud: “Malos hábitos alimentarios en la población”.</p> <p>3.3. En el ASS también se detectaron:</p> <p>3.3.1. Problemas de salud medioambientales: vaquerías y vertederos incontrolados de basura y ripios.</p> <p>3.3.2. Importantes deficiencias higiénico-sanitarias en los bares de la zona.</p> <p>3.3.3. Una alta prevalencia de tuberculosis pulmonar con respecto a la ciudad de Badajoz y la Comunidad Autónoma de Extremadura.</p> <p>3.4. Se decidió abordar el problema de la autoestima en las mujeres, espalda sana y las enfermedades respiratorias crónicas dada la alta prevalencia de patologías de base sicosocial, dorso-lumbalgia y EPOC detectadas en el ASS.</p>	<p>3.1.A. En Enero de 2010 se abrirá en el centro de salud una Consulta Joven sobre salud sexual, de dos horas los lunes en horario de tarde.</p> <p>3.1.B. Grupo de trabajo para protocolizar la creación de una red de voluntariado para acompañamiento a ancianos en soledad.</p> <p>3.2.A. Programa para la “Mejora de los hábitos alimentarios y del ejercicio físico en escolares y familias” de manera pilotada en un colegio de la Zona de Salud. Programa y Memoria en Carpeta Proyecto Progreso.</p> <p>3.3.1.A. Inspecciones periódicas por los veterinarios y farmacéuticos del EAP y entrevistas con el Concejal Delegado del Servicio de Limpiezas del Ayuntamiento de Badajoz.</p> <p>3.3.2.A. Inspección anual todos los bares de la zona con el fin de vigilar las condiciones higiénico-sanitarias y el cumplimiento de la Ley de prevención y control del tabaquismo.</p> <p>3.3.2.B. Reunión anual informativa con todos los dueños de bares y establecimientos de comestibles con el fin de recordar las normas vigentes respecto a los mismos.</p> <p>3.3.3.A. Estudio sobre la prevalencia de la infección latente tuberculosa en la población de 6 a 14 años de la zona de salud de El Progreso durante 10 años. Memoria en Carpeta Proyecto Progreso.</p> <p>3. 4.A. Durante el período 2007-2009, se han realizado 15 Talleres de promoción de la salud :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Talleres de “Promoción de salud en la Menopausia”. ○ 3 Talleres de “Autoestima” en los Centros de Promoción de la Mujer y Centro Social. ○ 1 Taller de “Risoterapia” con los tres Centros de Promoción de la Mujer y Centro Social. ○ 3 Talleres preventivos “Espalda Sana” en Centros de Promoción de la Mujer y Centro Social. ○ 3 Talleres con Enfermos Respiratorios Crónicos en el Centro de Salud. ○ 3 Talleres dentro del Programa “Mejora Hábitos Alimentarios” en un Colegio de la zona. Memorias en Carpeta Proyecto Progreso.

7.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS A COMPARTIR CON LA CIUDADANÍA

ACCIONES	RESULTADOS
4. Abordar las intervenciones priorizadas a través del incremento gradual de Actividades de Promoción y Prevención de Salud, a expensas de tareas Asistenciales.	
<p>4.1. Reorganización de las Agendas de enfermería, a expensas del horario asistencial, para realizar actividades de promoción y prevención.</p> <p>4.2. Medicina y enfermería dedicará dos horas a la semana en horario laboral de tarde a actividades comunitarias y de prevención.</p>	<p>4.1.A. La Agenda semanal de enfermería libera 2 horas en jornada de mañana y 2 horas por la tarde para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificación y ejecución de Talleres de promoción de la salud y participación comunitaria. <p>4.2.A. Medicina dedica 2 horas a la semana en horario de tarde para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campañas de divulgación del Proyecto Progreso. - Inspecciones de salud pública. - Otras actividades comunitarias.
5. Desarrollar Talleres de Salud con metodología favorecedora de procesos grupales participativos.	
<p>5.1. Se planifican Talleres de promoción de salud con metodología de aprendizaje significativo con adultos como espacios capacitantes hacia el empoderamiento en salud de la población.</p>	<p>5.1.A. Se han realizado 15 Talleres de promoción de la salud. <i>Ver punto 3.5.A</i></p>
6. Fortalecimiento del tejido social existente.	
<p>6.1. Adaptación del horario laboral profesional al horario de participación comunitaria de los colectivos para el desarrollo de los talleres en las sedes de los distintos colectivos sociales de la zona.</p>	<p>6.1.A. Ha aumentado una media de 6 nuevas afiliadas en cada uno de los tres Centros de Promoción de la Mujer.</p>
7. Promover la creación de nuevo tejido asociativo que potencie la Ayuda Mutua.	
<p>7.1. Se promueve la constitución de una asociación de familiares y enfermos respiratorios crónicos con los integrantes de los talleres que se realizaron en el centro de salud.</p>	<p>7.1.A. Se ha constituido en Junio de 2009 una asociación de familiares y enfermos respiratorios crónicos: "Asociación Respirabien".</p>

7.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA ACCIONES RESULTADOS

1. Disminuir la frecuentación en consulta a demanda en Medicina de Familia tanto en el Centro de Salud como en domicilio, así como de enfermos crónicos bien controlados y hacer un uso racional de la Atención Continuada.

1.1. Se informatizan las consultas (JARA, PIGPAP).

1.2. Se implanta la receta electrónica.

1.3. Se elaborarán protocolos de actuación para abordar:

- Las patologías que más demanda generan.
- La hiperfrecuentación, con la participación activa de mediadores comunitarios.
- Un uso responsable de los recursos sanitarios.
- La gestión de la demanda sin cita previa en las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería.

1.4. Se elabora un protocolo de actuación para el cribado de la demanda en Atención Continuada.

1.A. Se ha bajado de una frecuentación en consulta a demanda de 7,93 en el año 2006 a una frecuentación de 5,02 en el año 2008.

1.B. Respecto a los avisos a domicilio de una frecuentación de 1,96 en 2007 a una frecuentación de 1,06 en 2008. **Memoria EAP 2008 en Carpeta Proyecto Progreso.**

1.C. Las demandas administrativas han pasado de representar el 30% del total de las consultas a representar actualmente el 10% del total.

1.4.A. La Demanda Media durante los turnos de Atención Continuada está en 20 pacientes /día.

1.4.B. Las enfermeras realizan el cribado de las demandas durante la Atención Continuada según se consensuó en el protocolo elaborado por el EAP.

2. Formación en Metodología de Actividades Comunitarias y abordaje de patologías banales por enfermería.

2.1. Programa de formación continuada en actividades comunitarias de forma permanente en el EAP.

2.2. Reciclaje de enfermería en patologías banales, crónicas e interpretación de pruebas complementarias normales a través de la formación continuada intracentro.

2.3. Se imparten cursos de formación sobre Metodología en actividades comunitarias

2.1.A. Sesiones formativas trimestrales del EAP en Metodología para actividades comunitarias.

2.2.A. Sesiones formativas mensuales de enfermería sobre abordaje de patologías banales más prevalentes así como interpretación básica de pruebas complementarias.

2.3.A. Se han impartido 5 Cursos y 8 Talleres. **Anexo I.**

7.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA	
ACCIONES	RESULTADOS
3. Sensibilizar, periódicamente, a la comunidad con el Proyecto Progreso: “Por un sistema sanitario participado”.	
3.1. Se constituye un Grupo de Divulgación, dentro de la CCS, para informar permanentemente de todo lo relacionado con las actividades comunitarias generadas por el Proyecto Progreso.	3.1.A. Se elaboró un Plan informativo permanente en la CCS. Anexo II.
4. Desarrollar proyectos de investigación y/o conocimiento de la realidad siguiendo la metodología de investigación/acción participativa y divulgarlos en la comunidad científica.	
4.1. Elaboración de los siguientes proyectos: <ul style="list-style-type: none"> 4.1.1 Análisis de la situación de salud de la zona de salud El Progreso. 4.1.2 Análisis de la Situación de Salud de la población de 12 a 19 años de la Zona de Salud. 4.1.3. Análisis de la Situación de Salud de las mujeres de la Zona de Salud. 4.1.4. Morbilidad cardiovascular y su relación con las modificaciones del riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes hipertensos a lo largo de 10 años. 4.1.5. Prevalencia de la infección latente tuberculosa en la población de 6 a 14 años de la zona de salud El Progreso. 4.1.6. Investigación participativa para el Diagnostico Comunitario de la Margen Derecha del Guadiana. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.1.1.A. Análisis de la situación de salud de la zona de salud El Progreso. Terminado en diciembre de 2006. AAS en Carpeta Proyecto Progreso. 4.1.2.A. Análisis de la Situación de Salud de la población de 12 a 19 años de la zona de salud. Terminado en Junio 2009. 4.1.3.A. Análisis de la situación de salud de las mujeres de la Zona de Salud. Realizándose actualmente. 4.1.4.A. Presentado al PRI 2009 4.1.5.A. Financiado por la Consejería de Sanidad y Dependencia durante los años 2007 y 2008. Memoria en Carpeta Proyecto Progreso. 4.1.6.A. Financiado por la Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura.
4.2. Comunicaciones a Congresos y Jornadas	4.2.A. Comunicaciones a Congresos: Se han presentado 29 comunicaciones en diferentes foros. Anexo III

7.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA ACCIONES	RESULTADOS
---	------------

5. Coordinación para el apoyo recíproco con el Proceso Comunitario de la Margen Derecha del Guadiana.	
--	--

5.1. Coordinación del EAP con el Proceso Comunitario de la Margen Derecha: Comité Técnico Asesor, Núcleo Técnico y Núcleo del Grupo Comunitario como recursos de Salud.	5.1.A. Reuniones del Comité Técnico Asesor y Núcleo Técnico a las que han asistido un representante del EAP: Memorias EAP en Carpeta Proyecto Progreso.
---	--

5.2. Asistir a las sesiones formativas con el Asesor del PCMDG.	5.2.A. Sesiones formativas impartidas por el Asesor del PCMDG. Miembros del EAP que han asistido: Memorias EAP en Carpeta Proyecto Progreso.
---	---

7.3. OBJETIVOS ESTRATEGICOS A CONSEGUIR CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

ACCIONES	RESULTADOS
<p>1. Promover la inclusión de las Actividades Comunitarias en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.</p>	
<p>1.1. Solicitar permanentemente la inclusión de las Actividades Comunitarias en la Cartera de Servicios en todos los foros a los que se nos convoque.</p>	<p>1.1.A. El Grupo Extremeño del PACAP en el que están integrados varios miembros del EAP, ha elaborado y presentado a la Administración Sanitaria una propuesta de actividades comunitarias para la Cartera de Servicios del SES</p>
<p>2. Facilitar la Formación en Metodología de trabajo comunitario.</p>	
<p>2.1. Financiar la realización de: Talleres relacionados con la metodología de Procesos Comunitario.</p>	<p>2.1.A. Seminario formativo sobre Organización, Dinamización y Gestión de Asociaciones con la CCS y algunos protagonistas del PCMDG. Impartido por ACUDEX.</p>
<p>3. Apoyar con recursos humanos temporales las necesidades del EAP para Actividades Comunitarias</p>	
<p>3.1. Dado las cargas asistenciales que sufre el EAP y la necesidad de contar con una enfermera con un perfil comunitario, se ha solicitado a la Consejería de Sanidad (Dirección General de Formación) mantener la contratación de la enfermera que con este perfil está desarrollando su actividad en el EAP financiada por FUNDESALUD.</p>	<p>3.1.A. Renovación del contrato en los dos últimos años de una enfermera con perfil comunitario con dedicación exclusiva para la Promoción de la Salud y la Participación Comunitaria, fundamental para poder desarrollar con un mínimo de garantía el PROYECTO PROGRESO.</p>
<p>4. Promover la formación de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en todo lo relacionado con su perfil comunitario.</p>	
<p>4.1. Relación permanente con el PACAP, de la SEMFYC, con el fin de colaborar en las iniciativas que tome respecto a la docencia de los MIR de Familia.</p>	<p>4.1.A. Miembros del EAP y del PACAP imparten todos los años un taller a los MIR de 4º año de familia sobre “Cómo iniciar procesos de intervención/participación comunitaria desde un centro de salud”.</p> <p>4.1.B. A partir de Noviembre de 2009 se impartirá esta formación a 2 representantes de cada uno de los 5 centros de salud docentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UDMFYC) del Área de Salud de Badajoz.</p>

7.3. OBJETIVOS ESTRATEGICOS A CONSEGUIR CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

5. Informar del desarrollo del Proyecto a través de la elaboración de una Memoria anual que sirva de documento de trabajo con la Administración Sanitaria.

5.1. Elaboración anual por parte del Coordinador de un borrador de Memoria que será debatido y consensuado por el EAP.

5.1.A. Se han presentado las Memorias desde el año 2006 hasta el 2008. ***Memorias EAP 2006-2008 en Carpeta Proyecto Progreso.***

8. DIFICULTADES EN EL DESARROLLO ESTRATÉGICO DEL PROYECTO PROGRESO

- La Cartera de Servicios del SES implica una diversificación significativa de tareas y elevados estándares asistenciales, pero no contempla las Actividades Comunitarias como parte del perfil profesional en Atención Primaria.
- Las Agendas de trabajo no permiten registrar tramos horarios para el trabajo comunitario que realizamos.
- En la Zona de Salud predominan las familias con deficientes condiciones socioeconómicas y culturales, así como una alta tasa de pensionistas, muchos de ellos con multipatologías, que generan una elevada demanda asistencial.
- Equipo humano poco numeroso que sufre las consecuencias de la diversificación de tareas.
- Compaginar el desarrollo de las actividades comunitarias en horario laboral, requiere un ejercicio de constantes juegos malabares.
- La estructura física del centro de salud no reúne condiciones para la realización de tareas educativas.
- La planificación, desarrollo y documentación de todo lo que supone el Proyecto Progreso, genera una carga añadida para el equipo.
- Existe una desigual formación en metodología comunitaria entre los miembros del EAP.
- La repetida movilidad del personal de plantilla obliga a estar comenzando reiteradamente la formación.
- El Equipo de Atención Primaria sólo cuenta con una Trabajadora Social dos días a la semana.

9. CONCLUSIONES PARA LA SOSTENIBILIDAD E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO PROGRESO

9.1. PARA LA COMUNIDAD Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Es imprescindible la formación permanente de toda la Comisión Comunitaria de Salud en Educación para la Participación, a fin de dinamizar la implicación ciudadana en las intervenciones comunitarias de Promoción de la salud.
- El Análisis de la Situación de Salud Participado es el instrumento de cohesión de la Comisión Comunitaria de Salud. Es necesaria la actualización del mismo cada cinco años.
- Es preciso garantizar el desarrollo de Programas de Salud y/o Protocolos de actuación que den respuestas a los problemas/necesidades priorizados a corto, medio y largo plazo, de forma no medicalizada.
- Los Talleres de promoción de salud y las actividades preventivas con acción comunitaria habrán de generar nuevos Grupos de Ayuda Mutua y fortalecer el tejido asociativo existente.
- Un modelo participado de salud comunitaria es la única garantía para una progresiva reconversión de las actuales demandas asistencialistas ciudadanas hacia una autonomía más crítica y responsable que contribuya a un sistema de salud sostenible desde la coparticipación responsable de la comunidad.

9.2. PARA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

- Es preciso incluir las Actividades Comunitarias en la Cartera de Servicios para evitar el voluntariado de las mismas en los EAP, si no, estaremos ante iniciativas particulares no asumibles por la totalidad de los Equipos.
- Para equilibrar el desarrollo de las funciones asistenciales con las promocionales de todos los miembros del EAP, es necesario llevar a cabo el Protocolo de Consulta a Demanda por Enfermería diseñado por el SES, que contribuya a desmasificar las consultas médicas y liberar tiempos asistenciales de todos.
- Actualmente es inexcusable la presencia de la Enfermera con perfil comunitario contratada por FUNDESALUD para poder seguir desarrollando el Proyecto Progreso.
- A corto plazo es ineludible crear la figura del Responsable de Actividades Comunitarias en los EAP liberado de tareas asistenciales, con formación en Promoción de Salud y Participación Comunitaria para garantizar la sostenibilidad e implementación del Proyecto.
- En el EAP de EL Progreso, resulta imperioso contar con un profesional del Trabajo Social a tiempo total que dedique la mitad de la jornada laboral a Actividades Comunitarias.
- Se hace necesaria una decidida apuesta política y apoyo institucional para cristalizar el Proyecto Progreso y conseguir un impacto más significativo del mismo, es necesario ir implementando la cantidad y calidad de las intervenciones priorizadas, pasando de considerarlo un Proyecto innovador a ser un modelo de trabajo asumido íntegramente por la Administración Sanitaria.

ANEXO I

CURSOS Y TALLERES IMPARTIDOS RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS

AÑO	CURSO/TALLER	TÍTULO	IMPARTIDO	DURACIÓN
2006	Curso	Metodología en Actividades Comunitarias	Gerencia del Área de Salud de Badajoz	16 horas
2006	Taller	Actuación Comunitaria	IX Jornada Extremeña de Residentes de MF y C. Badajoz	6 horas
2006	Taller	Metodología en Actividades Comunitarias		6 horas
2006	Curso	Diplomado en Sanidad. Modulo VI	Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud	4 horas
2006	Taller	¿Por qué promover procesos de intervención y participación comunitaria desde los Centros de Salud?	VIII Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Barcelona.	2.30 horas
2006	Taller	Como iniciar actividades de intervención/participación comunitaria en un centro de salud	Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia. Valladolid	2 horas
2006	Curso-Taller	Metodología para iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un Centro de Salud	Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Don Benito-Villanueva	9 horas
2006	Curso	Introducción a la Metodología para iniciar un proceso de actividades comunitarias desde un Centro de Salud	Unidad Docente MF y C. Badajoz	16 horas
2007	Taller	Cómo iniciar actividades Comunitarias desde un Centro de Salud	IX Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Valladolid	3 horas
2007	Curso	Introducción a la Metodología para iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un Centro de Salud	Unidad Docente MF y C. Mérida	5 horas

AÑO	CURSO/TALLER	TÍTULO	IMPARTIDO	DURACIÓN
2007	Curso	La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales	Consejería de Bienestar Social, Juventud y Viviendas. Gobierno de Canarias. Las Palmas de Gran Canarias	2 horas
2008	Taller	Sistema Sanitario Participado	Semana Municipal de Participación Ciudadana y Desarrollo Comunitario. Mérida	4 horas
2008	Taller	Cómo iniciar procesos de intervención/participación comunitaria desde los centros de salud	Unidad Docente MF y C. Badajoz	16 horas
2009	Taller	Como hacer un Diagnostico de Salud participado	Jornadas de Actualización SemFYC-NOVARTIS	2 horas

ANEXO II

PLAN INFORMATIVO PERMANENTE DE LA COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD

CHARLAS DE DIVULGACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE LA TBC A LOS COLECTIVOS Abril-Mayo 2008

COLECTIVO	FECHA	Nº DE ASISTENTES
AA. JUVENILES	09-04-08	11 personas
C.P.M.	01-04-08	36 personas
MUJERES COLORINES	14-04-08	13 personas
AMPAS	16-04-08	22 personas
C, MAYORES	23-04-08	27 personas
A.A.V.V.	23-04-08	14 personas
PARROQUIAS/CÁRITAS	13-05-08	6 personas
COMUNIDAD ISLÁMICA	09-05-08	76 personas

CHARLAS DE DIVULGACIÓN SOBRE EL PROYECTO PROGRESO Y LA APERTURA DEL CENTRO EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

Febrero-Junio 2009

COLECTIVO	FECHA	Nº DE ASISTENTES
AAVV, CPM, AMPAS, PARROQUIAS CATÓLICAS Y CÁRITAS	18-02-09	36 personas
	4-02-09	49 personas
MAYORES	10-02-09	42 personas
ALUMNOS DE SECUNDARIA DEL IES SAN JOSÉ	15-05-09	24 personas
TÉCNICOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE	5-06-09	6 personas

**CHARLAS DE DIVULGACIÓN SOBRE LA GRIPE Y EL USO RACIONAL DE LOS SERVICIOS
Octubre-Noviembre 2009**

COLECTIVO	FECHA	Nº DE ASISTENTES
AAVV, CPM Y CIUDADANOS EN GENERAL	21-10-09	77 personas
AAVV, CPM Y CIUDADANOS EN GENERAL	21-10-09	5 personas
AMPAS Y CIUDADANOS EN GENERAL	28-10-09	11 personas
COLECTIVO GITANO	5-11-09	22 personas
COMUNIDAD ISLÁMICA	pendiente	

ANEXO III

COMUNICACIONES Y POSTERS PRESENTADOS EN DIFERENTES FOROS

- Cumplimos las normas técnicas mínimas en el seguimiento de los pacientes diabéticos. Póster

IX Jornadas extremeñas de residentes de MFyC . 2006

- Valoración según género del Riesgo Cardiovascular en Pacientes Hipertensos incluidos en Consulta Programada según los modelos de Framighan y Score”. Póster

IX Jornadas Extremeñas de Residentes de MFyC (2006).

- Valoración del Riesgo Cardiovascular en Pacientes Hipertensos incluidos en Consulta Programada según los modelos de Framighan y Score. Poster

IX Jornadas Extremeñas de Residentes de MFyC (2006).

- Prevalencia de la Obesidad y su Relación con el Riesgo Cardiovascular en una Cohorte de Pacientes Hipertensos Seguidos en Cuatro Consulta Programadas de Atención Primaria. Póster

XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna y del XX Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa Cántabra de Medicina Interna (2006)

- Prevalencia de Obesidad en Pacientes Hipertensos de un Centro de Salud Urbano. I Congreso Extremeño de Atención Primaria. Mérida. Mayo 2006.

- Valoración de los Factores de Riesgo Cardiovascular en una Población Hipertensa sin Eventos Cardiovasculares Previos.

Jornadas Transfronterizas Hispano-Lusas de Medicina Interna. 2006.

- Complimentación del tratamiento hipotensor y control de la hipertensión en diabéticos según recomendaciones de las guías clínicas. Póster

I premio de comunicación póster.

X jornadas extremeñas de residentes de MFyC. Mérida. Abril 2007.

- Evaluación de la Complimentación de las Recomendaciones de la ATP-III para el Tratamiento Hipolipemiante de Pacientes Hipertensos Diabéticos.

X Jornadas Extremeñas de Residentes de MFyC. Mérida. Abril 2007.

- Participación Ciudadana. Una decisión saludable. Comunicación

2º Seminario-Coloquio del ciclo “La Salud como clave Social”. Consejería de Sanidad y Consumo. FUNDESALUD. Mérida. Mayo 2007

- Estudio de la situación de salud de las mujeres en la Zona de Salud El Progreso (Badajoz). Póster.

IX Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en (PACAP). Valladolid. Mayo 2007.

COMUNICACIONES Y POSTERS PRESENTADOS EN DIFERENTES FOROS

- Estudio de la situación de salud de Población Infantil en la zona de salud El Progreso (Badajoz). Póster.

*IX Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).
Valladolid. Mayo 2007*

- Análisis de la situación de salud de la población anciana en una zona de salud urbana. Comunicación

Accésit a la mejor comunicació oral.

XXIX Congreso Nacional SEMERGEN. Sevilla. Octubre 2007.

- Evaluación de la cumplimentación de las recomendaciones de las Guías Clínicas en el tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes con Síndrome Metabólico. Póster

XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valladolid-Salamanca. Noviembre 2007.

- Proyecto Progreso: Un sistema Sanitario Participado para el Desarrollo Integral del Modelo de Atención Primaria de Salud.

II Trobada de Participació Comunitària per a la Promoció de la Salut a les Illes Balears.SBMFYC.ABEC. Palma de Mallorca. Mayo 2008

- Proyecto Progreso. Comunicación

*Jornadas Comunitarias en de la Sociedad Mallorquina de MFyC y de Enfermería FyC .
Mayo 2008.*

- Desafíos del voluntariado corporativo en el contexto Hispano-Luso.

IX Edición de los Cursos Internacionales de verano de la UEX. Badajoz. Julio 2008.

- Visao peral do estado de saúde das mulheres na adscrita do Centro de Saúde El Progreso en Badajoz, Extremadura, Espanha. Poster

*IV Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública.AMP. Faculdade de Medicina da UFMG.
Julio 2008.*

- Experiencia de intercambio para residentes de medicina de familia e comunidade de distintos países.

*IV Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública.AMP. Faculdade de Medicina da UFMG.
Belo Horizonte. Julio 2008.*

- Visao peral do estado de saúde da crianca na área adscrita do Centro de Saúde El Progreso de 2003 a 2006 em Badajoz, Extremadura Espanha. Póster

*IV Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública.AMP. Faculdade de Medicina da UFMG.
Belo Horizonte. Julio 2008.*

- Perfil do estado de saúde infantil na Área do Centro de Saúde El Progreso.

*1º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte.
Noviembre 2008.*

COMUNICACIONES Y POSTERS PRESENTADOS EN DIFERENTES FOROS

- Proyecto Progreso. Comunicación

Jornadas Municipales sobre Participación Comunitaria. Almendralejo. Noviembre 2008

- Actividades preventivas de salud en El Progreso. III Jornadas sobre Salud Pública en el Área Sanitaria de Badajoz. La acción comunitaria para un modelo participado de salud. Póster

*III Jornadas sobre Salud Pública en el Área Sanitaria de Badajoz. Olivenza (Badajoz).
Junio 2009.*

- Proyecto Progreso. Un modelo participado de salud comunitaria. Póster

*III Jornadas sobre Salud Pública en el Área Sanitaria de Badajoz. Olivenza (Badajoz).
Junio 2009.*

- Talleres de Promoción de Salud. La herramienta para un modelo participado de salud comunitaria. Póster

*III Jornadas sobre Salud Pública en el Área Sanitaria de Badajoz. Olivenza (Badajoz).
Junio 2009.*

- Análisis de la Situación de Salud de la población adolescente en una zona de salud urbana.

XXXI Congreso nacional SEMERGEN. 2009

- Problemas de salud de los adolescentes de una zona de salud urbana: visión de los profesores y de los alumnos.

XXIX Congreso Nacional SEMFYC. Barcelona 2009

- Problemas sentidos por los adolescentes frente a los percibidos por los profesores en una zona de salud urbana.

XXIX Congreso Nacional SEMFYC. Barcelona 2009.

- Prevalencia de la Infección Tuberculosa latente en niños de 6 a 14 años de una zona de salud. Póster

58 Congreso Nacional de Pediatría. Zaragoza 2009.

- Talleres de Promoción de Salud. Enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. Póster

VI Congreso Nacional FAECAP. Oviedo. Octubre 2009.

PUBLICACIONES

Miocardopatía Dilatada: a propósito de un caso. Salud Rural. Vol XXV. Nº2. Primera quincena de Febrero 2008. Págs. 31-34.

Parálisis Diafragmática Unilateral. Salud Rural. Vol XXV. Nº7. Segunda quincena de Abril 2008. Págs. 57-60.

Participacao Comunitaria e Gestao Participativa em uma comunidade de Badajoz, Extremadura, Espanha. Rev Bras Fam e Com. 2008. Vol 4, Nº 13: 061-072.

Atención Primaria y Procesos Comunitarios: intervención y participación comunitária. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Nº 16. Octubre.2008.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos, Ginebra, 1978.
- Baum F. Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI. Medicina social. 2007; 2(1): 37-46. www.medicinasocial.info
- SEMFYC. PACAP ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un Centro de Salud?. <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>
- SEMFYC. PACAP. Criterios de valoración de las Actividades Comunitarias. <http://www.pacap.net/es/criterios.html>
- Equipo de Atención Primaria. Análisis de la Situación de Salud de la Zona de Salud El Progreso. Centro de Salud El Progreso. Edita SES. Badajoz 2007.
- Servicio Extremeño de Salud. Cartera de Servicios. 2007
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Febrero 2009
- Marchioni M. “Comunidad, Participación y Desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria”. Editorial Popular. Madrid, 2001.
- Marchioni M. “La Acción Social en y con la Comunidad”. Edita Libros Certeza. Zaragoza, 2004.
- Rivera Navarro, J., Gallardo Pino, C. Grupos de Ayuda Mutua y Asociaciones relacionadas con la salud. Claves de un nuevo modelo sociosanitario. 2005.