

Redes comunitarias: evaluación de la respuesta a la emergencia social durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en Cataluña

[Ver en pdf](#)

Angelina González-Viana. Subdirección de Promoción de la Salud. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Grupo de Investigación de Entornos y Materiales para el Aprendizaje (EMA), Universidad de Barcelona. Barcelona. España

Nuria Pastor Ibáñez. Institut Català de la Salut. Barcelona. España

Daniela Campaz Landazábal. Subdirección de Promoción de la Salud. Agència de Salut Pública de Catalunya. Barcelona. España

Noelia Sanmamed Saiz. Institut Català de la Salut. Barcelona. España

Alba Roselló-Novella. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Grupo de Investigación de Entornos y Materiales para el Aprendizaje (EMA), Universidad de Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona. España

Carmen Cabezas Peña. Secretaría de Salud Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España

Para contactar:

Angelina González Viana. angelina.gonzalez@gencat.cat

RESUMEN

Introducción: La pandemia ha provocado una crisis sanitaria, económica y social. En Cataluña, en la primera ola, la comunidad se organizó de forma ágil para dar respuesta a las necesidades emergentes. El objetivo del estudio fue identificar y caracterizar redes comunitarias existentes o emergentes en Cataluña con el fin de visibilizarlas y establecer sinergias.

Métodos: Estudio transversal. Fase 1: identificación de iniciativas a través de cuestionario *ad hoc* enviado a población en general mediante internet y redes sociales. Fase 2: encuesta semiestructurada a redes identificadas para caracterizarlas y evaluar su grado de coordinación local. Análisis descriptivo.

Resultados: Fase 1: 303 respuestas que identifican 100 iniciativas de 96 municipios catalanes. Un 74% fueron creadas en pandemia y atendían a múltiples problemáticas: soledad, salud mental, alimentación, preparación/reparto de elementos de protección de la salud. Dirigidas principalmente a personas mayores y con diversidad funcional. Un 43% eran iniciativas ciudadanas. Fase 2: participan 32 redes (tasa de respuesta: 32%), un 60% se coordinaban con servicios sociales y consejos municipales. Dificultaba la coordinación: falta de recursos y elevada burocracia; la facilitaban: existencia de estructuras de coordinación previas a la pandemia. El 70% tenía voluntad de continuar ofreciendo servicios tras la pandemia.

Discusión: Se recomienda el trabajo en red a nivel local de Atención Primaria y entidades municipales con las redes comunitarias, vinculando sus acciones a las existentes, con el fin de facilitar la implementación, continuidad y fortalecimiento de la salud comunitaria.

Palabras clave: participación comunitaria, salud comunitaria, COVID-19, redes comunitarias.

COMMUNITY NETWORKS: EVALUATION OF THE RESPONSE TO THE SOCIAL EMERGENCY DURING THE FIRST WAVE OF THE COVID19 PANDEMIC IN CATALONIA

Abstract

Background. The pandemic has caused a health, economic and social crisis. In Catalonia, during the first wave, the community organised itself to respond to emerging needs. The aim of the study was to identify and characterise existing or emerging community networks in Catalonia in order to make them visible and establish synergies.

Methods. Cross-sectional study. Phase 1: Identification of initiatives through an *ad hoc* questionnaire sent to the general population via internet and social networks. Phase 2: Semi-structured survey of identified networks to characterise them and evaluate the degree of local coordination. Descriptive analyses were made.

Results. Phase 1: 303 responses identifying 100 initiatives from 96 Catalan municipalities. 74% were created during the pandemic and addressed multiple problems: loneliness, mental health, nutrition, creation/distribution of personal protective equipment. They were mainly aimed at the elderly and people with functional diversity. 43% were citizen initiatives. Phase 2: 32 networks participated (response rate: 32%), 60% were coordinated with social services and municipal councils. Coordination was hindered by lack of resources and high bureaucracy which was facilitated by the existence of coordination structures prior to the pandemic. 70% were willing to continue offering post-pandemic services.

Discussion. It is important that Primary Care and municipal entities work together at local level with community networks, linking their actions to existing ones. This is in order to facilitate the implementation, continuity and strengthening of community health.

Keywords: community participation, community health, COVID19, community networks.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por la COVID-19 ha supuesto una importante crisis sanitaria¹, a la que se ha sumado una crisis económica y social agravada por las medidas de confinamiento. Ha afectado más a aquellas personas que ya vivían en condiciones de precariedad², así como a las personas mayores, las personas con bajo nivel socioeconómico (sin trabajo o con trabajo precario), mujeres, grupos LGBTIQ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer), hogares monoparentales, personas sin hogar, inmigrantes irregulares, minorías étnicas y religiosas, y personas con diversidad funcional y enfermedades mentales³. Las comunidades se han visto desbordadas por problemas que no son nuevos, pero que se han agravado y hecho más visibles: la soledad y la falta de red de apoyo para personas mayores, dificultades económicas para la alimentación o la vivienda, problemas de acceso a recursos educativos e internet, incremento de la violencia intrafamiliar, entre otros⁴.

Ante esta realidad, la ciudadanía ha sido capaz de reaccionar de forma ágil, organizando una respuesta a las necesidades emergentes en sus comunidades a través de redes de iniciativas ciudadanas o redes comunitarias⁵. Las redes comunitarias se definen como estructuras de colaboración para gestionar un problema común con capacidad para identificar a las personas y grupos vulnerables⁵. Estas redes conforman un elemento clave para implementar, mantener y fortalecer la salud comunitaria en todos los territorios, y requieren de un trabajo coordinado entre diferentes actores como la ciudadanía, servicios sociales, municipios y Atención Primaria (AP)^{6,7}.

De acuerdo con Fransen et al.⁸, el surgimiento de las iniciativas de resiliencia ciudadanas durante las crisis depende de tres factores: 1) las características de la comunidad (vulnerabilidades, capital social); 2) la gobernanza urbana (surgimiento autoorganizado, por jerarquía o por red), y 3) condiciones propias de las redes (capacidad y liderazgo)⁸. Algunos autores identifican que las redes comunitarias urbanas suelen estar más capacitadas que las rurales para responder a crisis sanitarias, debido a su relativa alta densidad poblacional y proximidad a los diversos servicios, actores y recursos^{8,9}. Sin embargo, barreras como la falta de fondos y de apoyo gubernamental hacen que el surgimiento y persistencia en el tiempo de las redes se vea limitado⁸.

La respuesta de las redes comunitarias, independientemente del surgimiento, tiene un efecto protector sobre la transmisión de la infección y su impacto social a través del apoyo, la distribución de recursos y de responsabilidades, la mejora de la comunicación y la mejora del acceso a intervenciones¹⁰.

Las redes de solidaridad del barrio han funcionado mientras los centros de AP estaban ocupados dando respuesta a la COVID-19. Sin embargo, en aquellos donde ya se participaba en procesos con la comunidad, ha sido más fácil la coordinación con los recursos y con las situaciones de vulnerabilidad^{11,12}. La participación y la orientación comunitaria de los servicios sanitarios y sociales son esenciales en la respuesta colectiva frente a la pandemia por la COVID-19. Es necesario trabajar de forma coordinada con la comunidad, dado que es en este nivel en el que se identifican las necesidades, se dan respuestas y se implementan las medidas contra la pandemia^{6,13,14}.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar las iniciativas y redes comunitarias existentes o emergentes en Cataluña durante la primera ola, con el fin de visibilizar buenas prácticas comunitarias y ayudar al establecimiento de sinergias a nivel local.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, con dos fases diferenciadas, entre mayo y julio de 2020. En la primera fase se realizó un cuestionario *online ad hoc* para identificar iniciativas comunitarias que habían dado respuesta a las necesidades sociales derivadas de la COVID-19 y el confinamiento. La difusión se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio de 2020 a través de la página web de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y mediante redes sociales. El cuestionario, dirigido a la población general, constaba de 10 preguntas. La primera, «¿Conoces iniciativas comunitarias que dan respuesta a necesidades derivadas de la COVID-19?», llevaba, en caso de respuesta afirmativa, a responder sobre las características de la iniciativa (nombre, inicio, municipio, entidad líder y colaboradoras, necesidades y población atendidas e información de contacto). Si a la primera pregunta se respondía con un no, la persona encuestada era dirigida a una pregunta abierta sobre las nuevas prioridades derivadas de la pandemia. Finalmente había una pregunta para valorar cómo habían accedido al cuestionario (**anexo 1**).

En la segunda fase se diseñó un guion para hacer entrevistas semiestructuradas a personas líderes de las iniciativas comunitarias seleccionadas con el fin de explorar en profundidad las iniciativas previamente identificadas. La entrevista constaba de 13 preguntas que exploraban: inicio de la iniciativa, entidad líder, financiación, necesidad y colectivo al cual se ofrecía ayuda, estimación de personas atendidas, grado en que las expectativas de la iniciativa se habían cumplido, mecanismos para la identificación de población diana, aspectos facilitadores y barreras para la coordinación de la red a nivel local, expectativas de continuidad y si deseaban formar parte del mapa de activos de Cataluña (**anexo 2**). Se contactó por correo electrónico o por teléfono con las entidades o personas que habían puesto en marcha las iniciativas para invitarlas a participar en la entrevista. La entrevista se hizo de forma telefónica y en algún caso de forma autoadministrada a través de una plataforma *online*. Asimismo, se las invitó a formar parte del mapa de activos de Cataluña con el fin de difundir la experiencia y ayudar a la coordinación a nivel local.

En el primer cuestionario se hizo un análisis descriptivo univariado para las preguntas cerradas y un análisis de contenido para las preguntas abiertas. Se excluyeron para el análisis las redes identificadas fuera de Cataluña. Para el segundo cuestionario, en las preguntas donde era posible se llevó a cabo una categorización de las respuestas y un análisis descriptivo univariado. En las preguntas abiertas se hizo un análisis de contenido.

RESULTADOS

En la primera fase se obtuvieron 303 respuestas de la ciudadanía, de las cuales 167 (55,12%) refirieron conocer alguna red/iniciativa comunitaria. Tras eliminar repeticiones o iniciativas que no operaban en territorio catalán, se identificaron 100 iniciativas activas en 96 municipios de Cataluña. El municipio con mayor número de iniciativas identificadas fue Barcelona ciudad (38%), y 16 redes operaban a una escala mayor que el municipio (ya fuera nivel comarcal o regional) dentro de Cataluña.

El 74% de las redes identificadas se habían creado recientemente para dar respuesta a la pandemia y un 43% eran lideradas por la ciudadanía. La **figura 1** muestra las entidades que lideraban las redes: municipio, entidades sociales u organizaciones no gubernamentales (ONG) y salud.

La mayoría de las redes daba respuesta a múltiples problemáticas sociales, principalmente aquellas relacionadas con la soledad y el acompañamiento al adulto mayor, la salud mental, la alimentación, el cuidado de la infancia, la compra en supermercados a personas confinadas, la confección y distribución de elementos de protección sanitario. La **tabla 1** muestra el tipo de necesidades que se cubrían. Un 70% de las redes atendían problemáticas de la población en general, adultos mayores y personas con limitaciones funcionales.

Cabe destacar algunas redes con atención a colectivos específicos como, por ejemplo: acompañamiento psicológico para personal sanitario, colectivo inmigrante o garantizar la alimentación a trabajadoras sexuales.

Figura 1. Porcentaje de entidades que lideraban las redes comunitarias identificadas

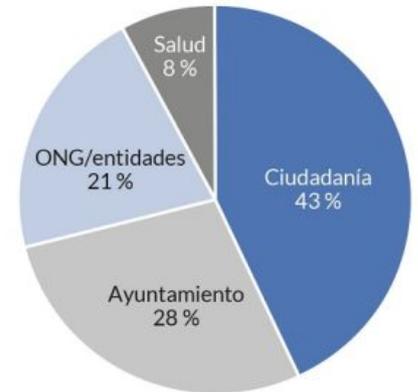


Tabla 1. Problemáticas a las que dan respuesta las redes comunitarias identificadas

- Acceso a recursos sanitarios
- Alimentación
- Apoyo para la búsqueda de empleo
- Compra en supermercados a personas confinadas o dependientes
- Confección/distribución de elementos de protección sanitarios
- Cuidado de menores
- Cultura y ocio
- Educación
- Inactividad física y sedentarismo
- Material de protección sanitaria
- Proveer información a la ciudadanía
- Recolección y reparto de alimentos
- Reparto de agua en viviendas sin agua corriente
- Reparto de medicamentos
- Salud mental
- Soledad y acompañamiento de personas mayores
- Soporte a las personas refugiadas y/o con situación irregular
- Violencias (género, intrafamiliar, infancia...)
- Vivienda

Los encuestados coincidían en destacar la atención a la soledad y a los adultos mayores, la salud mental y la necesidad de apoyo económico para satisfacer las necesidades básicas, como prioridades surgidas a partir de la crisis social desencadenada por la COVID-19. Finalmente, los encuestados habían accedido a la encuesta a través de correo electrónico (47%) y WhatsApp (33%) y en menor medida por las redes sociales o web (11%).

En la segunda fase, de las 100 redes o iniciativas comunitarias identificadas en la primera fase, 32 respondieron el segundo cuestionario de caracterización, lo que supone una tasa de respuesta del 32%. De estas, 25 referentes de redes respondieron a la entrevista semiestructurada vía telefónica, mientras que 7 lo hicieron de forma autocumplimentada a través de una plataforma *online*.

De las iniciativas, 20 eran de nueva creación mientras que 12 existían previamente a la pandemia; sin embargo, 8 de ellas referían haber hecho una reorientación de sus objetivos para dar respuesta a las nuevas necesidades. Respecto a la entidad que impulsaba la red, 14 eran lideradas por la ciudadanía, 10 por el ayuntamiento o entidades locales, 4 por profesionales sanitarios, trabajadores sociales o

Figura 2. Problemáticas a las que daban respuesta las redes contactadas

farmacia, 3 por ONG y 1 por una *startup*. El 56,2% de las iniciativas contaban con algún tipo de financiación, que mayoritariamente provenía de fuentes privadas y públicas, y en menor medida de donaciones privadas o a partir de presupuesto municipal.

La mayoría de las redes daban respuesta a múltiples problemáticas, siendo la más importante la soledad (n = 10), seguida por las tareas de cuidados (por ejemplo, conciliación familiar para el cuidado de los niños, hacer la compra, pasear perros etc.) (n = 10), alimentación (n = 7), fabricación de materiales sanitarios de protección frente a la COVID-19 (n = 7) y salud mental (n = 7) (figura 2). Las redes que realizaban atención a las personas durante el período dieron respuesta a más de 6.000 familias (rango: 8 a 2.000); por otro lado, las redes que realizaban y/o repartían materiales para la atención sanitaria a la COVID-19 refirieron haber hecho 119.600 repartos de material (rango: 6.600-100.000). La población a la que se atendía se muestra en la figura 3.

La forma en que las redes identificaban los colectivos con necesidades fueron diversas: a través del boca a boca (n = 4), entidades sociales (n = 4), servicios sanitarios (n = 1) y teléfono/WhatsApp/Telegram (n = 2) o páginas web y redes sociales (n = 3).

La totalidad de las iniciativas consideraban de crucial importancia la coordinación con centros de salud u otras entidades; de hecho, de las 32 iniciativas, 31 se coordinaban con agentes locales. Un 60% se coordinaban con servicios sociales y ayuntamientos y el resto con entidades vecinales y centros de salud. La tabla 2 presenta los elementos facilitadores y barreras de las redes para la coordinación local con centros de salud u otras entidades.

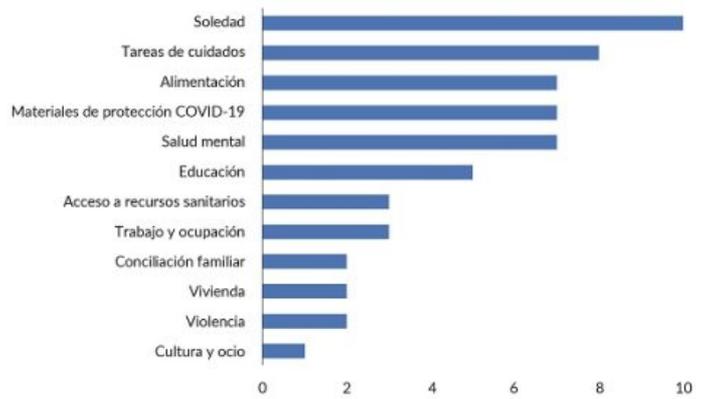


Figura 3. Población atendida por parte de las redes comunitarias contactadas (fase 2)

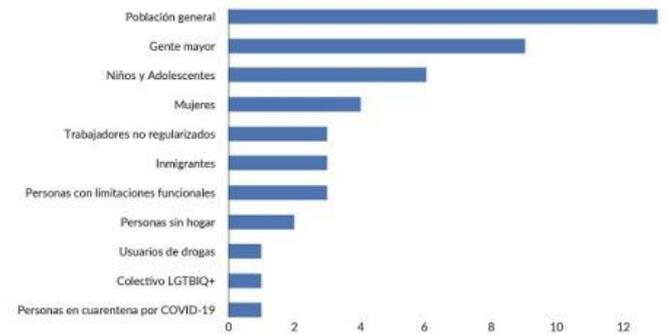


Tabla 2. Elementos que eran facilitadores y barreras para la coordinación de las redes comunitarias con el centro de salud u otras entidades

Facilitadores	Barreras
Existencia de una estructura coordinadora de SC prepandemia	Dificultades de acceso debido a la restricción horaria
Persona de referencia en el EAP, con dedicación para la SC EAP sensibilizado en la SC	Dificultades para la coordinación de recursos
Canales de comunicación claros y tecnologías de la información	Colapso del sistema sanitario derivado de la COVID-19
Flexibilidad/horarios amplios	Burocracia excesiva
Existencia de liderazgo e iniciativa	Falta de protocolos
Vínculo/relación de confianza	Problemas derivados de bajos recursos socioeconómicos
Las personas (tanto a nivel técnico como ciudadano)	Desinformación
Voluntad y motivación para ayudar	Información contradictoria
Visibilidad de la red comunitaria	

EAP: equipo de Atención Primaria; SC: salud comunitaria.

Las redes comunitarias en promedio se autocalificaban con una nota de 8,3 (rango: 6-10) respecto al grado en que habían cumplido sus expectativas de actuación durante la pandemia y el 70% de ellas tenían la voluntad de continuar con los servicios que ofrecían, especialmente aquellas que ya se encontraban coordinadas con alguna entidad local. De las 32 iniciativas contactadas, 24 accedieron a ser visibilizadas en el mapa de activos de Cataluña.

DISCUSIÓN

Es en el entorno local donde se desarrolla la vida de las personas, donde enferman y sanan; en estos territorios comunes y próximos se tejen vínculos, relaciones y redes de apoyo¹⁵. El estudio ha permitido identificar 100 redes comunitarias de apoyo, y hacer un análisis en profundidad de 32 de ellas.

La mayoría de las redes comunitarias habían sido creadas durante la pandemia por ciudadanía o entidades municipales para dar respuesta a las emergencias sociales y económicas que coincidían con las necesidades emergentes percibidas por los encuestados y con lo reportado en la literatura⁷. Un 70% estaban lideradas por la ciudadanía o el municipio⁵.

Un tercio de las redes identificadas actuaban en la ciudad de Barcelona, lo que hace pensar en una posible desigualdad de distribución de las redes, con una mayor presencia en barrios con mayor cohesión social, elevado asociacionismo y vínculos previos a la pandemia, y una menor presencia en barrios de nivel socioeconómico más bajo con poca cohesión entre sus miembros¹⁶. Esto es consistente con la literatura, que ha identificado que las redes que surgen

en contextos urbanos, densamente poblados, dan mayor respuesta a las crisis, ya que tienen una mayor interacción con los diversos actores, servicios y recursos disponibles⁹, que, a su vez, permite un desarrollo organizacional más complejo, con intervenciones a mayor escala y persistentes en el tiempo⁸.

Las redes se coordinaban, principalmente, con los ayuntamientos y servicios sociales, en especial, en los municipios más pequeños, para dar respuesta a múltiples problemáticas, especialmente la soledad y los problemas derivados del confinamiento y la falta de recursos, y atendían a diversos colectivos, sobre todo a personas mayores solas y otros colectivos vulnerables que identificaban, a través del boca a boca, las entidades sociales, centros de salud y las redes sociales.

Estas redes de apoyo se enmarcan en la acción comunitaria, definida como «la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia»¹⁷. Se ha puesto en evidencia que los equipamientos de salud locales no son imprescindibles para liderar la salud comunitaria, aunque es fundamental que participen como un actor más¹⁸. De hecho, la coordinación de las redes con la AP y otras entidades es fundamental para fortalecer la salud comunitaria¹¹.

Las dificultades encontradas por las redes comunitarias para dicha coordinación tuvieron que ver con aspectos vinculados al acceso, la burocracia y la falta de protocolos flexibles. Estos resultados coinciden con los del estudio sobre fortalezas y limitaciones de una orientación comunitaria en AP durante la pandemia, realizado en Aragón¹⁹, que describe, entre las limitaciones, la gran carga de trabajo y la falta de tiempo, la incertidumbre ante lo desconocido y la resistencia a lo diferente, la falta de comunicación, no contar con una estructura para la coordinación, la falta de integración en la práctica habitual de la salud comunitaria y la falta de protocolos, hasta ahora muy orientados a lo asistencial y biomédico y menos a lo social.

Entre los facilitadores para la coordinación, se destaca la existencia de una estructura para la coordinación prepandemia, tener personas de referencia en el equipo de AP, canales de comunicación claros y herramientas para ello, así como contar con vínculos establecidos y un liderazgo claro. El estudio de Aragón encontró como elementos facilitadores el liderazgo compartido, las nuevas formas de comunicación, el trabajo en red y la coordinación con recursos, así como fortalecer lo ya existente (consejos de salud, mesas intersectoriales)¹⁹.

La creación y actuación de redes comunitarias han ayudado a disminuir el efecto de la crisis; sin embargo, sería injusto dejar la respuesta a la crisis social y económica en manos de las redes comunitarias, unas estructuras frágiles por su organización voluntaria y, en algunos casos, sin la capacidad de mantener una respuesta continuada en el tiempo, ya que en su mayoría no cuentan con un apoyo gubernamental, principalmente por factores como la burocracia⁸. A pesar de lo anterior, los gobiernos de alguna forma delegaron sus responsabilidades a las redes, ya que las personas que estas atendieron fueron posiblemente aquellas que caían fuera de la actuación de los colapsados servicios sociales y de salud.

La fortaleza de las redes comunitarias radica en su formato incluyente y flexible y en sus principios: priorizar acciones, equidad, protección y viabilidad⁵. Esto les ha permitido actuar en pleno estado de alarma y confinamiento, contradiciendo en ocasiones las recomendaciones con el objetivo de ofrecer ayuda. En los momentos de mayor contagio, fue importante trabajar con las redes como iguales, ofrecer recomendaciones para disminuir el riesgo de contagio y trabajar de forma coordinada para identificar colectivos vulnerables²⁰.

La atención a la soledad y a las personas mayores, la salud mental y la necesidad de apoyo económico para satisfacer las necesidades básicas son percibidas como prioridades surgidas a partir de la crisis social desencadenada por la COVID-19 a las que habrá que dar respuesta tanto desde lo asistencial como desde la acción comunitaria. Es importante que los ayuntamientos o entes territoriales identifiquen estas iniciativas, para que les puedan brindar un soporte operativo (ya sea económico y de gestión), que les permita una articulación con los diversos actores de la salud comunitaria y así puedan permanecer en el tiempo, fortalecerse y ayudar a dar respuesta no solo a esta, sino a futuras crisis.

Algunas de las limitaciones del estudio son: el tiempo para la recolección de datos fue breve, por lo que un número importante de iniciativas pudieron no ser identificadas, especialmente por el momento en que se hizo el estudio (al final del primer pico), lo cual pudo interferir en la disponibilidad de las redes para atender al cuestionario. La organización en red de las entidades identificadas supuso una dificultad para comunicarse con ellas e identificar una persona interlocutora. Por otro lado, algunas de las redes ya no estaban en funcionamiento cuando se contactó con ellas, y se obtuvo más respuestas en la segunda fase por parte de redes con un apoyo institucional. Por último, en la segunda fase, la diferente metodología de recogida de información (entrevista versus autocumplimentación) puede haber influido en el tipo de respuesta.

Sin embargo, dadas las circunstancias, el estudio consigue identificar un número poco despreciable de iniciativas locales, y su descripción ayuda a entender cómo surge la acción comunitaria para dar respuesta a una emergencia inesperada como ha sido la COVID-19. Además, permitió añadir algunas iniciativas al mapa de activos, ayudando a su difusión.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió obtener un panorama general de las diversas redes comunitarias que surgieron *ad hoc* en los diferentes territorios de Cataluña, para dar una respuesta inicial a la triple crisis causada por la pandemia por COVID-19. Aunque la mayoría se encontraban en Barcelona ciudad, aquellas que surgieron en municipios más pequeños, solían contar con mayor apoyo gubernamental. De igual forma, se logró evidenciar que respondían a múltiples problemáticas derivadas del confinamiento y la falta de recursos, y atendían a diversos colectivos, en especial a personas mayores solas y otros colectivos vulnerables, coordinándose con las entidades sociales y gubernamentales, centros de salud y otras redes sociales.

El surgimiento y reestructuración de estas redes comunitarias en tan poco tiempo, para responder a las problemáticas que en ocasiones el gobierno no pudo solventar o solventó parcialmente, denota la gran resiliencia ciudadana. Por tanto, es necesario continuar avanzando en el abordaje de la COVID-19 desde una perspectiva comunitaria, visibilizando estas iniciativas y fomentando su articulación con los diferentes actores en salud comunitaria, entre ellos los ayuntamientos y centros de salud, para dar una respuesta completa a la triple crisis que ha comportado la pandemia en el marco de los determinantes sociales en salud¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Consell Asesor de Salut. El sistema de salud post crisis de la COVID-19. [Internet.] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2020. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/conten/_Professionals/Consells_comissions/consells_assessor_de_sanitat/cas-sistema-postcrisi-covid.pdf
2. Ministerio de Sanidad. Equidad en salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. pp. 1-52.
3. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya. Departament de Salut General de Catalunya. [Internet.] 2020;1(Maig):1-18. Disponible en: https://aques.gencat.cat/web/conten/minisite/aques/publicacions/2020/desigualtats_socioeconomicques_covid19_aques2020.pdf
4. European Anti Poverty Network. Implicaciones sociales del coronavirus. Documento de posición. [Internet.] Madrid: EAPN; 2020. p. 7.
5. Ruiz E, Cubillo J, Segura J, Campos P, Koerting A, Hernández T, et al. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. p. 7.
6. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. Orientación comunitaria en la desescalada. Estrategia de Atención Comunitaria Atención Primaria. Zaragoza: Departamento de Sanidad; 2020. p. 6.
7. Cabeza E, Núñez C, Planas T, Ramos M. Servei de Promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut. Reforzar la acció comunitaria frente a la pandemia de la COVID-19. [Internet.] Palma: Conselleria de Salut i Consum; 2020. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Reforzar-ACCI%C3%93N-COMUNITARIA.-COVID19.pdf>
8. Fransen J, Peralta DO, Vanelli F, Edelenbos J, Olvera BC. The emergence of Urban Community Resilience Initiatives During the COVID-19 Pandemic: An International Exploratory Study. Eur J Dev Res. 2021 Jan 12:1-23. doi: 10.1057/s41287-020-00348-y. Epub ahead of print. PMID: 33456209; PMCID: PMC7802407.
9. Nicola M, Alsaifi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. Int J Surg. 2020 Jun;78:185-93. doi: 10.1016/j.ijsu.2020.04.018. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32305533; PMCID: PMC7162753.
10. The World Health Organisation. Risk communication and community engagement readiness and initial response for novel coronaviruses (nCoV). Ginebra: WHO. 2020 (enero). pp. 1-3.
11. Carrasco Munera A, Herranz Calvo C, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Perspectiva comunitaria de la COVID-19: ¿qué ha pasado? ¿y ahora qué? Check list Comunitaria en tiempos de COVID19. Médicos de Familia Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet.] 2020;22(Especial Resetea Primaria):27-8. Disponible en: <https://es.calameo.com/books/000555570462ae938dcba>
12. González A, Campaz YD, Sanmamez N, Belmonte M, Oliva N, Cabezas C. Salut comunitària en temps de la COVID-19. [Internet.] Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020 [citado: 14 de junio de 2021]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/conten/minisite/aspacat/promocio_salut/salut_comunitaria/02documents-interes/01documents/accio-comunitaria-covid-19.pdf
13. Gilmore B, Ndejo R, Tchetchia A, De Claro V, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. BMJ Glob Heal. [Internet.] 2020 [citado: 14 de junio de 2021];5:3.188. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>
14. De Geest S, Sabaté E, Walsh JC, Corbett TK, Hogan M, Duggan J, et al. Interventions for enhancing medication adherence (Review). JMIR mHealth uHealth. 2017;19(1):1-7.
15. Cubillo Llanes J, Aragón Martín B. Sindemia: un enfoque para la acción comunitaria. 2021;23(2):9-11.
16. Eriksson M. Social capital and health-implications for health promotion. Glob Health Action. 2011;4:5.611.
17. Hernán-García M, Cubillo Llanes J. Acción comunitaria a para ganar salud. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2021 [citado 14 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/8cfe3d67-474a-37a4-9fe5-ed13b2fcd267/?utm_source=desktop
18. SEMFIC E. Atención Primaria «COVID mediante y durante» Community care, through and through COVID19. Aten Primaria. [Internet.] 2021;53:4-6. Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/aproximacion-a-la-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia-por-covid-19-de-los-equips-de-atencion-primaria-de-salud-aragoneses/>
19. Pola García M, Domínguez García M, Escartín Lasierra P, Peyman-Fard Shafi Tabatabaei N, Martínez Pecharrómán M, Benedé Azagra CB. Aproximación a la respuesta comunitaria a la pandemia por COVID-19 de los equipos de Atención Primaria de Salud aragoneses TT [Approach to the community response to the COVID-19 pandemic of Aragonese Primary Healthcare Teams]. Comunidad (Barc). [Internet.] 2020;22(2):0. Disponible en: <https://comunidadsemfyc.es/aproximacion-a-la-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia-por-covid-19-de-los-equips-de-atencion-primaria-de-salud-aragoneses/>
20. Agència de Salut Pública de Barcelona. Mesures de prevenció per a xarxes solidàries davant la COVID-19 Introducció i objectiu. [Internet.] Barcelona; 2020. Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2020/04/ASPB-Mesures-prevencio-xarxes-solidaritat-covid19_02_web.pdf

Anexo 1. Cuestionario sobre iniciativas comunitarias/redes de apoyo en tiempos de la COVID-19 (cuestionario 1)

La COVID-19 está causando un triple crisis sanitaria, económica y social. Queremos estudiar las necesidades que han emergido durante la pandemia, las iniciativas comunitarias/redes de apoyo existentes o emergentes en Cataluña y la coordinación de estas con las entidades locales. Para hacerlo, necesitamos que, por favor, completéis el siguiente cuestionario. Antes de nada, agradecemos el valioso tiempo dedicado a responder.

¿Conocéis alguna(s) iniciativa(s) comunitaria(s)/red de soporte que se estén llevando a cabo o hayan surgido en vuestra zona para dar respuesta a las necesidades sociales surgidas por la COVID-19?

- Sí.
- No (ir a la pregunta 10).

En caso de haber contestado afirmativamente, por favor, responded las siguientes preguntas:

1. Nombre de la iniciativa/red de soporte.
2. ¿Existía este recurso antes de la crisis surgida por la pandemia?
 - Sí.
 - No.
3. ¿En qué municipio(s)/barrio(s) opera?
4. ¿Quién lidera la iniciativa? (entidad, grupo *ad hoc*...).
5. ¿Quién más participa?
6. ¿A qué problemática(s) da respuesta principalmente? Desplegable (por ejemplo: salud mental, vivienda, alimentación, ocupación, recursos sanitarios, educación...).

7. ¿Qué colectivos atiende principalmente? Desplegable (por ejemplo: población en general, personas mayores, infancia/adolescencia, mujeres, inmigrantes, trabajadores informales, personas sin hogar...)
8. ¿Podríais proporcionarnos un contacto? (correo electrónico, teléfono, dirección, páginas web, redes sociales...).
9. ¿Cuáles creéis que son las necesidades/emergencias más importantes que han surgido a partir de la pandemia en vuestro entorno?
10. Espacio abierto para comentarios:
11. Correo electrónico de contacto (si queréis recibir los resultados del estudio).
12. ¿Cómo habéis accedido a la encuesta? (WhatsApp, redes sociales, correo electrónico).

[Volver al texto](#)

Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada para el análisis del estado de la salud comunitaria durante la pandemia por la COVID-19 a redes de soporte (cuestionario 2)

Objetivo de la entrevista: conocer los retos en salud y las respuestas comunitarias emergentes ante la crisis desencadenada por la pandemia de la COVID-19 en los diferentes territorios de Cataluña.

Dirigido a: referentes/líderes de iniciativas en el barrio.

Tiempo aproximado de la entrevista: 15-20 minutos.

Lugar: vía telefónica o telemática.

Recursos: grabadora de audio o digital, según sea procedente.

1. Identificación:
 - a. Fecha de la entrevista:
 - b. Municipio:
 - c. Entidad a la cual pertenece:
 - d. Cargo que ejerce:
 - e. Género: Hombre, Mujer, No binario
 - f. Edad:
2. ¿Cuándo se puso en marcha vuestra iniciativa?
 - a. Ya existía ANTES de la pandemia y mantiene los objetivos.
 - b. Ya existía ANTES de la pandemia y reorientada los objetivos para dar respuestas a la crisis.
 - c. Se creó DURANTE la pandemia para dar respuesta a la crisis.
 - d. Otros _____.
3. ¿Quién/quienes la iniciaron?
 - a. Vecinos/as.
 - b. Entidades locales.
 - c. Profesionales (farmacia, trabajo social, salud...).
 - d. ONG.
 - e. Otros _____.
4. ¿Vuestra iniciativa requiere financiamiento o donaciones para funcionar?
 - Sí (si responde sí, ir a 4.1.).
 - No (si responde no, ir a pregunta 5).
 - 4.1. ¿Qué tipo de financiación o donaciones recibís?
5. ¿De qué problemática se ocupa esta iniciativa? ¿A cuántas personas llegáis?
 - Soledad.
 - Salud mental.
 - Violencia (género, intrafamiliar, infantil).
 - Alimentación.
 - Vivienda.
 - Trabajo/ocupación.
 - Acceso a recursos sanitarios.
 - Educación.
 - Tareas de cuidados (p. ej.: llevar la compra, pasear los perros...).
 - Conciliación Familiar (p. ej.: ayuda en el cuidado de los niños).
 - Cultura y ocio, materiales COVID (p. ej.: fabricación de mascarillas).
 - Otros _____.
6. ¿Qué colectivos atendéis principalmente?
 - Población general.
 - Personas ancianas.
 - Niños/adolescentes.
 - Mujeres.
 - Inmigrantes.
 - Colectivo LGTBIQ+.
 - Personas sin hogar.
 - Trabajadores no regularizados.
 - Personas sin hogar.

- Usuarios de drogas.
- Personas con limitaciones funcionales.

7. Durante la pandemia, ¿a cuántas personas habéis dado apoyo? (Servirán los datos que tengáis. Puede ser, por ejemplo, la cantidad de comida repartida en lugar del número de personas atendidas).

7.1. ¿Hasta qué grado pensáis que habéis cumplido las expectativas que teníais al poner en marcha la iniciativa? (0-10)

8. ¿Cómo identificáis a las personas a las cuales ofrecéis el servicio?

9. ¿Os coordináis con otros agentes locales?

- No, trabajamos solos/as.
- Sí, nos coordinamos con otras entidades vecinales del barrio/municipio.
- Sí, nos coordinamos con los servicios sociales.
- Sí, nos coordinamos con el centro de salud.
- Sí, nos coordinamos con el Ayuntamiento/el distrito.
- Otros _____.

10. ¿Consideráis importante la coordinación con el centro de salud u otras entidades? (respuesta abierta)

11. ¿Cuáles creéis que son los facilitadores para una coordinación con los centros de salud u otras entidades?

12. ¿Cuáles creéis que son las limitaciones para una mejor coordinación con el centro de salud u otras entidades?

13. ¿Qué expectativas de continuidad tiene vuestra iniciativa?

¡Nos gustaría poder visibilizar vuestra iniciativa! ¿Estáis interesados en formar parte de los espacios de difusión?

- Sí, en el mapa de activos.
- Sí, con una ficha de buenas prácticas.
- Sí, de las dos formas anteriores.
- No.

Nombre de la iniciativa/Red/Entidad-mail/teléfono de contacto. Finalmente, si tienes algún comentario, este sería el espacio para ponerlo:

[Volver al texto](#)

Fecha de recepción: 6 de octubre de 2021 **Fecha de aceptación:** 17 de enero de 2022

Editor responsable: Asensio López Santiago



[Volver](#)

Redes comunitarias: evaluación de la respuesta a la emergencia social durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en Cataluña
Angelina González Viana, Nuria Pastor Ibáñez, Daniela Campaz Landazábal, Noelia Sanmamed Saiz, Alba Roselló Novella y Carmen cabezas Peña
Comunidad marzo 2022;24(1):2
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar