

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 25 de junio de 2020
 Aceptado: 1 de octubre de 2020
 Publicado: 30 de octubre de 2020

SALUD COMUNITARIA CONFINADA: REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS DESDE LA SALUD PÚBLICA LOCAL

Grupo de trabajo en Salud Comunitaria (1,2): Andrea Bastida, Nuria Calzada, Ferran Daban, Elia Díez, Ana Fernández, Neus Ferrer, Raquel Gallardo, Irene García Subirats, Inmaculada González, Kilian González, Olga Juárez, Núria López, Silvia Martín, Daniel Moreno, Mar Oriol, Gemma Páez, Maribel Pasarín, Esperanza Peracho, Victoria Porthé, Vanessa Puig-Barrachina, Pilar Ramos, Cristina Rey, Yolanda Robles, Natalia Sagarra, Isabel Sala, María Salvador-Piedrafita, Francesca Sánchez, Nabila Sánchez y Noelia Vázquez

(1) Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona. España.

(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Este artículo pretende compartir las reflexiones sobre la acción comunitaria en que la *Agència de Salut Pública* de Barcelona ha estado involucrada en la emergencia de COVID-19. El trabajo realizado puede ordenarse en tres etapas, frecuentemente solapadas: detectar necesidades o problemas, e informar; contactar con las personas participantes y agentes territoriales para valorar qué hacer y cómo hacerlo; y adaptar las intervenciones a la “nueva normalidad” y generar respuestas con los activos comunitarios a las necesidades detectadas. Los problemas emergentes incluyeron: no poder realizar el confinamiento (por falta de casa, condiciones materiales, vivir en situación de violencia); brecha digital (falta de conocimientos, dispositivos, acceso a Wifi); mayor exposición al COVID-19 en los trabajos esenciales pero precarizados, feminizados y racializados (cuidados, limpieza, alimentación), frecuentes en los barrios en que trabajamos; barreras idiomáticas y culturales para seguir las recomendaciones; pérdida de empleo; ingresos insuficientes para cubrir necesidades básicas; dificultades de conciliación; aislamiento social; y deterioro de la salud emocional provocado por la situación. Durante el proceso, algunas intervenciones se adaptaron para continuar de forma telemática, y se intentaron cubrir las necesidades primarias sobre conocimientos y dispositivos de algunas personas participantes a través de las redes solidarias y recursos existentes. La acción comunitaria en salud, desde una mirada crítica, interseccional y local, mediante trabajo intersectorial y la participación de la comunidad, puede contribuir a: facilitar una respuesta adaptada al contexto en caso de crisis sanitaria y mitigar los efectos derivados de esta crisis económica y social.

Palabras clave: Salud comunitaria, COVID-19, Intersectorialidad, Participación.

ABSTRACT

Confined community health: Reflections and experiences from the local public health

This paper aims to share the reflections related to the community actions in which the *Agència de Salut Pública* de Barcelona has been involved during the emergency of COVID-19. The tasks carried out can be arranged in three stages, frequently overlapping: detection of needs and problems; contact with key stakeholders to assess what to do and how to do it; adaptation of the interventions to the “new normal” and generation of new responses. The emerging problems included: not being able to do the confinement (due to homelessness, material conditions, living in a situation of violence); digital gap (lack of knowledge, devices, access to Wifi); greater exposure to COVID-19 in the essential but precarious, feminized and racialized jobs (care, cleaning, food shops) that are the most frequent in the neighborhoods in where we work; language and cultural barriers that preclude to follow recommendations; to lose employment; insufficient income to cover basic needs; social isolation; and the deterioration of emotional health caused by the situation. During the process, some interventions were adapted to be delivered on-line. Solidarity networks and local resources were key to meet basic needs, but also other needs related to lack of digital knowledge or device. Community action in health, from a critical, intersectorial and local perspective, and with intersectorial work and community participation, can contribute to: facilitate a contextualized response in the event of a health crisis; mitigate the effects derived from its economic and social crisis.

Key words: Community health, COVID-19, Intersectorial work, Participation.

Correspondencia:
 Ana Fernández Sánchez
 Servicio de Salud Comunitaria
 Dirección de Promoción de la Salud
 Agència de Salut Pública de Barcelona
 Lesseps, 1
 08023 Barcelona, España
 afernand@aspb.cat

Cita sugerida: Grupo de trabajo en Salud Comunitaria. Salud comunitaria confinada: reflexiones y experiencias desde la Salud Pública local. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 30 de octubre e202010131.

CONTEXTO

Ya hace más de 12 años desde que la *Agència de Salut Pública* de Barcelona (ASPB) implementa la estrategia de salud comunitaria “*Barcelona Salut als Barris*” (BSaB) en los barrios con indicadores de mayor vulnerabilidad⁽¹⁾. Actualmente, el programa está presente en 25 de los 73 barrios de la ciudad. Se entiende la salud comunitaria como una acción en y desde la comunidad que puede influir positivamente en la salud. Estas acciones se derivan de las necesidades detectadas a través de un diagnóstico participativo, y se diseñan e implementan de manera participativa con agentes claves del territorio (servicios, equipamientos, administración, entidades, vecinas y vecinos, etc.). Las acciones van dirigidas a fomentar el bienestar y la promoción de la salud, promoviendo intervenciones que fomenten el autocuidado, la independencia y las redes de apoyo, teniendo en cuenta tanto lo local como lo próximo^(2,3). Esto incluye desde acciones de abogacía a acciones grupales y/o talleres de educación y/o promoción de la salud, entre otras. Así, los principios de la estrategia BSaB son: enfoque salutogénico; promoción de los activos para la salud; trabajo en red con todos los agentes del territorio; interseccionalidad; evaluación y sostenibilidad^(1,2). La meta es hacer, mediante todas, que los barrios sean más saludables, seguros, sostenibles y solidarios⁽⁴⁾, e incluir la acción comunitaria en la gobernanza para la reducción de las desigualdades en salud de la ciudad⁽⁵⁾.

Además de la estrategia de BSaB, la ASPB participa también en otros procesos de salud comunitaria coordinados por otros agentes.

Días antes de la declaración del estado de alarma⁽⁶⁾, los grupos motores (conformados por agentes claves del territorio [técnicos/as del distrito, profesionales de los servicios de salud y servicios sociales, de los equipamientos de proximidad, representantes de entidades del tercer sector

relevantes del territorio, de asociaciones locales, y vecinos y vecinas]) que supervisan las acciones que se llevan a cabo, decidieron cancelar algunas intervenciones, primando la seguridad sanitaria. A partir de entonces, toda la actividad comunitaria promocionada por la ASPB y los servicios públicos quedó parada. Afortunadamente, desde grupos formales (por ejemplo, los planes comunitarios, asociaciones de vecinos y vecinas) e informales (por ejemplo, vecinos y vecinas que se organizaron en ese momento) se generaron redes comunitarias que sostuvieron y siguen sosteniendo a muchas personas.

Por otro lado, como en el resto de servicios de Salud Pública del Estado, y probablemente de muchos países, las enfermeras y médicas de la ASPB (incluyendo las dedicadas a la salud comunitaria, así como otras profesionales) fueron movilizadas como personal esencial para reforzar las necesidades de personal de epidemiología en la pandemia de COVID-19.

Con muy poca dedicación posible, elaborar y participar en los procesos comunitarios de los barrios seguía siendo necesario: en momentos en los que se prioriza el comportamiento individual, la enfermedad y la mal llamada distancia “social”, ¿qué se podía hacer desde la salud comunitaria? El objetivo de este artículo fue compartir y reflexionar brevemente sobre algunas acciones comunitarias en las que la ASPB estuvo involucrada. Se reconoce y valora que hay mucha acción comunitaria en salud más allá de la promovida por la administración, pero este artículo se centra en nuestra experiencia.

ACCIONES REALIZADAS

Se han ordenado las acciones en 3 etapas, aunque entre ellas se solapan.

Etapas de salud comunitaria en COVID-19: información y detección de necesidades. Los primeros días lo primordial era proporcionar

información. Esto se hizo desde la confianza tejida durante días, meses y años de trabajo conjunto. Agentes con los que compartimos trabajo en los barrios nos preguntaban qué se podía y qué no se podía hacer. En algunas ocasiones no se pudo dar respuesta a estas demandas o tuvieron que ser pospuestas. También fueron días de mucha comunicación vía redes sociales con los grupos de vecinas y vecinos, con los que trabajamos desmontando bulos y aclarando recomendaciones.

Desde la ASPB la relación con las redes comunitarias fue desigual, en función del territorio y de la relación previa: desde la participación directa en algunas redes, acompañando y recomendando medidas de actuación de protección ante la COVID-19, pasando por recomendaciones puntuales o la no participación. A nivel general, y para poder dar respuesta a las demandas que se recibían por parte de estas redes comunitarias de solidaridad y apoyo mutuo, se generó un documento que recogía las preguntas más frecuentes⁽⁷⁾. Respecto a las dudas sobre las donaciones de alimentos, el servicio de seguridad alimentaria de la ASPB nos facilitó información y, en algunos casos, asesoró directamente a las entidades. Además, en varios barrios se colaboró estrechamente con agentes comunitarios en la generación de webs con información local y actualizada sobre los servicios y ayudas (por ejemplo, <https://carmelamunt.wixsite.com/carmelantiviral>).

Resulta importante destacar que la paralización de las rutinas comunitarias situó a los colectivos que tradicionalmente se encuentran en un entorno de mayor vulnerabilidad (niños/as, adolescentes, mujeres, gente mayor y familias de origen inmigrante y/o de clases desfavorecidas) en una situación con mayores dificultades para abordar los efectos multifactoriales de la pandemia. Esto nos hizo pensar en un posible aumento de la brecha de las desiguales sociales en salud, que quedó reflejado en los primeros

mapas de incidencia de COVID-19 en la ciudad, donde se observa un patrón de mayor afectación en barrios socioeconómicamente más desfavorecidos, algo ya reportado en otros contextos^(8,9). A partir de estos datos se generaron dos grupos de trabajo desde el Ayuntamiento para dar una respuesta contextualizada. Estos grupos trabajaban para instaurar acciones que mejoraran tanto el confinamiento como la realización de aislamiento y cuarentenas. La contribución de la ASPB fue:

- i) Aportar información sobre la realidad de los barrios, identificada a través del contacto con agentes clave, así como realizar las tareas de control y vigilancia epidemiológica.
- ii) El diseño de una web con información sobre la COVID-19 de la ciudad, con análisis por ejes de desigualdad, incluido el territorial (<https://webs.aspb.cat/covid19aldiabcn/>).
- iii) Recomendaciones de actuación.

Respecto al primer apartado, se recogieron las siguientes necesidades, a través del contacto telefónico con agentes clave del territorio (en su mayoría, vecinos y vecinas, técnicas de los planes comunitarios, profesionales de Atención Primaria y de servicios sociales, y profesionales de entidades del tercer sector con las que se colabora): no tener donde confinarse (personas que vivían en la calle), no poderlo hacer en buenas condiciones materiales (casas pequeñas, mal ventiladas, con hacinamiento) o bien hacerlo en condiciones peligrosas (con maltratadores). En muchos barrios también se detectaron grandes dificultades para realizar teletrabajo, ya que el trabajo era esencial (cuidados, limpieza, alimentación). En este caso, la exposición a la infección era mayor. No hay que olvidar que muchos de estos trabajos están precarizados, feminizados y racializados, con lo cual la desigualdad se incrementa. También surgían problemas debidos a barreras

idiomáticas y culturales que podían dificultar seguir las recomendaciones. Sin olvidar los problemas relacionados con la pérdida del trabajo (y de ingresos para cubrir necesidades básicas, como la alimentación y la vivienda), la brecha digital (y su impacto en la educación), las dificultades de conciliación, el aislamiento social, y el impacto en la salud emocional provocado por la suma de todo^(10,11).

Etapa 2 de salud comunitaria en COVID-19: transformar intervenciones y recontactar con las participantes. En una segunda etapa se empezó a retomar el contacto telemático con los principales grupos de trabajo de los barrios. Aunque el contacto en algunos territorios nunca se perdió, en la mayoría de ellos ocurrió una vez que la curva de nuevas infecciones iba aplanándose.

Muchas de las reuniones empezaron preguntándonos cómo estábamos, los miedos y dudas que teníamos, acompañándonos también cuando habíamos perdido a alguien querido: en definitiva, cuidándonos. Se valoró también qué hacer con las intervenciones comunitarias: cancelar o posponer las intervenciones; o bien transformarlas. Se priorizó adaptarlas en la medida de lo posible, por los propios efectos positivos de la intervención, pero también teniendo en cuenta la repercusión de su cancelación en las entidades proveedoras del servicio, pertenecientes al sector social.

En la **tabla 1** se pueden ver algunos ejemplos de cómo se transformaron algunas de las intervenciones (coproducidas comunitariamente después del análisis de necesidades locales) juntamente con sus riesgos. La mayoría de las intervenciones se transformaron realizando una adaptación de los talleres online (en directo o en diferido). Consecuentemente, el mayor riesgo detectado se relacionaba con la brecha digital, a 3 niveles: por falta de conocimientos, de dispositivos o de acceso a Wifi⁽¹²⁾.

Durante esta fase también nos coordinamos con los agentes territoriales para poder hacer el seguimiento de las personas participantes de las intervenciones. En algunas de estas llamadas se detectaron algunos problemas que pudieron ser derivados y atendidos por los equipos de Atención Primaria de salud, de los servicios sociales o por las propias redes de apoyo vecinales. Cabe destacar que en algunas intervenciones las propias participantes se organizaron para llamarse entre ellas y acompañarse, convirtiéndose en “radares” de necesidades.

Etapa 3 de salud comunitaria en COVID-19: preparar el desconfinamiento y reorganizar. En esta tercera etapa los esfuerzos se concentraron en:

- i) Garantizar las medidas de seguridad de las intervenciones que se van a reanudar presencialmente.
- ii) Preparar respuestas a las nuevas necesidades, tanto generando nuevas intervenciones como reformulando algunas de las existentes (por ejemplo, incluyendo la salud emocional).
- iii) Reorganizar el presupuesto y los objetivos comunitarios.

REFLEXIONES Y RETOS

Una de las primeras reflexiones remite a la infradotación endémica de la Salud Pública en nuestro país. Eso ha provocado que los servicios de Salud Pública hayan tenido que reforzar las actuaciones de vigilancia y control epidemiológico desde otros servicios. Se entiende que la situación lo requería, pero esto ha dificultado el trabajo en los territorios en los que, a veces, no se ha podido dar una respuesta adecuada o suficiente. Consideramos que las profesionales de salud comunitaria deberíamos haber estado más presentes en los barrios, coordinándonos con el distrito y otros agentes, asesorando para

Tabla 1
Ejemplo de intervenciones transformadas durante el confinamiento.

INTERVENCIÓN	OBJETIVO	MOMENTO EN QUE ESTABA EL 14 DE MARZO	TRANSFORMACIÓN	GESTIÓN DE RIESGOS
INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS ESCUELAS				
Programa de Educación Emocional.	Promover la educación emocional en la etapa de educación infantil a través de la formación previa del profesorado y el desarrollo de actividades en el aula en P3, P4 y P5.	Diversos centros escolares estaban desarrollando las actividades en las aulas.	Se han preparado 3 cápsulas formativas centradas en educación emocional. Dirigidas al profesorado de educación infantil y educación primaria. Pretenden dar recursos al profesorado para tomar conciencia de la importancia de las emociones y reflexionar sobre buenos hábitos emocionales que serán claves para el momento actual y en un futuro.	Dificultad de seguimiento del profesorado que no estará en el centro escolar hasta el inicio del curso 2020-2021 y dificultad en la valoración de la aplicabilidad real del recurso por parte del profesorado en el alumnado.
Intervenciones de soporte al programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (<i>Hablemos, no te cortes</i>).	Promover la educación afectiva y sexual en centros escolares de secundaria.	Diversos centros escolares estaban desarrollando las actividades en las aulas.	Se han reorientado las intervenciones: Visita al recurso de atención a la salud sexual y reproductiva de presencial a virtual; se han preparado formaciones virtuales a profesionales implicados en este programa; una intervención de teatro social presencial se ha reorientado a virtual.	Se han realizado estas modificaciones para ser aplicada a partir del curso escolar 2020-2021.
Intervenciones de soporte a los programas Creixem sans y Creixem més sans (<i>Creecemos sanos y crecemos más sanos</i>).	Promover hábitos alimentarios, de actividad física y descanso más saludables.	Diversos centros escolares estaban desarrollando las actividades en las aulas.	Se han reorientado las intervenciones previstas presencialmente y dirigidas a familias: se incorporan hábitos de prevención e higiene y se preparan dinámicas virtuales para que el profesorado pueda trabajar los contenidos con el alumnado.	Se han realizado estas modificaciones para ser aplicada a partir del curso escolar 2020-2021.
Formación al profesorado. Programas promoción de la salud en la escuela.	Formar al profesorado previamente a la aplicación de los programas escolares para garantizar que tengan los recursos necesarios para intervenir en el aula.	Profesorado ya formado y desarrollando los programas en el aula.	Se ha preparado una formación virtual para el profesorado que quiera aplicar nuestros programas en los centros escolares el curso 2020-2021.	Se han realizado estas modificaciones para ser aplicada a partir del curso escolar 2020-2021.

Tabla 1 (continuación)
Ejemplo de intervenciones transformadas durante el confinamiento.

INTERVENCIÓN	OBJETIVO	MOMENTO EN QUE ESTABA EL 14 DE MARZO	TRANSFORMACIÓN	GESTIÓN DE RIESGOS
INTERVENCIONES COMUNITARIAS DIRIGIDAS A LAS FAMILIAS				
Programa de habilidades familiares.	Mejorar las relaciones que se establecen entre las familias y los hijos/as.	Había diferentes talleres comenzados y otros que estaban en preparación o previstos para comenzar durante los meses de marzo/abril.	Se crearon unas “píldoras” con los puntos clave de cada sesión para que cada profesional pudiera enviar a sus familias a través de WhatsApp.	Que no se tuvieran el número de teléfono de todas las familias y que los profesionales no tuvieran las herramientas necesarias para hacerlo como número de teléfono de trabajo.
INTERVENCIONES COMUNITARIAS DIRIGIDAS A INFANCIA				
Música en tándem.	Promover el bienestar emocional y social de los niños y niñas mediante la mentoría educativa por parte de voluntarios/as y el aprendizaje de técnicas artísticas (musicales).	Se encontraba a mitad de proyecto (es un proyecto que funciona en época escolar, de octubre a junio).	La mentoría se ha hecho telemáticamente. Cada mentor/a contactaba semanalmente con su mentorado/a y se encontraban mediante aplicaciones móviles. Las entidades responsables de la parte artística les hacían llegar propuestas de actividades para hacer en sus casas.	Dificultad de seguimiento de los niños y niñas que viven en familias con mayores dificultades (económicas, de recursos). Algunas familias sin tablet ni ordenador. Gestión de las emociones de los niños y niñas cuando en la familia ha habido algún caso de COVID-19. Se han hecho las gestiones para conseguir que tuvieran accesos a dispositivos.
Amics i circ (<i>amigos y circo</i>).	Promover la integración escolar, la autoconfianza y la autoestima mediante el acompañamiento educativo por parte de los acompañantes voluntarios y del aprendizaje de técnicas de circo. Dirigido a población infantil de entre 11 y 12 años.	Se han podido realizar 10 sesiones de mentoría, 10 sesiones de circo y 2 salidas colectivas de las previstas.	De la mentoría presencial a la mentoría a distancia o <i>e-mentoring</i> . Los mentores han mantenido contacto vía telefónica de forma regular por los distintos formatos (WhatsApp, audios, llamadas, videollamadas). De las actividades de circo, se ha mantenido el vínculo con los niños y niñas a través de mundo virtual. Al inicio del confinamiento se les hizo llegar actividades relacionadas con el circo mediante enlaces, estos enlaces contienen información sobre como fabricar malabares caseros, indicaciones para hacer los malabares en casa y espectáculos <i>online</i> . Posteriormente, el responsable creó una página web que contiene vídeos con diferentes técnicas, tutoriales para aprender circo en casa (https://somcirc.wixsite.com/somcirc).	En algunos casos se han detectado dificultades de seguimiento por las distintas situaciones derivadas por la crisis producida por la COVID-19, tanto de los mentores como de los participantes. Se activó la comunicación telemática para evitar riesgos. En algún caso ha sido necesario realizar un seguimiento individualizado para evitar que el participante se desvinculara del programa.

Tabla 1 (continuación)				
Ejemplo de intervenciones transformadas durante el confinamiento.				
INTERVENCIÓN	OBJETIVO	MOMENTO EN QUE ESTABA EL 14 DE MARZO	TRANSFORMACIÓN	GESTIÓN DE RIESGOS
INTERVENCIONES COMUNITARIAS DIRIGIDAS A JÓVENES				
Formación y ocio saludable en jóvenes.	Promover la formación y el ocio saludable en jóvenes con riesgo de exclusión social.	Jóvenes realizando formaciones o actividades de ocio saludable.	Seguimiento telemático de estos jóvenes para dar apoyo a sus actividades de formación y resolver sus dudas y necesidades. Se han realizado talleres en vivo (via Instagram), reuniones grupales y se han fomentado retos utilizando otras plataformas (TikTok).	Perder a los jóvenes por desmotivación o pérdida del vínculo con el programa. Se ha intensificado el seguimiento de estos jóvenes.
INTERVENCIONES COMUNITARIAS DIRIGIDAS A POBLACIÓN ADULTA				
Fem Salut Fem Barri (<i>Hacemos salud, hacemos barrio</i>).	Mejorar la salud emocional y el soporte social en personas adultas en riesgo de exclusión social.	Personas en la fase de preinscripción para el inicio de la octava edición del programa.	Seguimiento telemático de estas personas para dar apoyo en el confinamiento y resolver sus dudas y necesidades Creación de una página web con toda la información de servicios del barrios disponibles e información relevante referente al COVID-19.	Aislamiento, soledad e información no adecuada de las personas con menos recursos. Se ha contactado con las personas para dar información adecuada y acompañar.
A la Marina ens Cuidem (<i>En la Marina, nos cuidamos</i>).	Mejorar la salud emocional de las personas en paro de larga duración o en exclusión social mediante talleres cortos de retorno social en que las talleristas son las propias participantes.	La tercera edición estaba en proceso de diseño para iniciar en septiembre de 2020.	Se planteó empezar una versión corta de talleres telemáticos. Existe una necesidad detectada de poder realizar ejercicio corporal, conciliar el sueño, y mejorar la salud emocional si hablar de ella directamente.	El mayor riesgo detectado es la fractura digital de las participantes. No obstante, se intentará hacer un documento básico para enseñar a las participantes como conectarse a una plataforma de comunicación tipo Jitsi y que sea factible des de un dispositivo tipo móvil sin necesidad de Tablet u ordenador.
Más con Menos (espacio de cocina)	Mejorar la calidad de vida de las participantes, generando espacios de relación, vínculo y aprendizaje que puedan ayudar a hacer frente a las dificultades.	El proyecto comenzó en octubre, se paró a mitad de curso.	Seguimiento de las participantes por vía telefónica y WhatsApp. Talleres <i>online</i> en directo para cocinar conjuntamente recetas saludables durante el confinamiento vía jitsi. Se envían consejos sobre alimentación saludable durante el confinamiento, autocuidado y bienestar emocional. Fomentar la participación en las redes solidarias del territorio.	No tener acceso a dispositivos o conexión wifi, para poder seguir la sesión. Se contactó con las redes solidarias generadas en el barrio para hacer campaña de donación de dispositivos telemáticos.

Tabla 1 (continuación)
Ejemplo de intervenciones transformadas durante el confinamiento.

INTERVENCIÓN	OBJETIVO	MOMENTO EN QUE ESTABA EL 14 DE MARZO	TRANSFORMACIÓN	GESTIÓN DE RIESGOS
INTERVENCIONES COMUNITARIAS DIRIGIDAS A PERSONAS MAYORES				
Gran Circ (<i>Gande Circo</i>).	Mejorar la calidad de vida y reducir el aislamiento social de las personas mayores de 60 años a través de técnicas de circo.	Se habían hecho 4 de las 12 sesiones grupales presenciales.	Los talleristas han grabado 6 videos para que puedan hacer ejercicios en casa + 1 video de calentamiento. Se ha generado un grupo de WhatsApp con las participantes. Cada martes a la misma hora que era el taller se manda el enlace al video con el calentamiento y el ejercicio. Cada semana se hace una llamada de seguimiento por si han tenido problemas (https://ateneu9b.net/noticies/gent-gran-circ-i-confinament).	El riesgo identificado tiene que ver con la brecha digital: no todo el mundo tenía WhatsApp y/o acceso a un equipo que permitiese conectarse. Aquellas personas que querían participar y estaban en esta situación se las puso en contacto con el proyecto “vincles” para que les facilitaran una Tablet (https://ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/es/content/vincles-bcn-0).
Escuela de salud para las Personas Mayores.	Mejorar la calidad de vida y reducir el aislamiento social de las personas de más de 65 años.	Se habían hecho 21 de las 35 sesiones grupales presenciales.	Desde la segunda semana de junio se ha retomado la escuela en formato online. Mediante la plataforma del programa Vincles se ha contactado con las participantes y cada semana se envía una propuesta: un corto, un poema, ejercicios relajación... que después se comentan entre todas. Se harán también sesiones de teatro social, en formato telemático las primeras y se plantea hacer las últimas en modo presencial.	El riesgo identificado es la brecha digital: básicamente problemas para poderse conectar. Desde la plataforma Vincles, el Plan Comunitario y ASPB se ha contactado con cada una de las participantes para ver cada caso en particular y dar soluciones particulares. Se intentará que se conecten en grupos de 3 o 4 personas para minimizar los problemas de conexión.

prevenir o minimizar riesgos, y reforzando el monitoreo y la respuesta comunitaria. En posibles rebrotes o emergencias creemos que se debería tener este aspecto en cuenta⁽¹³⁾.

A nivel del trabajo comunitario, uno de los factores que se ha puesto en valor es la confianza. Así, en aquellos territorios donde las alianzas entre los agentes clave son más fuertes, el trabajo conjunto ha sido más fácil. La confianza construida ha facilitado que la frecuente falta de respuestas claras debido a la incertidumbre generase menos frustración. A la inversa, en los territorios en que las redes son más frágiles, preocupa que nuestra ausencia en este periodo influya en el trabajo futuro. Otro aspecto clave ha sido la existencia previa de estructuras formales de participación (por ejemplo, planes comunitarios) y redes comunitarias previas, donde ya existía una coordinación previa. En los barrios sin buena coordinación hemos apreciado duplicidad de recursos, falta de accesibilidad a servicios y baja cobertura en algunas intervenciones. Además, en los barrios con mayor diversidad cultural, que interconectan con territorios con mayor privación socioeconómica, resulta imprescindible un aumento del trabajo comunitario coordinado con el resto de profesionales, así como un aumento de mediadoras culturales, no sólo por el aspecto idiomático sino también por el simbólico. La falta de estas profesionales ha hecho muy difícil la comunicación y pueden aumentar las desigualdades en salud en un futuro. Tampoco ayuda a generar lazos más estrechos con la población si ésta se siente sola o mal informada.

Por otro lado, se ha puesto en valor la importancia del cuidarse y de dar respuestas coordinadas con la ciudadanía y las entidades, verdaderos motores solidarios en estos días. Si bien, a veces, desde la administración se llega tarde, es importante llegar de todos modos, conociendo lo que se está haciendo, respetándolo, valorando los saberes y experiencias del otro y

aportando lo propio⁽¹³⁾. De hecho, este es uno de los retos futuros: cómo establecer sinergias entre aquellos espacios más técnicos que ya existían antes de la pandemia y los espacios vecinales que se han creado o reforzado⁽¹⁴⁾.

Surgen preguntas sobre cómo será la acción comunitaria a partir de ahora. Sabemos que no puede pasar sólo por lo telemático, ya que eso generará más desigualdades. Sabemos también que las personas necesitan la presencia física, por lo que es necesario recuperar los espacios públicos, el contacto social y generar espacios de encuentro. Es vital poner esfuerzos en que nadie se quede atrás, siendo proactivos en generar espacios de participación para que aquellas personas en una situación de mayor vulnerabilidad (como las niñas y niños, las personas mayores, o las personas excluidas del sistema) puedan expresar sus necesidades, dar su opinión, construir propuestas y no ver silenciada su voz ni vulnerados sus derechos^(14,15). Hay que seguir denunciando las desigualdades sociales y visibilizándolas, ofreciendo respuestas contextualizadas. Para ello, es más importante que nunca la acción comunitaria en salud: trabajando de manera intersectorial y con la participación de la comunidad, con una mirada interseccional y local que tenga en cuenta las realidades del contexto y las idiosincrasias territoriales, se podrán mitigar los efectos de un posible rebrote y suavizar las consecuencias que la crisis social y económica derivada de la pandemia de la COVID-19 tendrán en los barrios⁽¹⁶⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daban F, Pasarín M, Borrell C, Artazcoz L, Perez A, Fernandez A *et al.* Barcelona Salut als Barris: 'Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gac Sanit.* 2020; 8:S0213-911.
2. Diez È, Pasarín M, Daban F *et al.* 'Salut als barris' en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir

- las desigualdades sociales en salud. *Comunidad*. 2012; 14(2):121-26.
3. Pasarín M, E Díez. Salud Comunitaria: una actuación necesaria: *Gac Sanit*. 2013; 27(6):477-78.
4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31:13-27.
5. Borrell C, Pasarín M, Díez E, Pérez K, Malmusi D, Pérez G *et al*. Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. *Gac Sanit*. 2020; 34:69-76.
6. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (2020).
7. Agència de Salut Pública de Barcelona. Mesures de prevenció per a xarxes solidàries davant la covid. Disponibles en: https://www.aspb.cat/noticies/not_mesures-prevencio-xarxes-solidaries-covid19/
8. Dorn A, Van Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet* 2020;395:1243-44.
9. de Oliveira LA, de Aguiar Arantes R. Neighborhood Effects and Urban Inequalities: The Impact of Covid-19 on the Periphery of Salvador, Brazil. *City Soc*. 2020; 32(1).
10. Vindegaard N, Benros M. COVID-19 Pandemic and Mental Health Consequences: Systematic Review of the Current Evidence. *Brain Behav Immun*. 2020.
11. Becerra-García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez-Gutiérrez T, Barbeito Resa S, Calvo Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales ocupacionales. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94(1):e1-e11.
12. Beauoyer E, Dupéré S, Guitton MJ. COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Comput. Human Behav*. 2020. doi:10.1016/j.chb.2020.106424.
13. Hernán-García M, Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, Cofiño R. Epidemias, virus y activos para la salud del barrio [Epidemics, viruses and neighborhood health assets]. *Gac Sanit*. 2020 May 6:S0213-9111(20)30093-5. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.04.010. Epub ahead of print. PMID: 32493581; PMCID: PMC7200347.
14. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet*. 2020 May 30;395(10238):1676-1678.
15. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ*. 2020 Apr 27;369:m1557.
16. Ruiz E, Cubillo J, Segura J, Campos P, Koerting A, Hernandez A, Cobos M. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. 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