

ORIGINALES

Atención Primaria y redes comunitarias en tiempos COVID-19: una aproximación a lo que está pasando y qué podemos hacer

[Ver en pdf](#)

Montserrat Niclos Esteve. Centro de Salud Alzira 1. Departamento de Salud de La Ribera. Alzira. Valencia. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana

Viola Cassetti. Investigación en Promoción de la Salud. Valencia. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana

Ana Ocaña Ortiz. Centro de Salud Pública de Gandía. Gandía. Valencia. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana. FISABIO

Ana Llinares Burguet. Centro de Salud Cabo Huertas. Departamento de San Juan de Alicante. Alicante. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana

Pepa Martínez Pastor. Centro de Salud Cabo Huertas. Departamento de San Juan de Alicante. Alicante. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana

Sandra Songel Parra. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Ontinyent. Departamento de Salud de Xàtiva-Ontinyent. Ontinyent. Valencia. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana

Joan J. Paredes-Carbonell. Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud de La Ribera. Alzira. Valencia. España. Grupo de Trabajo PACAP de la Comunidad Valenciana, FISABIO

Para contactar:Montserrat Niclos Esteve. montseniclos@gmail.com

RESUMEN

Objetivo. Identificar las redes y acciones comunitarias realizadas en la Comunidad Valenciana durante la situación de la pandemia por COVID-19 y describir las fortalezas y amenazas para el desarrollo de la salud comunitaria.

Diseño. Estudio cuantitativo descriptivo y cualitativo, incluyendo un cuestionario remitido por correo y análisis DAFO.

Emplazamiento. Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Comunidad Valenciana.

Participantes y contexto. El ámbito de estudio son los miembros de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SoVaMFic).

Método. 1) Constitución de un grupo de trabajo; 2) diseño de un cuestionario *ad hoc* para la identificación de redes comunitarias, acciones o iniciativas durante la pandemia por COVID-19, y de aspectos positivos y negativos del impacto de la pandemia sobre la salud comunitaria; 3) envío del cuestionario a través de correo electrónico; 4) análisis DAFO, y 5) elaboración de recomendaciones.

Resultados. Se obtuvieron un total de 56 respuestas (3,3% de participación) identificándose 32 acciones o redes comunitarias de las cuales, 19 existían previamente a la crisis de la COVID-19. Se realizó un análisis DAFO y se identificaron 6 debilidades, 9 amenazas, 5 fortalezas y 8 oportunidades. Este análisis permitió la elaboración de un decálogo de recomendaciones para promover la atención comunitaria en tiempos de la COVID-19.

Conclusiones. Las acciones y redes comunitarias surgidas durante la pandemia tienen como objetivo principal responder a las necesidades que han ido apareciendo. Los EAP han participado poco en estas iniciativas.

Palabras clave: redes comunitarias, COVID-19, Atención Primaria de Salud, participación de la comunidad.

PRIMARY CARE AND COMMUNITY PARTNERSHIPS DURING THE COVID19 PANDEMIC: AN APPROACH TO WHAT HAS BEEN DONE SO FAR AND WAYS TO IMPROVE IT

Abstract

Objective: To identify community partnerships, actions or initiatives carried out in the Valencian Community during the Covid19 pandemic and to describe the strengths and challenges to supporting community health during this situation.

Design: Mixed method study using survey with closed and open-ended questions and SWOT analysis.

Setting: Primary Health care teams of the Valencian Community.

Para el análisis DAFO, se hizo un análisis temático⁹ de la información recopilada sobre aspectos positivos y negativos que la situación de pandemia de la COVID-19 estuviera provocando en las acciones comunitarias de la AP. Se elaboró una tabla de síntesis donde se clasificaron las respuestas de aspectos negativos, según pudieran representar debilidades (a nivel interno de los EAP) y amenazas (a nivel externo a los EAP) para el desarrollo de la salud comunitaria. Asimismo, se clasificaron las respuestas de aspectos positivos según pudieran representar fortalezas (a nivel interno de los EAP) y oportunidades (a nivel externo de los EAP) para el desarrollo de la salud comunitaria. El grupo de trabajo analizó los resultados del DAFO para formular recomendaciones de acuerdo con el formato CAME⁸.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 56 respuestas a los 1.703 correos electrónicos (porcentaje de respuesta del 3,3%). El 71,4% de las personas encuestadas fueron mujeres y el 28,6% hombres, con edades comprendidas entre los 26 y los 64 años. En cuanto a la profesión: 48 eran médicos o médicas de AP, 4 enfermeras o enfermeros, 3 médicos o médicas residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y 1 educadora social.

Se identificaron 32 acciones o redes comunitarias. De estas, 19 funcionaban previamente a la crisis y estaban compuestas por ayuntamientos, asociaciones de vecinos/as y otras asociaciones locales, y sus objetivos se reformularon hacia la satisfacción de necesidades básicas y apoyo a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Las 13 redes o iniciativas creadas expresamente fueron promovidas por ciudadanía no organizada, asociaciones de vecinos/as, otras asociaciones y comercios locales y ayuntamientos. El fin de las iniciativas era facilitar apoyo y proporcionar materiales como equipos de protección a profesionales sanitarios y a la población; ayudar a colectivos en situación de vulnerabilidad en los cuidados básicos e identificar a personas mayores carentes de red social de apoyo.

La mayoría de las personas encuestadas consideraban que estas redes e iniciativas continuarían una vez superada la situación. Los centros de salud participaban en un tercio de las 19 redes preexistentes mientras que apenas colaboraron en las de nueva creación. El papel del centro de salud fue el de difundir la red, promover aporte económico, identificar necesidades, gestionar recursos y favorecer la comunicación entre el voluntariado y las personas necesitadas y, en menor medida, participando activamente en alguna de las redes o colaborando en su desarrollo.

Las redes comunitarias identificadas se clasificaron según población diana, finalidad de su creación, entidades participantes y nivel de acción (**tabla 1**).

Tabla 1. Redes comunitarias durante la pandemia por la COVID-19 en la Comunidad Valenciana

Población diana	Finalidad	Número de iniciativas	Participantes	Previa a la COVID-19	Nivel de acción	
Personal sanitario	Aporte de dietas a centros sanitarios	1	Ciudadanía no organizada	No	3	
	Crowdfunding para material de protección sanitaria	1	Ciudadanía no organizada	No	3	
Población general	Facilitar mascarillas a la población	1	Ciudadanía no organizada	No	3	
	Apoyo psicológico	1	Ayuntamiento	No	3	
	Promoción del deporte y actividades físicas	1	Asociación de vecinos/as y asociaciones locales	Sí	3	
	Apoyo <i>online</i> a la lactancia materna	1	Asociaciones locales y ayuntamientos	Sí	2	
Colectivos en situación de vulnerabilidad	Cuidado integral	1	Asociación de vecinos/as y asociaciones locales	Sí	3	
	Aporte de medicación y alimentos	1	Ciudadanía no organizada	No		
	Aporte de comida a domicilio	1	Ciudadanía no organizada	No		
	Cooperación vecinal para soporte de las necesidades básicas		5	Ciudadanía no organizada		No
				Voluntarios/as		No
				Voluntarios/as		Sí
				Miembros de dicha agrupación		Sí
	Asociaciones y comercio locales	Sí				
	Compras, recogida de medicamentos	1	Ciudadanía no organizada	No		
	Combatir la soledad	1	Ciudadanía no organizada	No		
	Feminismo comunitario y antirracista	1	Asociaciones locales y ayuntamientos	Sí		
Desplazamiento a centros sanitarios	1	Miembros de protección civil	Sí			
Detección y gestión de ayuda	1	Centro de salud y trabajo social	Sí	1		

		<ul style="list-style-type: none"> - Cambios constantes en los protocolos de actuación, que dificultan la organización del centro (5) - Gestión deficiente de la situación por parte de las autoridades sanitarias (5) - Aumento de las tareas burocráticas (3) 	<p>para autogestión de las consultas presenciales, resolución de tareas burocráticas (6)</p>	
<i>Recursos de los EAP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor trabajo telemático que dificulta la comunicación con los pacientes y una adecuada atención (10) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de material de protección y pruebas PCR (3) - Escasez de recursos humanos (2) 		
<i>Relación entre los EAP y la comunidad</i>				<ul style="list-style-type: none"> - Mejoría de la valoración del trabajo de la Atención Primaria por parte de los pacientes (2)
<p>EAP: equipo de Atención Primaria. Entre paréntesis, número de personas que respondieron al cuestionario que las identifican.</p>				

En referencia a la atención comunitaria, destacaron la suspensión de las actividades comunitarias que se venían realizando previas a la COVID-19 («La atención comunitaria como tal prácticamente ha desaparecido de las actividades de los centros»), el incremento de las desigualdades sociales («Aumento de desigualdades por mayor afectación a colectivos más vulnerables, no solo por la COVID, sino por las consecuencias socioeconómicas») y los problemas de salud mental en la población. Se expuso la falta de educación sanitaria de la población, pero se destacó el empoderamiento de la ciudadanía en la pandemia («La respuesta comunitaria, volcándose en intervenciones para paliar la vulnerabilidad»). Otras respuestas fueron «que ha aumentado la solidaridad y la colaboración ciudadana», y «se han creado redes comunitarias para hacer frente a la crisis». También se mencionó que los barrios habían aprendido a autogestionarse y habían aumentado las oportunidades para el trabajo intersectorial («Más oportunidades para colaborar y crear vínculos con otras redes fuera del centro de salud», «Despertar de redes comunitarias informales»).

Respecto a la AP, destacaron la barrera en la comunicación con las y los pacientes que ha supuesto trabajar telemáticamente, con pérdida del contacto presencial y la longitudinalidad («dificultad para asistencia adecuada [...], dificultad para mantener longitudinalidad, mala calidad percibida por pacientes...»). También añadieron la saturación física y emocional del conjunto de profesionales, la sobrecarga de trabajo relacionada con un aumento de tareas burocráticas y la escasez de recursos materiales y humanos («Saturación absoluta emocional y física del personal sanitario, por lo que quizá muchos profesionales nos vemos saturados diariamente...»). Asimismo, se identificó una gestión deficiente de la situación por parte de las autoridades sanitarias, con cambios constantes de protocolos que conllevan desorganización en los centros. En contraposición, resaltaron la existencia de una mayor cohesión y colaboración entre los profesionales de los EAP («compañerismo entre profesionales sanitarios»). Se reconoció que el trabajo telemático ayudó a gestionar mejor la consulta y facilitó la gestión de tareas burocráticas y se opinó que los pacientes valoraron el trabajo que hace la AP.

A partir de los resultados del análisis DAFO y siguiendo el esquema CAME, el grupo de trabajo formuló unas recomendaciones orientativas (**figura 3**) para la mejora de la atención comunitaria en AP.

Figura 3. Recomendaciones orientativas para mejorar la atención comunitaria desde los equipos de AP de la Comunidad Valenciana



EAP: equipo de Atención Primaria; CV: Comunidad Valenciana.

DISCUSIÓN

En este estudio se han identificado redes y acciones comunitarias realizadas en la Comunidad Valenciana durante la pandemia por la COVID-19 y se han descrito fortalezas y amenazas derivadas de esta situación para la atención comunitaria. Estos resultados sustentan tres reflexiones principales acerca de la atención comunitaria, la AP y las redes comunitarias.

En primer lugar, cabe destacar el escaso porcentaje de respuestas al cuestionario (solo el 3,3%), lo que puede indicar que el conjunto de profesionales que han respondido estén más interesados en este tema, por lo que puede haber un sesgo de respuesta de las personas más implicadas en este sentido. Los elementos reconocidos como amenazas para la realización de acciones comunitarias desde AP son similares a los identificados en estudios previos^{10,11}, como la falta de priorización de la actividad comunitaria en la agenda de los EAP y la falta de apoyo y reconocimiento por parte de las direcciones¹². Este escaso interés por la salud comunitaria dificulta el conocimiento del territorio donde se trabaja, clave en la salud de la población que se atiende, lo que puede limitar que en las consultas se realice una atención individual orientada a la comunidad, con mayor sensibilidad hacia los determinantes sociales^{2,13}.

En segundo lugar, es destacable que bastantes respuestas sobre las amenazas y oportunidades que generaba la COVID-19 sobre la atención comunitaria se refirieron específicamente al efecto que la pandemia estaba teniendo sobre la AP en general. Describen situaciones de miedo, estrés e incertidumbre de los/las profesionales, de pérdida de la longitudinalidad y del contacto con las/los pacientes, sobrecarga de trabajo, falta de equipos de protección, problemas de gestión y de coordinación^{14,15}. Las debilidades y déficits crónicos que la AP española ha ido acumulando en los últimos años¹⁶⁻¹⁸, como la infrafinanciación continuada¹⁹ o el desgaste de los EAP²⁰, se han visto agravados durante a la pandemia²¹, dificultando aún más el desarrollo de las actividades comunitarias.

En tercer lugar, al igual que en otros territorios^{6,22} con similares condiciones de la AP y ante la misma situación de pandemia, las acciones y redes comunitarias que se han descrito en este estudio tratan de dar respuesta a las necesidades básicas de la población que, debido a los efectos de la

pandemia, se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad²³.

Aunque el estudio se ha realizado en la Comunidad Valenciana, estos resultados pueden servir como punto de partida para que cualquier EAP analice su situación, reformule sus propias recomendaciones, se implique en iniciativas ya existentes en su zona básica de salud, barrio o municipio, y se generen modelos de práctica de iniciativas comunitarias orientadas al empoderamiento en tiempos de pandemia²⁴ en todas las comunidades autónomas²⁵. Además, los conocimientos adquiridos en tejer redes en tiempos de la COVID-19 se deberían aprovechar para impulsar proyectos comunitarios que no solo atiendan necesidades puntuales, sino que promuevan el abordaje de necesidades y determinantes más estructurales a medio plazo²⁶.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la encuesta fue diseñada con el objetivo inicial de recoger información para una sesión formativa *online* sobre salud comunitaria en tiempos de la COVID-19 realizada en junio de 2020; posteriormente, se trató de ampliar el número de informantes, sin la posibilidad de modificar variables que también se consideraron de interés, como el lugar de procedencia de la actividad desarrollada. La muestra fue oportunista, por lo que se ha generado un sesgo de información, dada la escasa participación de otros perfiles profesionales, como enfermería o trabajo social, u otros colectivos no sanitarios, como ayuntamientos, asociaciones o ciudadanía, que suelen implicarse más que el colectivo médico en actividades comunitarias^{10,11}. El hecho de enviar la encuesta de manera *online* sin realizar una invitación personal y la situación que está viviendo la AP a causa de la pandemia también pueden haber influido en el número de respuestas. Esta escasa participación, además de no representar todas las redes o iniciativas, afecta negativamente a la validez externa e interna del estudio. Por último, al ser la encuesta anónima, no se pudo contactar con las personas participantes para conocer más detalles de las actividades descritas.

Este estudio nos corrobora la hipótesis de que la actividad comunitaria es un tema de menor interés entre el conjunto de profesionales sanitarios. Queda reflejado que la técnica DAFO/CAME es una buena herramienta participativa que ayuda a analizar una situación problemática y puede facilitar la sugerencia de propuestas. Por otro lado, se debería mejorar la metodología del trabajo de campo para aumentar el número de respuestas e implicar a otros profesionales del ámbito no sanitario.

A pesar de las limitaciones, el estudio es novedoso por la escasez de investigaciones sobre el tema y por la relevancia que las acciones comunitarias tienen en el control de la pandemia. Además, se plantean recomendaciones que se caracterizan por su factibilidad y por aprovechar la COVID-19 como oportunidad y así reorientar la AP hacia la acción comunitaria.

CONCLUSIONES

El presente estudio ha sido el primero en identificar redes y acciones comunitarias que se han realizado en la Comunidad Valenciana durante la COVID-19 y propone una serie de recomendaciones a aplicar en los EAP para impulsar la atención comunitaria.

Los datos obtenidos muestran que han surgido acciones y redes comunitarias para responder a las necesidades de la pandemia y que los EAP han participado escasamente.

Se considera que es necesario dar continuidad a todo este trabajo y promover la implicación de los equipos directivos de AP, gerencia, y también una representación de la comunidad, para conseguir la integración, colaboración y/o participación en y con las redes comunitarias que existan o se vayan a crear.

Agradecimientos

A todas las personas que han respondido al cuestionario y a todos los EAP que, en tiempos de pandemia, integran la atención comunitaria en su agenda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pasarín M, Miller R, Segura A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria*. 2008;40(3):115-7. doi: 10.1157/13116624
2. Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *GacSanit* 2018;32(S1):5-12
3. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [Citado el 7 febrero 2021.] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
4. Ruiz E, Cubillo J, Segura J, Campos P, Koerting A, Hernández T, et al. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. [Internet.] Madrid: 2020. Disponible en: https://mail.aspb.cat/WorldClient.dll?Session=PZRLMYXGXLFFJZ&View=OpenAttachment&Number=47966&FolderID=0&Part=2&Filename=Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf
5. Hernán M, Cubillo J, García D, Cofiño R. Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. *GacSanit*. 2020;34(6):533-5.
6. Pola M, Domínguez M, Escartín P, Shafi NP-F, Martínez M, Benedé CB. Aproximación a la respuesta comunitaria a la pandemia por COVID-19 de los equipos de Atención Primaria de Salud aragoneses. *Comunidad*. 2020;22(2):3.
7. Hernán M, García D. Acción comunitaria y emergencias. Comprender la COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. [Internet.] Coronavirus y Salud Pública. 2020. [Citado el 12 septiembre 2020.] Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/accion-comunitaria-y-emergencias/>
8. Caixa d'eines. València: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018. Sèrie Guies XarxaSalut, n.º 3.
9. Braun V, Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *J Posit Psychol*. 2017;12(3):297-8. DOI: 10.1080/17439760.2016.1262613
10. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *GacSanit*. 2014;28(4):267-3.
11. López E, Forcada C, Miller F, Pasarín M, Foz G. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2009;42(4):218-25.
12. Benedé CB, Paz MS, Sepúlveda J. La orientación comunitaria de nuestra práctica: hacer y no hacer. *Aten Primaria* 2018;50(8):451-4.
13. Nebot Adell C, Pasarín M, Canela J, Sala Álvarez C, Escosa Farga A. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria*. 2016;48(10):642-8.

