

ORIGINALES

Aproximación a la respuesta comunitaria a la pandemia por COVID-19 de los equipos de Atención Primaria de Salud aragoneses

[Ver en pdf](#)

Marina Pola García. Centro de Salud Calaceite. Sector Alcañiz. Servicio Aragonés de Salud. Calaceite. Teruel. España.

Grupo GIIS01. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. España.

Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Aragón (PACAP Aragón). Sociedad Aragonesa Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Zaragoza. España.

Marta Domínguez García. Centro de Salud Arrabal. Sector Zaragoza I. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. España.

Grupo GIIS01. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. España.

Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Aragón (PACAP Aragón). Sociedad Aragonesa Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Zaragoza. España.

Patricia Escartín Lasierra. Centro de Salud Hecho. Sector Huesca. Servicio Aragonés de Salud. Hecho. Huesca. España.

Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Aragón (PACAP Aragón). Sociedad Aragonesa Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Zaragoza. España.

Nima Peyman-Fard Shafi Tabatabaei. Centro de Salud Caspe. Sector Alcañiz Servicio Aragonés de Salud. Caspe. Zaragoza. España.

Grupo GIIS01. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. España.

Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Aragón (PACAP Aragón). Sociedad Aragonesa Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Zaragoza. España.

Marimar Martínez Pecharromán. Grupo de Investigación en Atención Primaria. Gobierno Aragón. Zaragoza. España.

Grupo GIIS01. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. España.

Carmen Belén Benedé Azagra. Centro de Salud Canal Imperial-San José Sur. Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. España.

Grupo de Investigación en Atención Primaria. Gobierno Aragón. Zaragoza. España.

Grupo GIIS01. Instituto Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. España.

Programa Actividades Comunitarias en Atención Primaria de Aragón (PACAP Aragón). Sociedad Aragonesa Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Zaragoza. España.

Para contactar:

Marta Domínguez García. info@gaiap.es

RESUMEN

Introducción: ¿cómo seguir trabajando la orientación y participación comunitaria en Atención Primaria durante la pandemia por COVID-19?

Objetivos y métodos: observar, describir, reflexionar y documentar aspectos relativos a la atención comunitaria en el momento actual de pandemia por COVID-19 en los equipos de Atención Primaria (EAP) de Aragón. Estudio exploratorio-descriptivo observacional transversal con enfoque cualitativo, con dos fases. 1^a: recopilación de experiencias comunitarias y localización de informantes clave. 2^a: descripción de acciones comunitarias. Análisis descriptivo y tipo DAFO.

Resultados: se detectaron 47 iniciativas. Participaron 11 expertas y 54 informantes clave. El 66,6% consideró el rol de los EAP como consultores/colaboradores. El 64,9% de las iniciativas contempló la diversidad. El 49,1% no sabía si valoraron diferencias por género. Destacaron la importancia de lo comunitario para superar la crisis y la cooperación y coordinación con la comunidad e instituciones locales.

Discusión: protocolos con orientación biomédica, miedo e incertidumbre por la COVID-19 dificultaron el desarrollo de iniciativas comunitarias; frente a esto, fue clave la trayectoria comunitaria previa de los EAP, el trabajo en equipo, con especial relevancia el de las trabajadoras sociales, y su motivación. La participación del EAP como colaborador refuerza la importancia del liderazgo compartido. Son necesarios espacios colaborativos, apoyo institucional y coordinación intersectorial.

Conclusión: durante la pandemia, las comunidades deben ser parte de la respuesta; la orientación comunitaria de los EAP es clave. Es preciso visibilizar, acompañar y reforzar el trabajo comunitario y estimular la coordinación con Salud Pública.

Palabras clave: participación comunitaria, COVID-19, investigación participativa basada en la comunidad, Atención Primaria de Salud.

APPROACH TO THE COMMUNITY RESPONSE TO THE COVID-19 PANDEMIC OF ARAGONESE PRIMARY

HEALTHCARE TEAMS

Abstract

Introduction. How to continue working on community guidance and participation in Primary Care during the COVID-19 pandemic?

Objectives and Methods. To observe, report, reflect and document autonomous community experiences of Aragonese Primary Care Teams (PCT) during the COVID-19 pandemic. A two-phase exploratory-descriptive observational, cross-sectional study with a qualitative approach. Phase 1: compilation of experiences in community health and location of key informants. Phase 2: description of community actions. Descriptive and SWOT analysis.

Results. A total of 47 initiatives were detected; 11 experts and 54 key informants took part. A total of 66.6% considered the role of the PCT as consultants or collaborators; 64.9% of initiatives considered diversity. A total of 49.1% did not know whether they evaluated differences by sex. They highlighted the importance of the community to overcome the crisis, and cooperation and coordination with community and local institutions.

Discussion. Protocols with biomedical guidance, fear and uncertainty due to COVID-19 hindered development of community initiatives. In light of this, the previous community trajectory of PCTs, teamwork with special relevance of social workers and their motivation were fundamental. PCT involvement as a partner strengthens the importance of shared leadership. Collaborative spaces, institutional support and intersectoral coordination are all necessary.

Conclusion. During the pandemic, communities must be part of the response; PCT community guidance is essential. Visibility, working alongside and strengthening community work and stimulating public health coordination are all necessary requirements.

Keywords: Community-Based Participatory Research, Community Participation, COVID-19, Primary Healthcare.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un giro inesperado a nivel global creando una emergencia sociosanitaria que se ha extendido mundialmente y, con ella, el miedo e incertidumbre. En este contexto, también ha surgido la solidaridad con iniciativas que refuerzan la acción comunitaria¹. Redes y acciones comunitarias han sido recursos esenciales durante la pandemia, ya que han ayudado a disminuir la transmisión de la infección y el impacto social asociado, brindando apoyo, reparto de responsabilidades y puesta en común de recursos. Han garantizado una comunicación proactiva y bilateral, incrementando el alcance de intervenciones y permitiendo llegar a la población eficazmente^{2,3}. La participación comunitaria y la promoción de salud (PS) han sido esenciales en la respuesta a la COVID-19 en todas las fases³⁻⁵. El sistema sanitario trabaja con personas y comunidades que se sitúan en contextos concretos que no pueden obviarse. El individualismo en la acción del sistema sanitario es reflejo de un sistema socioeconómico que obvia los principales determinantes sociales de la salud y los pilares básicos del proceso salud-enfermedad: Atención Primaria (AP), acción intersectorial y participación comunitaria⁶. En un momento complejo como el de la pandemia por COVID-19, estas cuestiones son esenciales. En el caso de la AP, todo esto se concreta junto con la atención individual y familiar en uno de sus servicios de cartera básica: la atención comunitaria (AC)⁷⁻⁹. Para desarrollarla, es imprescindible incorporar la orientación comunitaria en todos los ámbitos de actuación de la AP¹⁰. En Aragón, esta se está desarrollado mediante la Estrategia de Atención Comunitaria¹¹, pero... ¿cómo seguir trabajando en AP en medio de una pandemia en la que los EAP se han organizado basándose en protocolos asistenciales con escasa orientación comunitaria¹²? El presente trabajo se plantea desde los grupos de investigación de Atención Primaria B21_17R, GIIS 011 del Gobierno de Aragón y el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP) Aragón¹¹, encuadrado dentro de los estudios de investigación sobre servicios y sistemas sanitarios, donde las prioridades de investigación son la influencia y el desarrollo de los atributos básicos de la AP como es la AC, así como el conocimiento de buenas prácticas, opiniones, fortalezas y dificultades que los profesionales tienen para su desarrollo¹³.

OBJETIVOS

Observar, describir, reflexionar y documentar aspectos relativos a la AC en el momento actual de pandemia por COVID-19 en los EAP de Aragón.

METODOLOGÍA

Se planteó un estudio exploratorio-descriptivo observacional transversal con enfoque cualitativo, con dos fases, siendo el período de estudio del 15 de marzo al 10 de mayo de 2020. Para la obtención de datos se utilizaron varias fuentes.

Fase 1: se recopiló información sobre experiencias de AC, PS y/o salud comunitaria en las que habían participado los EAP. Se realizó una descripción inicial respecto a temas clave en salud comunitaria (equidad, liderazgo, género, etc.) y se localizaron informantes clave (IC) para entrevistar en la fase 2. Los datos se obtuvieron por medio de dos acciones: grupo de personas expertas y revisión documental por el equipo investigador:

A) *Grupo de personas expertas.* Se identificó un grupo de personas expertas de AP, salud pública o salud comunitaria para aportar información sobre experiencias realizadas con participación de los EAP durante el período de estudio (**tabla 1**). No se pudo realizar un grupo nominal presencial, por lo que el equipo investigador elaboró un cuestionario estructurado autocumplimentado, que fue enviado electrónicamente y apoyado con entrevistas telefónicas. Las opiniones vertidas por las expertas se agruparon por temáticas: recursos personales y materiales de los EAP; relación interna y situación de los EAP; organización del sistema sanitario; relación de los EAP con la comunidad; situación provocada por la COVID-19 en los EAP; situación de la comunidad por la COVID-19; recursos personales y materiales de la comunidad; organización de la comunidad. Se realizó un DAFO (dificultades y barreras, oportunidades y fortalezas).

Tabla 1. Panel propuesto de personas expertas o grupo nominal adaptado a la COVID-19

• 2 personas del Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud Pública (SARES)
• 2 personas de la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria del Departamento de Sanidad
• 1 persona del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón
• 1 persona del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
• 1 persona de la Asociación de Enfermería Comunitaria Aragonesa (AECA)
• 1 persona del Grupo de Pediatría Comunitaria y Educación para la Salud de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Aragón (ArAPAP)
• 1 persona de una entidad social y de una red comunitaria
• 1 persona de una institución local (Ayuntamiento) con red comunitaria
• 1 persona de una dirección de Atención Primaria de la Salud
• 1 persona de la Sociedad de Farmacia Familiar y Comunitaria en Aragón (SEFAC Aragón, La Rioja y Navarra) y de la Red Española de Atención Primaria (REAP)

B) *Análisis documental.* Se llevó a cabo una búsqueda en: 1) webs, blogs y redes sociales (RRSS) de instituciones sanitarias aragonesas: Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, Salud Pública, Sistema de Asesoramiento de Educación para la Salud (SARES), Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), Red de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) y EAP; 2) webs, blogs y RRSS de instituciones sociales; 3) webs, blogs y RRSS de experiencias y redes comunitarias aragonesas; 4) medios de comunicación social.

Fase 2: se analizaron los datos recopilados en la fase 1 y se diseñaron la búsqueda y el cuestionario para IC con la finalidad de describir acciones comunitarias con participación de los EAP y de recoger opiniones sobre amenazas y oportunidades, así como fortalezas y debilidades para el enfoque comunitario en la AP en tiempos de la COVID-19. El formulario se envió electrónicamente con apoyo telefónico del grupo investigador. Se contempló la confidencialidad del proceso. Con las respuestas se hizo un análisis descriptivo tipo DAFO y de preguntas abiertas.

RESULTADOS

En la fase 1 se detectaron 43 iniciativas y participaron 11 de 12 de las personas expertas convocadas. Con las opiniones recogidas del grupo, se realizó una agrupación temática: recursos personales y materiales de los EAP; relación interna y situación de los EAP; organización del sistema sanitario; relación de los EAP con la comunidad; situación provocada por la COVID-19 en los EAP; situación de la comunidad por la COVID-19; recursos personales y materiales de la comunidad; organización de la comunidad. Se hizo también un análisis DAFO (**tabla 2**) que se agrupó en dos categorías para facilitar el proceso. En relación con la diversidad y la equidad, las expertas destacaron que la mayoría de iniciativas daban respuesta a la población general y que, aunque existía atención a grupos vulnerables, todavía algunos colectivos quedaban fuera a veces (accesibilidad complicada por el confinamiento, distancia social, complejidad de la equidad o brecha digital). Se observó que quienes opinaron que no se había tenido en cuenta la diversidad refirieron que en ocasiones las iniciativas se habían centrado principalmente en la propia población participante. Señalaron que un 41% de las iniciativas no habían tenido en cuenta las diferencias sociales por género, frente a un 33% que sí. Destacaron también una participación elevada de mujeres en experiencias y redes comunitarias. En relación con el rol de los EAP, el 16% opinó que las iniciativas comunitarias durante este período deberían estar lideradas por los EAP; el 33% valoró que los EAP deberían ser consultores, y el 51% refirieron un papel de coproducción o colaboración, adaptándose a las diferentes realidades de las iniciativas, territorio, contexto y momento.

Tabla 2. Opiniones recogidas del grupo nominal adaptado agrupadas por temática y organizadas en DAFO

Temática	Debilidades (características internas)	Fortalezas (características internas)
	Amenazas (situación externa)	Oportunidades (situación externa)
Organización y situación del sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Egocentrismo del sistema sanitario - Sensación de abandono y falta de apoyo a la labor comunitaria a nivel macro - No hay grandes estrategias y/o experiencia para trabajar desde la salud a nivel macro 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con otros centros de salud y con la Salud Pública - Buen funcionamiento del consejo de salud de la zona
Recursos personales y materiales de los EAP	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de recursos - Dificultad de acceso a internet - Recursos tecnológicos insuficientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipos multidisciplinares
Relación interna y situación de los EAP	<ul style="list-style-type: none"> - EAP basados en modelo biomédico - Jerarquías en los EAP y el sistema - Falta de formación conjunta con integrantes de entidades y asociaciones de redes comunitarias de la zona 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición y motivación de los EAP a trabajar con redes e iniciativas comunitarias - Formación de los EAP en atención comunitaria - Equipos cohesionados y horizontales - Equipos abiertos - Creatividad de los EAP

		<ul style="list-style-type: none"> - Entender la importancia y el impacto de las actividades comunitarias - Reflexión positiva de muchos EAP para mejorar la organización y el tiempo de dedicación
Situación provocada por la COVID-19 en los EAP	<ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre - Miedo, agotamiento y estrés - Dificultad en las relaciones por la distancia física y la protección necesaria frente a la COVID-19. - Falta de tiempo por presión asistencial y por la complejidad en la atención de la COVID-19 - Situación de urgencia - Precipitado de la situación - Cambios organizativos urgentes e impuestos a nivel macro 	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento de muchas oportunidades de trabajo que nos brinda la orientación comunitaria
Relación de los EAP y la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - La orientación comunitaria no está aún normalizada en la actividad de los EAP - Poca motivación y resistencias en los EAP para trabajar con la comunidad - Poca coordinación previa con asociaciones y entidades sociales de la zona. - No reconocimiento de la comunidad como interlocutora válida y experta en su salud - Problema de enfoque en la atención comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer bien la zona y la población (situación familiar, social, laboral, de vivienda, etc.) - Experiencia en la recomendación de activos para la salud - Red creada previamente con la zona, trayectoria previa - Conocer las redes de participación y la participación en ellas - Buena coordinación y comunicación con las redes y los recursos de la zona - Tener identificado el grupo de informantes clave que faciliten el enlace con comunidad - Participación activa de los EAP en el consejo de salud - Existencia previa de espacios de comunicación virtual - Acceso a toda la población de la zona - Los seguimientos nos han acercado a muchas familias y han permitido conocer más su situación - Uso de tecnologías entre los EAP y con la comunidad a la que atienden - Apoyo de todo el tejido asociativo y de la ciudadanía a los EAP
Organización de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de formación conjunta de los integrantes de las entidades y de las asociaciones que forman parte de las redes comunitarias de la zona 	<ul style="list-style-type: none"> - Tejido asociativo potente - Trayectoria previa de trabajo en red en la zona
Recursos personales y materiales de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Brecha digital en algunos grupos de la población - Dificultad de acceso a internet en algunas zonas de Aragón - Dificultad de acceso a dispositivos electrónicos e internet en algunos grupos de población 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en atención comunitaria de personas integrantes de las redes vecinales u otros sectores - Población diversa - Disposición a trabajar en red
Situación de la comunidad por la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> - Confinamiento - El acceso y el funcionamiento de los recursos de la zona han cambiado - Limitación de la atención presencial por la situación - Imposibilidad del trabajo grupal - Mucha información poco adaptada a la realidad (perfil de la población: idiomas, tecnicismos, etc.) - Miedo a la COVID-19 por parte de la comunidad - Visibilizar lo vulnerables y dependientes que somos como sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Numerosas y potentes redes de apoyo ciudadanas - Buena conexión entre todos los recursos de la zona - Creación de vínculos con la comunidad - La comunidad está actuando como agente de salud - Capacidad de adaptación de la población a la situación - La población ha tomado conciencia de su responsabilidad sobre la salud y de cuidarla colectivamente - Corriente de solidaridad vecinal

EAP: equipos de Atención Primaria.

En la fase 2 participaron 54 IC. Los IC pertenecían a distintos EAP y sectores (8 EAP del sector de Zaragoza I, 19 de Zaragoza II, 12 de Zaragoza III, 3 de Huesca, 1 de Barbastro, 7 de Alcañiz, 4 de Teruel, 1 de Calatayud). El ámbito fue: 21 enfermería, 19 Medicina Familiar y Comunitaria, 8 trabajo social, 3 pediatría, 1 matrona, 1 admisión y 1 psicología. En relación con la participación del EAP en alguna experiencia de salud comunitaria durante los meses de la pandemia por COVID-19, el 75,4% respondieron afirmativamente; el 14%, tal vez o no estaban seguros, y el 10,5%, no. Se describieron 47 iniciativas que fueron clasificadas por el equipo investigador según utilizaban distintos instrumentos de PS: acción social en salud (ASS), medios de comunicación social e información (MCI), educación para la salud (EPS), procesos y planes comunitarios (PPC) y reorientación de los servicios sanitarios (RSS). Todo ello se describe detalladamente en el material complementario^{10,13}. Según los IC, el rol de sus EAP en las iniciativas fue como consultores o colaboradores en un 66,6%; liderando proyectos, en un 24,6%, y sin ningún papel en el 8,8%. Señalaron que en el 64,9% de las iniciativas descritas se tuvo en cuenta la

diversidad de la población. En el 49,1%, no se sabía si se habían tenido en cuenta las diferencias sociales por género para reducir inequidades, y en el 36,8%, sí. El 68,4% de las acciones tenían algún recurso *online* o medio de comunicación social. Entre estos recursos, existió variabilidad: 15 RRSS, 9 blogs, 6 vídeos, 4 publicaciones, 4 webs, 4 carteles, 3 aplicaciones de mensajería y 2 bandos municipales. La **tabla 3** refleja la reflexión literal categorizada sobre cómo trabajar la participación y la orientación comunitaria en relación con la experiencia de los EAP. En la **tabla 4** se presenta un análisis DAFO con la información de IC. Hubo 30 aportaciones en una pregunta abierta sobre su experiencia concreta. Destacaron la importancia de: lo comunitario para superar la crisis; la equidad; el grupo de atención comunitaria del EAP; la necesidad de reuniones del Consejo de Salud y otros grupos; necesidad de más apoyo de Dirección de AP y la mirada a largo plazo. Como *positivo*: el trabajo interno del EAP, la cooperación con otros centros de salud y entidades, y la coordinación con la comunidad e instituciones locales. Y como *necesario*: el aprendizaje de mejores formas de organización o trabajo perdurables; acabar con la brecha entre lo social y lo sanitario, y la capacidad de adaptación del rol de los EAP al momento y situación con planteamientos innovadores.

Tabla 3. Reflexiones de los informantes clave sobre cómo, en este momento de pandemia por COVID-19, se puede trabajar la participación comunitaria y la orientación comunitaria en los equipos de Atención Primaria de Aragón, relacionándolo con la experiencia de cada centro

Cómo se puede trabajar	Reflexión	Relación con su experiencia
Apoyando/colaborando con la comunidad Haciendo de consultor	<p>«Estar abiertos a propuestas sanitarias desde la ciudadanía, dar formación y educación para la salud a quien lo precise, coordinarse con los agentes de protección civil y asociaciones voluntarias»</p> <p>«Apartarse de la generación de proyectos y "dejar que la red fluya" o incluso que se invierta el esfuerzo en "sujetar" al centro de salud»</p>	<p>«Ha sido un consultor para las residencias de ancianos, para las empresas, etc., y también para el ayuntamiento»</p> <p>«Es difícil, en esta situación donde atendemos muchos frentes, favorecer la participación comunitaria, pero las asociaciones vecinales han tenido la capacidad de organizarse, solucionar problemas detectados y difundir información por todo el barrio»</p>
	<p>«A través de redes sociales y documentos escritos para llegar a todos»</p> <p>«Uso de la vía telemática. Es una herramienta infratilizada con mucho potencial. Sin embargo, tiene un importante problema: el acceso limitado para población mayor y/o con menos recursos. Esto plantea un serio problema de equidad. Algo positivo puede tornarse muy negativo si aumenta la desigualdad»</p> <p>«Las redes sociales son clave para contactar con los ciudadanos y darles información de cercanía de cómo usar el sistema sanitario, cómo protegerse, cómo potenciar los autocuidados en casa y cómo gestionar las emociones y particularmente los duelos tan duros»</p>	<p>«Las redes online han sido muy útiles para movilizar recursos y gestionar las necesidades» «Vía telefónica, seguimiento del paciente y de la población del barrio»</p> <p>«A través de vídeos en la televisión local, el blog de nuestro centro y Facebook, desde el centro de salud, solicitamos ayuda para elaborar equipos de protección individual»</p> <p>«El hecho de que varios trabajadores del centro sean residentes de la zona ha ayudado a compartir por redes sociales y conseguir que los habitantes de la zona sean conocedores de la información. Los bandos municipales han sido el vehículo de información para las personas que no manejan las redes, sobre todo personas mayores»</p>
Utilizando la telemática	<p>«Con trabajo en grupo con todos los profesionales comunitarios implicados en la zona del centro de salud»</p> <p>«Preocupándonos no solo de la parte sanitaria, sino de todo el contexto social que se ha puesto patas arriba en este momento. Han quedado patentes las debilidades de los barrios, y también sus fortalezas, y hay que aprovechar el momento para reivindicar los espacios y sacar partido de los grupos ya existentes»</p> <p>«Si algo nos ha enseñado esta pandemia es que es y podrá continuar o no siendo pandemia dependiendo del comportamiento individual y colectivo. Es decir, que lo individual implica a lo comunitario claramente. Se retroalimentan»</p> <p>«Es un buen momento para tomar contacto con entidades y recursos si antes no se ha hecho o reforzar los vínculos ya existentes. Es importante reforzar el consejo de salud»</p>	<p>«El centro de salud ha solicitado ayuda a la comunidad, creándose una red de generación de material; desde material de protección (empresas daban telas, la asociación de amas de casa las cosía, protección civil distribuía) hasta material de papelería»</p> <p>«Fue la propia red local comunitaria la que elaboró los materiales de protección para el centro de salud» «Hemos aumentado la colaboración con los ayuntamientos»</p> <p>«Se ha intensificado la comunicación con ayuntamientos y comarcas»</p> <p>«El conocimiento de las personas y de los activos y recursos de la zona ha permitido la correcta utilización y coordinación de cada uno de esos recursos. Por ejemplo, se recepcionaron sacos de carbón de la central térmica, tras hacer un patrón de diseño se dio el material a algunas personas para que confeccionasen los delantales, y una vez en el centro de salud se hizo la distribución a centros con necesidades (hospitales, residencias, centros de salud...)»</p> <p>«Retomando la salud en red y el grupo motor de Las Fuentes» «En nuestro centro en concreto, a nivel "institucional", se ha llevado a cabo con otros colectivos del barrio la reivindicación de fortalecer servicios sociales en estos momentos tan difíciles, se ha apoyado y difundido la red de apoyo y se participa</p>
Trabajando en red/potenciando la red ya existente		

		en ella activamente, captando posibles beneficiarios, se apoyan y difunden las reivindicaciones del barrio desde nuestro blog, etc. También se intenta tener especial sensibilidad con las poblaciones más vulnerables, adaptando los aislamientos a sus realidades...»
		«En nuestro centro es y ha sido muy importante el comportamiento, la colaboración, la coordinación entre la comunidad, sus líderes y sus representantes y el centro de salud. Todas las acciones individuales o grupales del centro de salud eran trasladadas a la población por sus representantes o bien a través de las redes sociales. Se han utilizado redes de los propios vecinos, hojas pegadas en los portales, comunicación entre vecinos...»
Coordinando recursos	«Coordinando recursos de atención y derivando a los servicios que atienden necesidades concretas» «El centro de salud debe visibilizar grupos/familias/personas que se encuentren con necesidades concretas para informar a la red de las necesidades»	«En un momento como este, la gente del pueblo ha respondido de manera muy solidaria, entonces se ha hecho una labor de coordinación y de red de activos en la que el centro de salud ha sido el punto de encuentro y el núcleo de referencia para todas las partes implicadas»
Trabajo en equipo en el centro de salud	«Los pacientes no son de un profesional, son de un equipo. Trabajar en equipo en esta pandemia es importantísimo y los casos concretos deben abordarse por todo el equipo (TODOS los médicos TODOS los enfermeros y TODOS los administrativos) y observar qué necesidades existen para buscar qué cosas hay disponibles en el entorno más cercano para solventarlas»	
Teniendo especial seguimiento de los más vulnerables	«Se podría realizar algún programa en red de apoyo a personas mayores necesitadas formado por personas jóvenes sin factores de riesgo para la infección por coronavirus»	«Nosotros nos hemos dedicado, dentro del programa de actividades comunitarias, al seguimiento de las personas mayores de 65 años que viven solas, valorar sus carencias, orientarles a las asociaciones de ayuda y derivar a valoración específica por la trabajadora social» «En nuestro centro, se han hecho llamadas telefónicas por cada cupo de pacientes para detectar a las personas que estaban solas y que necesitaban ayudas de algún tipo y a través del trabajo social ponerlo en conocimiento y poner en contacto con las redes de apoyo mutuo» «Ha habido una situación de incertidumbre y ha cambiado la forma de relacionarnos. Se ha priorizado la atención telefónica a dependientes y personas mayores que viven solas»

EAP: equipos de Atención Primaria.

Tabla 4. DAFO identificadas por los informantes clave en relación con el desarrollo de la participación y la orientación comunitaria en los equipos de Atención Primaria durante la pandemia COVID-19

Debilidades (características internas)	Amenzas (situación externa)
<ul style="list-style-type: none"> - No se valora la atención comunitaria - Falta formación e información sobre atención comunitaria - Falta trayectoria comunitaria, sin red consolidada - EAP basados únicamente en el modelo biomédico, con trabajo individual - Necesidad de reorganizarse como equipo - Cambio en modo de trabajo - Falta de infraestructura y formación para emplear la vía telemática - Problemas en la comunicación interna - Gran carga de trabajo y limitación de tiempos - Estrés psíquico, miedo y cansancio generado por la COVID-19 en los EAP - Incertidumbre - Confusión con las directrices dadas a nivel macro - Escasos medios personales y materiales - Síndrome de <i>burnout</i> en algunos profesionales - Pereza 	<ul style="list-style-type: none"> - Poco apoyo a nivel macro para el desarrollo de atención comunitaria en la pandemia - La orientación comunitaria no ha estado presente en los protocolos - Variabilidad de criterios de las direcciones de Atención Primaria en la atención comunitaria - Cambios organizativos numerosos, precipitados e impuestos a nivel macro - Limitación de reunión del consejo de salud de la zona - Carencias en la coordinación con algunos recursos de la zona - Muchos recursos de la zona no están funcionando o han cambiado su organización - Urgencia y priorización social del abordaje de la COVID-19 - Confinamiento, distanciamiento físico y cambios en la forma de relacionarnos con la comunidad - Dificultades en movilidad y desplazamientos - Miedo de la comunidad a la COVID-19 - Exceso de información en los medios - Noticias falsas - Las medidas socioeconómicas tomadas contra la COVID-19 han provocado numerosos problemas en la población

<ul style="list-style-type: none"> - Intereses personales fuera de los comunes - Egoísmo - Resistencias a lo diferente - No apuesta por los consejos de salud de zona durante la pandemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Escasos recursos económicos y sociales - Respuesta tardía y escasa de las administraciones públicas - Aumento desigualdades - Entidades y ciudadanos con intereses personales fuera de los comunes - Individualismo de algunas personas - Brecha digital en algunos grupos de población
Fortalezas (características internas)	Oportunidades (situación externa)
<ul style="list-style-type: none"> - Trayectoria previa de trabajo comunitario y en red - Buena colaboración y coordinación con recursos y ciudadanía de la zona previa - Disponibilidad para escuchar y realizar propuestas surgidas en la ciudadanía (formación, colaboraciones...) - El papel de trabajo social - Participación en consejo de salud - Tener identificados activos para la salud de la zona - Conocer bien la realidad de la zona y de las personas que viven en ella - Entender lo comunitario como algo integrado ya en las actividades del centro - Reconocimiento del trabajo realizado por la comunidad - Elaboración y uso de herramientas como vídeos, carteles, RRSS, blogs, etc., para transmitir información y relacionarnos con la población - Motivación de los profesionales - Respeto, horizontalidad, confianza interna y en la comunidad - Capacidad de adaptación del EAP - Trabajo en equipo, con actitud positiva y comunicación fluida - Reconocimiento de la labor y el esfuerzo de los compañeros - Reflexión constructiva sobre cómo trabajamos y cuáles son nuestras prioridades - Relación estrecha con Salud Pública - Continuidad de seguimiento - Equipo/grupo de trabajo de atención comunitaria en el centro de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo de redes comunitarias en las zonas (coordinación para llegar a las personas más vulnerables, trasmisión de información, donación y elaboración recursos materiales...) - Solidaridad de la gente - La participación comunitaria ha sido una necesidad sentida entre la población y las administraciones locales - Integrantes del consejo de salud y lo que ofrecen - Representante de Salud Pública en el consejo de salud - Otras formas de comunicación no presenciales: teléfono, videoconferencias, RRSS... - Apoyo, cariño, reconocimiento y confianza de la comunidad en los EAP - Visualización del centro de salud como promotor de salud - Visualización de lo positivo del sistema sanitario público - La potencia y fuerza cuando toda la comunidad se une - Se ha materializado el poder de los cuidados comunes - Aceptación y adaptación de la comunidad a la situación - Mayor conciencia de la salud - Reconocimiento de la labor y el esfuerzo de otras personas de la comunidad - Capacidad de autoorganización colectiva - Reflexión constructiva como sociedad (cambio de prioridades vitales, sociosanitario, económico...) - Mayor autonomía de la comunidad y fomento del autocuidado. Empoderamiento - Materiales y recursos elaborados y difundidos por Salud Pública de Aragón y el Ministerio de Sanidad - Estrategia de atención comunitaria en Atención Primaria

EAP: equipos de Atención Primaria; RRSS: redes sociales.

DISCUSIÓN

Esta investigación se desarrolla en medio de la situación de incertidumbre actual, con el planteamiento investigador y científico de que es necesaria una aproximación a la realidad para avanzar, diseñar estrategias y responder ante las necesidades de la población que atendemos. En Aragón, el trabajo previo desarrollado desde la Estrategia de Atención Comunitaria en AP en formación y, especialmente, la relación establecida con los EAP han facilitado la orientación comunitaria y la disposición de estos a compartir sus experiencias. La participación no se ha visto limitada, pese a la sobrecarga de trabajo, urgencia, corto período de realización del estudio o la imposibilidad de contacto con algunos EAP por las circunstancias actuales (respuestas del 91,6% de expertas y 91% de IC contactados). Resaltar la implicación de los IC que difundieron el cuestionario entre otras profesionales que podían aportar información. En la fase 1 fueron 43 las iniciativas, las cuales, junto con las aportadas en la fase 2, hicieron un total de 47. En ellas destaca que la participación de los EAP es principalmente como consultores o colaboradores, lo que refuerza la importancia del liderazgo compartido y refleja que este va siendo incorporado progresivamente por los EAP. Los IC describen la oportunidad que supone la colaboración y la coordinación puntuales para la continuidad del trabajo en red posterior. Esta colaboración puntual no debe desecharse porque precisamente es una de las formas de participación en un momento de crisis como este. En estas iniciativas, los agentes comunitarios (ciudadanía, instituciones, profesionales, técnicos) aportan sus potencialidades con la fortaleza de la inclusividad, diversidad y flexibilidad que permiten distintas opciones de implicación (coordinación, colaboración puntual, información...) que pueden cambiar en el tiempo, y suponen la oportunidad de iniciar un proceso comunitario. Reconocen la importancia de la trayectoria comunitaria previa y también dan un valor fundamental a la presencia de administraciones, especialmente las locales². Se valora la importancia del apoyo institucional real, no mera fachada, que suponga reconocimiento, visibilidad, participación profesional no voluntaria, facilitación y presupuesto.

No es tarea fácil abordar la participación comunitaria y la comunicación en una pandemia, ni existe un modelo único. Esta cuestión se refleja en las iniciativas descritas y las reflexiones de expertas e IC⁴. Cada territorio ha de desarrollar su propio enfoque, y así queda reflejado en la descripción y el análisis de las participantes, basado en las fortalezas, capacidades, activos para la salud y flaquezas de su contexto y realidad^{4,5}. Tanto expertas como IC describen la necesidad de espacios colaborativos para gestionar el problema común de la crisis sociosanitaria e identificar necesidades en diversas dimensiones: transmisión de información, rastreo de necesidades, acompañamiento emocional, cuidados, cobertura de necesidades básicas, identificación de personas y grupos vulnerables, prevención e identificación de recursos y activos para la salud².

Como limitaciones en el trabajo de campo, hemos detectado que algunas personas expertas conocían solo las iniciativas desarrolladas en su territorio, lo que podría suponer un sesgo en la recogida de información y selección de IC, con unos territorios más representados que otros. Esto se solventa con la revisión documental del grupo investigador (fase 1) y con la captación de IC en bola de nieve (fase 2). La desigual distribución de iniciativas en territorios

podría deberse a una mayor presencia de la COVID-19 en zonas con mayor densidad de población y urgencia en la respuesta; y/o que haya lugares en los que está más interiorizado el apoyo mutuo como forma de vida, más allá de la organización militante; y/o zonas de baja densidad que no han requerido de grandes infraestructuras. Probablemente existan numerosas iniciativas que desconocemos. Seguir analizando estas redes y su desarrollo es una línea de investigación futura.

Los medios *online* y de comunicación social han sido aliados fundamentales en la organización de las redes, la búsqueda de aliados con perspectiva de equidad y el reconocimiento de sectores y colectivos estratégicos¹³. El elevado porcentaje de las iniciativas que tuvieron en cuenta la diversidad de la población y la equidad contrasta con el casi 50% que refiere no saber si se habían tenido en cuenta las diferencias sociales por género para reducir inequidades. Pensamos que esto puede deberse a dos motivos: no estar claro el concepto de equidad o que no se hayan tenido en cuenta todos los ejes de desigualdad. Para planificar y actuar desde una iniciativa o red es importante, junto con las necesidades y recursos, la priorización de acciones a desarrollar, teniendo en cuenta la equidad, la protección y la factibilidad^{2,14,15}. En nuestra opinión, existen dificultades en este ámbito, lo que nos indica que debemos incidir en la formación para unificar criterios de actuación, de evaluación e investigación.

Si bien en el momento actual prima lo asistencial, los EAP han mostrado cómo es posible y fundamental trabajar con orientación comunitaria¹¹, a través de un trabajo multidisciplinar, donde la figura de trabajo social sanitario es pieza clave. Por ello, la adaptación de los EAP también requiere de una visión comunitaria que ponga el foco en la equidad y en los determinantes sociales de la salud. Para ello habrá que apoyar a los grupos de participación comunitaria y los consejos de salud de zona, y que estos cuenten con tiempos, espacios, visibilidad, importancia, formación, herramientas de evaluación e investigación para priorizar sobre qué hacer/no hacer⁹.

Una serie de cuestiones son fundamentales para poder trabajar con orientación comunitaria en los EAP: liderazgo compartido; nuevas formas de comunicación; trabajo en red y coordinación con recursos; potenciar lo ya existente (consejos de salud, mesas intersectoriales) y la oportunidad del trabajo en equipo y su nueva organización a propósito de la situación; etc. E igual de importantes son las debilidades: no valoración de la AC en el trabajo diario durante la crisis; falta de experiencia o trayectoria; abordaje basado solo en el modelo biomédico; estrés, miedo y cansancio; gran carga de trabajo y limitación de tiempos; incertidumbre ante lo desconocido; resistencias ante lo diferente, falta de comunicación; no apostar por los consejos de salud; ausencia de infraestructuras que permitan la comunicación telemática, y su falta de integración en la práctica habitual; etc. Como amenazas resaltan: el poco apoyo a nivel macro para el desarrollo de la AC en la pandemia, no estando esta presente en protocolos hasta ahora muy orientados a lo asistencial y biomédico, y menos a lo social. La presencia de profesionales de trabajo social en los EAP y las comarcas ha sido fundamental como referentes e interlocutoras clave del EAP con la comunidad. Debemos poner de relieve a las ocho participantes en el estudio, un número elevado si lo comparamos con su presencia en el sistema, a nuestro parecer inferior a la necesaria.

Complementar esta mirada con las fortalezas y oportunidades descritas por las participantes nos hace afirmar que reorientar la atención a la crisis de la COVID-19 es posible y que existe interés de profesionales, marcos legislativos estatales y autonómicos en los que apoyarnos^{2,8,11}, así como espacios de formación, investigación y acción¹¹, además de grupos de AC en los EAP y procesos (agendas comunitarias) donde apoyarse. La continuidad y el refuerzo de la Estrategia Aragonesa de Atención Comunitaria en AP¹¹ son parte de uno de los caminos y así es reconocido por muchos de los EAP participantes. Es necesario continuar avanzando en la investigación y mejora no solo de aspectos biomédicos en relación con la COVID-19, sino también en cómo nos enfrentamos desde lo social y comunitario a esta pandemia.

Conclusión

La labor de los EAP aragoneses estos meses ha sido fundamental para el bienestar y sostén de la vida. Además de la adaptación de la práctica asistencial, la relación con redes comunitarias e iniciativas en el territorio refuerza la labor de protección y PS indispensables para sobrevivir.

Las comunidades son parte intrínseca de una respuesta ante cualquier epidemia inicialmente y durante todas sus fases^{4,5}. La AP no puede estar de espaldas en su labor asistencial obviando esta realidad, porque contradice su naturaleza y su orientación a los determinantes de la salud^{8,16-19}.

La orientación comunitaria de los EAP aragoneses está siendo una pieza clave en la protección y PS durante la COVID-19. Visibilicemos, acompañemos y reforcemos el trabajo comunitario en la AP estimulando la coordinación con Salud Pública^{20,21}, los recursos, las instituciones locales y la población, y trabajando en el desarrollo de herramientas de PS y acción comunitaria, además de en medidas epidemiológicas. Aprovechamos la trayectoria aragonesa en redes como sistemas de información y vigilancia²².

Este artículo muestra la punta de un iceberg de acciones y abre futuras líneas de investigación. Realizar una aproximación a las experiencias comunitarias de los EAP a través de las opiniones de profesionales implicados es una oportunidad para potenciar la atención y la orientación comunitaria en AP. Ahora que los territorios se preparan para un proceso complejo e incierto, sigamos apostando por la Estrategia de Atención Comunitaria del Departamento de Sanidad, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Incorporaremos lo comunitario con tiempos, espacios, visibilidad, valor, evaluación, investigación y presupuesto.

Lo comunitario, el amor y la cooperación como sentimiento humano y acción para resistir, también en tiempos de la COVID-19²³.

Material complementario

En este [enlace](#) se puede acceder a una breve descripción de las iniciativas y redes comunitarias identificadas durante la pandemia por COVID-19 en las que han participado EAP y sus recursos *online*, así como a un mapa interactivo donde todas ellas quedan recogidas. También hemos destacado algunas citas de interés sobre salud comunitaria y COVID-19.

Agradecimientos

A todas las y los profesionales que han participado brindándonos la oportunidad de ser altavoz, y a todas las buenas gentes de territorios aragoneses que trabajan en REDadas como una «*Tribu pa' salir de esta*»²⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernán M, García Blanco D. Acción comunitaria y emergencias. Comprender la COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. [Internet.] Coronavirus y Salud Pública. 2020. [Citado el 17 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/accion-comunitaria-y-emergencias/>
2. Ruiz E, Cubillo J, Segura J, Campos P, Koerting A, Hernández T, et al. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública. Área de Promoción de la Salud; 2020. [Citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf
3. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. The Lancet [Internet.] 4 de mayo de 2020;395(20.238):1676-8. [Citado el 16 de mayo de 2020]; (0). Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31054-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31054-0/abstract)
4. Laverack G. Comunidades y COVID-19: Perspectivas de un experto en brotes. [Internet.] Salud Pública de Aragón. 14 de abril de 2020. [Citado el 16 de mayo de 2020.] Disponible en: <http://saludpublicaaragon.blogspot.com/2020/04/comunidades-y-covid-19-perspectivas-de.html>
5. Laverack G. Health promotion in disease outbreaks and health emergencies. Boca Ratón, Florida: CRC Press; 2017.
6. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Martín Melgarejo T, Del-Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 1 de octubre de 2018;32:22-5.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf>
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Centro de Publicaciones; 10 de abril de 2019. [Citado el 16 de mayo de 2020.] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_EstrategicoAPS_25Abril_2019.pdf
9. Benedé Azagra CB. Actividades comunitarias desarrolladas en la Atención Primaria de Salud a través de los Equipos de Atención Primaria de Aragón. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2015.
10. Sastre Paz M, Benedé Azagra CB, Azpetitia Serón ME, Bajo Viña R, Benedicto Subirá C, Blanquer Gregori J, et al. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. [Internet.] semFYC; 2018. Disponible: <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
11. Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Atención Primaria. Gobierno de Aragón. [Internet.] 19 de noviembre de 2019. [Citado el 16 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-atencion-comunitaria-en-el-sistema-de-salud-de-aragon.-atencion-primaria>
12. Carrasco Munera A, Herranz Calvo C, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Perspectiva Comunitaria de la COVID-19: ¿qué ha pasado? ¿y ahora qué? Médicos de Familia. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Mayo de 2020;22(Especial Resetea Primaria):27-8.
13. Investigación en servicios sanitarios, resultados de salud e intervenciones comunitarias. GAIAP. [Internet.] [Citado el 16 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.gaiap.es/investigacion/lineas-de-investigacion/investigacion-en-servicios-sanitarios/>
14. Observatorio de Salud de Asturias. Herramienta de evaluación de equidad en intervención comunitaria. [Internet.] [Citado el 17 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario>
15. Benedé Azagra CB. Mind the gap. [Internet.] Blog Promoción de la Salud Comunitaria. 23 de enero de 2018 [Citado el 17 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.easp.es/web/blogps/2018/01/23/mind-the-gap/>
16. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. Aten Primaria. noviembre de 2006;38(8):421-4.
17. Escartín Lasierra P, Gimeno Feliu LA. La historia de Pilar (lo socioeconómico en la consulta). AMF. 2013;9(7):373-80.
18. Benedé Azagra CB, Paz MS, Sepúlveda J. La orientación comunitaria de nuestra práctica: hacer y no hacer. Aten Primaria. Octubre de 2018;50(8):451-4.
19. Montaner Gomis I, Foz Gil G, Pasarín Rúa MI. La salud: ¿un asunto individual...? AMF. 2012;8(7):374-82.
20. Cabeza E, Núñez C, Planas T, Ramos M. Reforzar la Acción Comunitaria frente a la pandemia del COVID-19. Servei de Promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut. 2020.
21. Benedé Azagra CB, Lou Alcaine ML, Gállego-Diéguez J, Marzo Arana J, Febrel Bordejé M, Aliaga Traín P. Participación comunitaria desde atención primaria y salud pública: si queremos, es posible. Viure en Salut. Enero de 2019;(115):8-9.
22. Gállego-Diéguez J, Aliaga Traín P, Benedé Azagra CB, Bueno Franco M, Ferrer Gracia E, Ipiéns Sarrate JR, et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. Gac Sanit. Noviembre de 2016;30:55-62.
23. Heath I. Love in the time of coronavirus. BMJ. 6 de mayo de 2020;369:m1801.
24. Desde el PACAP Aragón un mensaje de ánimo y apoyo mutuo. [Internet.] [Citado el 17 de mayo de 2020.] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=79eWA17IAlc&feature=youtu.be>

Fecha de recepción: 18 de mayo de 2020 **Fecha de aceptación:** 24 de junio de 2020

Editor responsable: Juan Antonio García Pastor



Volver

Aproximación a la respuesta comunitaria a la pandemia por COVID-19 de los equipos de Atención Primaria de Salud aragoneses

Marina Pola García, Marta Domínguez García, Patricia Escartín Lasierra, Nima Peyman-Fard Shafi Tabatabaei, Marimar Martínez Pecharromán y Carmen Belén Benedé Azagra

Comunidad junio 2020;22(2):3

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

//

Comentar