

## Nº 22. Primer semestre Año 2020

Acerca de + Calidad



conocer para mejorar

Revista Semestral.

Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social.

Primer Semestre 2020. Número 22

### Zoom

#### Excelencia en promoción del envejecimiento activo y saludable

17/01/2019



La Comisión Europea reconoce la excelencia del Principado de Asturias en la promoción del envejecimiento activo y saludable con la concesión de cuatro estrellas, la máxima puntuación posible, en la acreditación Reference Site (Sitios de Referencia). Esta medida convierte Asturias en un modelo en políticas y programas de buenas prácticas con las personas mayores.



La Comisión Europea reconoce la excelencia del Principado de Asturias en la promoción del envejecimiento activo y saludable con la concesión de cuatro estrellas, la máxima puntuación posible, en la acreditación Reference Site (Sitios de Referencia). Esta medida convierte Asturias en un modelo en políticas y programas de buenas prácticas con las personas mayores.

En el zoom de la revista Nº 14 del segundo semestre del 2016 se publicaba el galardón concedido a nuestra región como territorio, que obtenía en aquella ocasión 2 estrellas, y destacaba por la cooperación e innovación europea sobre envejecimiento activo y saludable, reconociendo la solidez y solvencia de la candidatura representada por el mundo de la empresa, de la investigación, la ciudadanía y la administración pública. Era la primera vez que el Gobierno de Asturias, por un lado, participaba en una iniciativa europea en esta materia y, por otro, lo realizaba de manera conjunta con el tejido empresarial, investigador y social de nuestra comunidad autónoma.

Los "Sitios de Referencia", se definen como ecosistemas que ofrecen soluciones creativas y viables para mejorar la vida y la salud de las personas mayores y de toda la comunidad. Se trata de regiones comprometidas en invertir en innovación para el envejecimiento activo y saludable, integrando la cuádruple hélice de la industria, la sociedad civil, la universidad y las administraciones, que se centran en un enfoque integral, apoyando la transferencia y la ampliación de esa innovación a toda Europa.

Los Sitios de Referencia son uno de los pilares de la Asociación Europea para la Innovación y Envejecimiento Activo y Saludable (EIPonAHA). Esta asociación ayuda a fortalecer la investigación y la innovación de la UE en este campo y reúne a todos los

actores relevantes a nivel de la UE, nacional y regional en diferentes áreas de política para manejar el desafío del envejecimiento.

El Gobierno de Asturias ha coordinado esta candidatura, integrada por tres Consejerías y sus Órganos dependientes (Consejería de Presidencia, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Consejería de Salud, SESPA, ERA y VIPASA) y por representantes del tejido investigador, empresarial y social. En concreto, el Clúster de Biomedicina y Salud de la Universidad de Oviedo, la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (Ficyt), el Centro Europeo de Empresas e Innovación (CEEI), los centros tecnológicos CTIC e Idonial, el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega y Cruz Roja, y durante estos 2 últimos años se han incorporado el sector local y los Ayuntamientos de Oviedo, Gijón y Avilés.

Los beneficios de convertirse en un "Sitio de Referencia" son considerables, destacando que el reconocimiento actúa como un catalizador para el crecimiento en la región, incorporando a las partes interesadas que trabajan en colaboración para desarrollar soluciones innovadoras, asegurando así un enfoque de sistema completo y creando fuertes vínculos entre ellos.

En estos 2 últimos años se ha realizado en el Principado de Asturias un gran avance en iniciativas relacionadas con el envejecimiento activo y saludable, y por esta razón, la Comisión Europea ha reconocida la excelencia. En el ámbito de servicios sociales se destacan entre otras, la *Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA) 2018- 2021*, la implementación de la *Coordinación Sociosanitaria*, la publicación del *Plan Sociosanitario 2019-2021* y la puesta en marcha del proyecto de *Historia Social Única Electrónica (HSUe)*.

Uno de los grandes retos de la comunidad autónoma ha sido el desarrollo de una Estrategia de Envejecimiento Activo, alineada con las nuevas directrices de trabajo establecidas por la Unión Europea en la materia. La *Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA) 2018- 2021* fue aprobada por el Gobierno de Asturias el 12 de abril de 2018 y pretende dar respuesta al envejecimiento poblacional y al cambio de perfil social de las personas mayores en nuestra región. La estrategia orientará hasta el año 2021 las políticas destinadas a favorecer una longevidad saludable, autónoma y participativa en nuestra región, a la vez que promueve este ámbito como fuente de innovación, investigación y oportunidades de desarrollo económico sostenible.

Los avances en materia de *coordinación entre los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales* se basan en dos hitos fundamentales; la aprobación en de 2016 del *Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen los órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias*, y la aprobación por parte del Gobierno de Asturias el 27 de febrero de 2019 el *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias*. La regulación ha dotado de un aval político y normativo las actuaciones técnicas llevadas a cabo de forma conjunta por ambos sistemas, que las ampara y las hace posibles, creando una estructura interadministrativa estable de desarrollo, seguimiento y evaluación. Por su parte, el Plan Sociosanitario, primero que se elabora en nuestra región en esta materia, es un elemento clave para garantizar una atención equitativa y de continuidad a quienes requieren una intervención coordinada por parte de los ámbitos social y sanitario.



## Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo #ESTRENA 2018-2021



## Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021

Otro factor importante que ha contribuido a obtener este reconocimiento es la puesta en marcha del proyecto de [Historia Social Única electrónica \(HSUe\)](#), que supone un avance cualitativo en la modernización y transformación digital de Servicios Sociales, y que incidirá en la mejora y agilización de la atención a las personas usuarias. El desarrollo de la HSUe como herramienta de coordinación de los profesionales y ayuda a la intervención social, se presenta como un elemento fundamental y estratégico para el desarrollo de un sistema público de servicios sociales y se configura como un vector de modernización y de innovación de cara a las necesidades presentes y futuras. La HSUe constituye la pieza central del Sistema de Información de los Servicios Sociales.

El reconocimiento internacional que nuestra Comunidad Autónoma ha recibido servirá de estímulo para afianzar el [partenariado Asturias RS](#), su consolidación con la incorporación de nuevos socios que contribuyan a continuar avanzando en materia de envejecimiento activo, en la mejora la calidad de vida de las personas mayores, la generación de nuevas oportunidades de crecimiento económico y la consolidación de nuestra región como un territorio de referencia e innovación en la materia de envejecimiento.

## Opinión profesional

---

### Lucha contra la Soledad y aislamiento en el medio rural desde la Administración Local: Escuela de Salud Ayuntamiento de Tineo

17/01/2020

**Marta María De La Fuente Mayo.** Diplomada en Trabajo Social. Experta Universitaria en Gerontología. Técnica Superior en Dietética y Nutrición. Formada en Mediación



Escuela  
de Salud  
Tineo | Ayuntamiento

familiar e Igualdad de Oportunidades.

Responsable Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo, Asturias

#### Resumen:

El ámbito municipal es privilegiado por su proximidad como Administración Local a la ciudadanía y se conforma como un elemento fundamental para el desarrollo e implementación de políticas públicas de promoción social y de salud. En este trabajo se muestran estrategias que vinculan Trabajo Social, bienestar social y salud, basadas en la proximidad de la población con la Administración local mediante una estructura cercana y fácilmente reconocible para la población, como es la Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo, en la que con sus acciones promueve y aúna políticas de humanización, envejecimiento activo e independencia.

Esta estructura, permite planificar, gestionar y coordinar acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a incidir en los determinantes sociales, laborales, ambientales y económicos, con el fin de favorecer un impacto positivo en la salud tanto individual como colectiva, empoderando a las personas para generar un cambio.

**Palabras clave:** envejecimiento activo y saludable; humanización; promoción de la salud; bienestar social; gobernanza local



Escuela  
de Salud  
Tineo | Ayuntamiento

**Marta María De La Fuente Mayo.** Diplomada en Trabajo Social. Experta Universitaria en Gerontología. Técnica Superior en Dietética y Nutrición. Formada en Mediación familiar e Igualdad de Oportunidades.

Responsable Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo, Asturias

#### Resumen:

El ámbito municipal es privilegiado por su proximidad como Administración Local a la ciudadanía y se conforma como un elemento fundamental para el desarrollo e implementación de políticas públicas de promoción social y de salud. En este trabajo se muestran estrategias que vinculan Trabajo Social, bienestar social y salud, basadas en la proximidad de la población con la Administración local mediante una estructura cercana y fácilmente reconocible para la población, como es la Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo, en la que con sus acciones promueve y aúna políticas de humanización, envejecimiento activo e independencia.

Esta estructura, permite planificar, gestionar y coordinar acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a incidir en los determinantes sociales, laborales, ambientales y económicos, con el fin de favorecer un impacto positivo en la salud tanto individual como colectiva, empoderando a las personas para generar un cambio.

**Palabras clave:** envejecimiento activo y saludable; humanización; promoción de la salud; bienestar social; gobernanza local

## Introducción

El ámbito municipal es privilegiado por su proximidad a través de la Administración Local a la ciudadanía y se conforma como un elemento fundamental para el desarrollo e implementación de políticas públicas de promoción social y de salud en la población en general y en diferentes sectores de población en particular, incidiendo sobre los determinantes sociales y teniendo en cuenta la equidad, la participación ciudadana y la intersectorialidad.

En los últimos años la trayectoria de la Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo (en adelante ESAT) ha sido ascendente y se ha asentado en el territorio como un instrumento eficaz en el desarrollo de políticas de promoción de la salud y bienestar social.

Hasta la fecha ha obtenido los siguientes reconocimientos:



- Premio Supercuidadores (Accésit) en 2019 por acciones encaminadas a implantar una política integral de salud y bienestar social enfocadas hacia la humanización, envejecimiento activo e independencia y la lucha contra la soledad y el aislamiento en el medio rural.
- Premio Estrategia Naos en 2016 otorgado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por el proyecto "Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo: Un Lustró de Promoción de la Salud en la Comunidad".
- Premios consecutivos Estrategia Naos (Accésits) desde 2011 hasta 2015 por diversos proyectos de promoción de la salud local.
- Finalista en los Premios Colef - Asturias en 2015, por la promoción de la actividad física desde la Administración Local.

A través de la ESAT, que fue aprobada en sesión plenaria del Ayuntamiento de Tineo en 2011, se establece el desarrollo de políticas de salud y bienestar social cohesionadas para tratar de dar una respuesta a la problemática concreta de un territorio y que se repite en muchos otros de la geografía española, como es el envejecimiento progresivo de la población. Es uno de las cuestiones más relevantes de nuestra sociedad, constituyéndose como un problema de salud pública.

En los últimos tiempos, los cambios socioculturales y económicos han dado lugar a un incremento de la media esperanza de vida y por tanto de un envejecimiento de la población asociando a ello otro problema como es la soledad. Atender y combatir la soledad y el envejecimiento de la población y los problemas que derivan de ello, es de suma importancia ya que sus consecuencias repercuten en las personas y por tanto en la sociedad.

Actualmente, el envejecimiento es un fenómeno global que tiene enormes consecuencias económicas, sociales y políticas. Envejecer es un proceso vital integrado por personas que, si bien comparten una edad cronológica, tienen características físicas, psíquicas y personales únicas.

Desde la ESAT está en marcha un "Proyecto de lucha contra la soledad y el aislamiento en el medio rural", en el que se conjugan acciones ya consolidadas y efectivas, con acciones novedosas enmarcadas en el concepto de envejecimiento activo y ámbitos de actuación.

El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de los 90 con la intención de reconocer otros factores que afectan a la manera en la que envejecen las personas y las poblaciones.

El envejecimiento saludable se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

La soledad, no es un concepto exclusivo del envejecimiento de la población pero si tiene especial relevancia en asociación con el proceso de envejecimiento. El término "soledad" surgió en torno al siglo XIII, variando su concepción en el tiempo, pues la soledad ha tendido a mostrarse como un concepto negativo. La diferencia entre "estar solo", "estar aislado" y "sentir soledad" es clara y los tres conceptos están íntimamente interrelacionados. El individuo puede estar solo y no percibir sentimientos de soledad. En el aislamiento social, sin embargo, existe la necesidad del individuo de poseer vínculos con otras personas, sin éxito.

Por tanto la soledad y el envejecimiento deben ser entendidos como un concepto en movimiento, complejo y multidimensional y debe tener en cuenta los condicionantes que operan en la realidad social, en el estado de salud, las variables sociodemográficas, el contexto económico, laboral, etc.

Desde la ESAT, se buscan procesos que generen empoderamiento de las personas, fomentando la participación social y la implicación en la y de la comunidad, atendiendo a los determinantes sociales de la salud, minimizando los procesos que puedan derivar en dependencia, alargando en el tiempo el bienestar y fomentando la autonomía de las personas.

## Objetivos

- Lograr una mayor calidad de vida y bienestar en el medio rural.
- Implementar la humanización como parte natural de los procesos de intervención en las políticas de salud y bienestar social.

- Promover procesos de empoderamiento en la población del medio rural fomentando la participación y generando sentimientos de responsabilidad respecto a su salud y estilos de vida, así como las consecuencias derivadas de ello.
- Proporcionar información y formación adecuada sin sesgos.
- Incrementar los factores de protección mediante la promoción de hábitos de vida saludables y reducir los factores de riesgo, minimizando las conductas de riesgo.
- Reducir o minimizar procesos que deriven en situaciones de dependencia o discapacidad a medio o largo plazo a través de procesos educativos y de participación comunitaria.
- Promover la participación social y apoyo de redes sociales tanto formales como informales.
- Reducir sesgos culturales o sociales que impiden o limitan el desarrollo de una mejora en la calidad de vida y por tanto un envejecimiento activo, mayor independencia y autonomía en el tiempo.

## Metodología

Todas las acciones implementadas a través de la ESAT, son establecidas en base al conocimiento de una realidad, de unas necesidades y/o problemas detectados, del entorno social, económico, geográfico, etc.

La ESAT procura que todas sus acciones sean globales, equitativas, eficientes, accesibles, integradoras, multidisciplinarias y logrando la máxima eficacia y efectividad. Para ello, las acciones se pueden agrupar o desarrollar en función de la edad de la población diana; de las necesidades o aspectos comunes que tenga dicha población; del ámbito geográfico común; de las necesidades sociales o de salud, de relación, geográficas; etc. Además son desarrolladas teniendo en cuenta la intersectorialidad, la participación comunitaria y el establecimiento de redes sociales y colaboración interinstitucional promoviendo espacios físicos y entornos sociales e incrementando el bienestar de una población y por tanto la percepción de salud.

Todas las acciones están centradas en las personas y tienen en cuenta la humanización en el desarrollo de las mismas fomentando aspectos como:

- Autonomía
- Autoestima y otras habilidades sociales
- Empoderamiento
- Individualidad
- Integración, multidisciplinariedad y globalidad
- Participación
- Inclusión social y reducción factores que dificultan la independencia
- Continuidad



Las líneas de trabajo se desarrollan bajo el prisma de implementación de los criterios o aspectos de humanización mencionados en el párrafo anterior, siendo las siguientes, algunas de las principales de líneas de actuación y acciones que las pueden acompañar:

- Reducción del aislamiento social y lucha contra la soledad a través del apoyo y colaboración servicios municipales: Mediante el apoyo y derivación de técnicos/as de los Servicios Sociales Municipales y otros técnicos municipales.(Ej. Facilitar y apoyar la participación en actividades de usuarios/as del Servicio Ayuda a Domicilio, en situación de exclusión social, etc.).
- Fomento de un envejecimiento saludable mediante la participación en actividades duraderas en el tiempo, a través del desarrollo de acciones dirigidas al fomento de estilos de vida saludables y participativos (Ej. Talleres de memoria, ejercicio físico, Psicomotricidad, celebraciones...).
- Mejora del bienestar emocional y reducción de procesos depresivos: Con apoyo y derivación de Salud Mental del área, donde bajo prescripción social se deriva hacia la participación en actividades promovidas por la ESAT a fin de reducir

problemas asociados a los procesos depresivos como son la escasez de relaciones sociales, pérdida de habilidades sociales o motivación para la interacción social y por tanto la posible reducción de medicación a largo plazo.

- Acciones de promoción de la salud bajo el prisma establecido por la OMS: Promoción de estilos de vida saludables incrementando los factores de protección y eliminando o reduciendo factores de riesgo, minimizando la posibilidad de dependencia a corto o medio plazo en la población generando conciencia de autocuidado. Ej. Jornadas, conferencias, etc. participación en Grupo de Teatro de Personas Mayores deESAT, etc.
- Derivaciones del Sistema Sanitario a través de Centro de Salud, para participar en actividades de la ESAT a fin de mejorar su estado de salud en función de la causa que lo motive. Ej. Curso de reducción y mantenimiento de peso saludable, Pacas, etc.
- Apoyo y colaboración con asociaciones de personas mayores, mujeres, etc. para la promoción de la salud y el bienestar emocional. Siendo tenidos estos en cuenta como agentes dinamizadores y nexos entre la ESAT y el movimiento asociativo.
- Colaboración y apoyo por parte de personal socio sanitario en el desarrollo de programas o proyectos.
- Equipo Territorial del Área.
- Gerencia Sanitaria del Área (Ej. Implementación de programas como Paciente Activo Asturias, Deshabitación Tabáquica, Prescripción social por parte de profesionales socio sanitarios, formación específica a miembros del Grupo de Teatro como Agentes de Salud a través del Teatro. Formación como Agentes de Salud Comunitaria, etc.).
- Colaboración con Instituciones públicas o privadas: Ayuntamientos, asociaciones, centros sociales, hospitales, etc. Escuelas de Salud, etc.
- Fomento de las relaciones sociales y la participación social en el municipio: Promocionando la autosuficiencia social desarrollando acciones participativas y motivadoras y acciones de ocio y tiempo libre como instrumento para establecer relaciones sociales y promoviendo la integración en actividades comunitarias y /o familiares impulsando redes de apoyo, tanto formales como informales. Ejemplo: Creación de la figura de Agente de Salud Comunitaria, mediante el cual se facilita la participación, comunicación e interacción en el entorno familiar, social y comunitario de las personas que viven en pueblos más alejados y aislados y por tanto con mayor dificultad para interaccionar y acceder a los recursos de la comunidad.
- Rediseño urbano: Con el objetivo de reducir barreras arquitectónicas y facilitar la movilidad y comunicación propiciando un entorno accesible y reduciendo en la medida de lo posible las barreras arquitectónicas.
- Incorporación de las nuevas tecnologías y redes sociales mediante:
  - Grupos en Apps y redes sociales para informar, difundir actividades y fomentar estilos de vida,
  - Talleres formativos para manejo nuevas tecnologías, redes sociales y aplicaciones,
  - Participación social a través de talleres (CDTL)
- Colaboración estrecha y trabajo de concienciación, sensibilización con los medios de comunicación: reduciendo los sesgos socioculturales y normalizando situaciones a través de las cuales se promueven estilos de vida óptimos.
- Desarrollo de acciones deslocalizadas, accesibles y ubicadas estratégicamente en zonas rurales a través de actividades en pueblos que están mas alejados de la villa o núcleos, posibilitando el acceso a toda la población del concejo.
- Coordinación y colaboración institucional:
  - Diferentes concejalías del Ayuntamiento (Servicios Sociales, Igualdad, Educación, etc.)
  - Diferentes instituciones y entidades: Gerencia Sanitaria del Área y otras áreas, Consejería de Salud, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Colegios Profesionales, Facc, etc.
  - Colaboración o coordinación de grupos de trabajo

## Resultados

Cualquier acción llevada a cabo en una comunidad tiene consigo una serie de dificultades de puesta en marcha y ejecución. Desde la ESAT, se parte de una serie de dificultades inherentes a nuestro medio rural, como es la dispersión poblacional, extensión geográfica, sesgos culturales, dificultad para desplazarse, etc. Estos y otros aspectos condicionan el desarrollo de cualquier acción y deben ser tenidos en cuenta en la planificación de cualquier propuesta de intervención.

Por otro lado, la implementación de políticas integrales de salud y bienestar social, pretenden la consecución de los objetivos de intervención iniciales que deriven en un beneficio para la sociedad de forma global y para los individuos que conforman esa sociedad de forma concreta.

Concientes de la dificultad de evaluación, se puede identificar claramente los siguientes beneficios:

- Incremento la participación: por "imitación" o "boca a boca" normalizando la participación, lo que favorece un incremento del número de personas y en la demanda de acciones.
- Incremento en la calidad de vida y reducción factores de riesgo: A mayor conocimiento, mayor conciencia y capacidad de autocuidado, mayor percepción de la necesidad de formación y de participación en la comunidad.
- Reducción y aplazamiento de riesgo de dependencia. El autocuidado y la concienciación, fomenta y mejora en el estado de salud físico como psíquico y social.
- Reducción del sentimiento de soledad y aislamiento. Las acciones accesibles en núcleos rurales aislados favorece la percepción de oportunidades para disfrutar de un envejecimiento activo.
- Incremento de la sensación de conexión con la comunidad gracias a las nuevas tecnologías y la utilización de redes sociales y aplicaciones reduciendo el aislamiento social.
- Incremento de la demanda de actividades generando el deseo de que estas no sean puntuales sino constantes.
- Incremento del vínculo y sentimiento de pertenencia. El grupo ejerce una función de protección y apoyo en la sociedad.
- Incremento de la participación de personas en situaciones concretas limitantes determinadas por cuestiones como el sexo, creencias, etc. (Ej. Incremento en la participación de mujeres para las que su condición de viuda deja de ser un impedimento o de hombres para los que la participación en la comunidad de una forma diferente, no se contemplaba).
- Reconocimiento entre los miembros de la comunidad sirviendo de ejemplo para otros. Es el caso de los miembros del Grupo de Teatro de Personas Mayores de la ESAT, los cuales están constituidos como Agentes de Salud en la comunidad y son un ejemplo de envejecimiento activo.
- Incremento de la autoestima. La participación en actividades hace que se despierte sentimiento de utilidad y auto-reconocimiento de logros y progresos.
- Desarrollo y descubrimiento de nuevas habilidades sociales y de comunicación.
- Reducción de procesos depresivos. La prescripción social es fundamental para reducir y/o alargar procesos de dependencia en un futuro.
- Mejora en la relación mente y cuerpo y creación de una ilusión y un nuevo estilo de vida.

## Conclusiones

Como conclusión decir que las acciones por si solas pueden tener y tienen importancia. Sin embargo, la eficacia de las mismas viene dada por implementar las acciones desde la humanización, por centrarse en las personas y sus necesidades, atendiendo a las circunstancias concretas que las rodean y por "educar en educar" a una población que está condicionada por determinantes sociales que impiden, no solo la participación sino la conciencia del derecho a desarrollar una vida plena, el derecho a adquirir conocimientos que validen y favorezcan una plena autonomía, que generen nuevas ilusiones, capaciten de desarrollo personal y grupal y que condicionen lo mínimo posible su vida diaria reduciendo aquellos factores limitantes que puedan dar lugar, en un plazo mas o menos extenso, a un incremento de la dependencia o incapacidad.

Por tanto además para gozar de una buena salud física, psíquica y social, debe haber un buen sistema que apoye el desarrollo de unas adecuadas redes sociales y de participación que empujen y generen fuerzas hacia un mismo sentido que implique de forma natural la participación en espacios de promoción de la salud y bienestar social en la comunidad.

## Bibliografía

- Abellán García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2015). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Envejecimiento en Red
- Gobierno del Principado de Asturias. (2018). *Envejecimiento saludable. Cuaderno de trabajo Guía para el trabajo en el ámbito municipal y comunitario*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Marqués, F, Sáez, S, & Guayta, R. (2014). *Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud*. UOC
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: IMSERSO
- Lillo Herranz, N & Roselló Nadal, E. (2001). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Narcea Ediciones.
- Schalock, R & Verdugo M.A. (2003). *Calidad de Vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza

## Anexo

- Teatro Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo
- Curso para reducir peso ESAT
- Formación agentes de salud contra la soledad
- Contra la soledad y aislamiento
- Enlace Escuela de Salud Ayuntamiento de Tineo, red social Facebook

## Coproducción con Personas con Deterioro Cognitivo: Nada sobre mí sin mí

17/01/2020



**Aida Suárez-González.** Doctora en Neuropsicología. UCL Institute of Neurology at Queen Square. Londres.

### Resumen:

Las demencias son una familia de enfermedades que cursan con deterioro cognitivo progresivo. Esto significa que producen dificultades de memoria y atención, dificultades para procesar información, tomar decisiones y muchas otras funciones gobernadas por el cerebro. La consecuencia del deterioro cognitivo es la pérdida de capacidad para seguir haciendo las actividades de la vida diaria de manera autónoma, por ejemplo, planificar las compras del día a día o seguir una receta de cocina. Aunque no hay cifras de prevalencia oficiales, se estima que puede haber en torno a 34.000 personas viviendo con deterioro cognitivo en Asturias. Esta cifra se triplicará en los próximos 30 años, alcanzando más de 102.000 personas afectadas para 2030 (equivalente a la población de Mieres y Avilés juntas). El deterioro cognitivo progresivo es el mayor desafío sociosanitario de nuestro tiempo.

Ante este reto y en ausencia de tratamientos modificadores de la enfermedad ¿qué podemos hacer para ayudarnos a vivir mejor con deterioro cognitivo, para crear ciudades amigables con el deterioro cognitivo y para crear más salud y más comunidad? Podemos coproducir.

**Palabras clave:** coproducción; deterioro cognitivo; demencia.



**Aida Suárez-González.** Doctora en Neuropsicología. UCL Institute of Neurology at Queen Square. Londres.

#### **Resumen:**

Las demencias son una familia de enfermedades que cursan con deterioro cognitivo progresivo. Esto significa que producen dificultades de memoria y atención, dificultades para procesar información, tomar decisiones y muchas otras funciones gobernadas por el cerebro. La consecuencia del deterioro cognitivo es la pérdida de capacidad para seguir haciendo las actividades de la vida diaria de manera autónoma, por ejemplo, planificar las compras del día a día o seguir una receta de cocina.

Aunque no hay cifras de prevalencia oficiales, se estima que puede haber en torno a 34.000 personas viviendo con deterioro cognitivo en Asturias. Esta cifra se triplicará en los próximos 30 años, alcanzando más de 102.000 personas afectadas para 2050 (equivalente a la población de Mieres y Avilés juntas). El deterioro cognitivo progresivo es el mayor desafío sociosanitario de nuestro tiempo.

Ante este reto y en ausencia de tratamientos modificadores de la enfermedad ¿qué podemos hacer para ayudarnos a vivir mejor con deterioro cognitivo, para crear ciudades amigables con el deterioro cognitivo y para crear más salud y más comunidad? Podemos coproducir.

**Palabras clave:** coproducción; deterioro cognitivo; demencia.

## Coproducción

Coproducir es un proceso en el que los servicios públicos y la ciudadanía trabajan juntos y comparten responsabilidades y toma de decisiones en un proyecto conjunto. Por ejemplo, la realización de una guía de salud o un proyecto dirigido a entender cómo en tu Centro de Salud se puede prestar un mejor servicio a las personas sordas. Aunque hay una falta de consenso respecto a la definición exacta del concepto y su método de aplicación, existe una amplia aceptación de que la coproducción es una forma poderosa de participación ciudadana. Aplicada al desarrollo de servicios sociosanitarios, la participación del paciente tiene el potencial de aumentar la relevancia de dichos servicios, facilitar su implementación y mejorar el coste-beneficio del proceso de investigación (Staley et al., 2018; Domeq et al., 2014; Bret et al., 2014). De hecho, la regulación Europea de ensayos clínicos recomienda la coproducción como un criterio de calidad en el diseño de los mismos. Un ejemplo de coproducción de servicios es la [Clínica de Asesoramiento a la Demencia](#) del condado de Dunbartonshire en Escocia. En este condado, con un altísimo porcentaje de personas mayores viviendo en él (1.7% con deterioro cognitivo) los servicios municipales y de salud comunitaria se vieron bajo una presión asistencial inmanejable. La Clínica de Asesoramiento a la Demencia se coprodujo con personas usuarias con deterioro cognitivo, asociaciones locales que ya trabajaban para proporcionar apoyo a esta población y miembros de la comunidad local. Una de las asociaciones ya tenía experiencia en la organización de programas de asesoramiento y esa experiencia fue aprovechada. Trabajando juntos, todos estos agentes, reformularon los objetivos de los servicios para personas con deterioro cognitivo de la zona. Esta clínica es en la actualidad la puerta de acceso a servicios especializados de la zona y se ha convertido en un núcleo coordinador. El trabajo de la Clínica se concentra ahora en las prioridades reales de su población con deterioro cognitivo: recibir apoyo para vivir de manera independiente el mayor tiempo posible. Para ello se proporciona consejo profesional, apoyo, elaboración de planes de previsión de situaciones de crisis, educación y formación a las familias y a los profesionales involucrados. La Clínica ha conseguido centralizar y organizar los servicios que antes estaban dispersos y descoordinados y ha sabido aprovechar los recursos de las asociaciones ciudadanas que ya estaban prestando apoyo y asesoramiento a personas con deterioro cognitivo en la zona. La evaluación cualitativa de la experiencia reportó un 100% de respuestas positivas.

La idea de la coproducción aplicada a los servicios públicos nació en los años 70 en Estados Unidos, en un periodo de recesión económica. Se piensa que la coproducción redundará en un uso más eficaz y eficiente de los recursos públicos, y esto a su vez supone una reducción de costes a largo plazo. Se trata de que la ciudadanía ayude a diseñar los servicios que necesitan. Por

ejemplo, escogiendo objetivos que son importante para ellos. En Reino Unido la práctica de la coproducción ha crecido durante las 2 últimas décadas en particular gracias a la influencia del movimiento social de las personas con discapacidad. Las personas defensoras de este movimiento piensan que las personas con discapacidad son las mejor posicionadas para tomar decisiones sobre sus vidas y sobre los servicios públicos que les afectan. Por ejemplo, un Centro de Salud puede mejorar la forma en la que el personal sanitario se comunican con sus personas usuarias con discapacidad a través de la organización de talleres formativos que hayan sido coproducidos con ese colectivo.

En Reino Unido, el *National Institute for Health Research* fundó en 1996 **INVOLVE** un grupo asesor nacional especializado en apoyar y desarrollar la participación ciudadana en la investigación y diseño de servicios sociosanitarios. INVOLVE publicó recientemente una guía que describe los principios y características claves de un proceso de coproducción y explica cómo ponerlos en práctica (se puede consultar [aquí](#)). La otra organización británica clave en la formación en coproducción es el *Social Care Institute for Excellence* (SCIE). SCIE es una agencia sin ánimo de lucro, acreditada por el *National Institute for Health Excellence* (NICE) que trabaja identificando y difundiendo buenas prácticas en todos los aspectos de la asistencia social (también ha publicado una guía que puedes consultar [aquí](#)). Un ejemplo de un caso estudio publicado por SCIE es el proyecto **“Ahora Juntos”** que se desarrolló en 2009 en el condado de Swansea en Gales con personas con deterioro cognitivo que vivían en residencias. Este proyecto desafió el tradicional enfoque impersonal de los establecimientos residenciales. En su lugar, implementó uno basado en que trabajadores y personas usuarias establecieran relaciones personales, llegaran a conocerse y aprovecharan la experiencia y capacidades del otro. Las personas ganaron calidad de vida a través de un modelo de cuidados que dejó de basarse en “tareas” y comenzó a basarse en identidad, valores, sentido de pertenencia y propósito en la vida. Por ejemplo, una persona usuaria que había desarrollado problemas de conducta dejó de tenerlos al comenzar a vivir en una residencia en la que se le permitía acompañar al personal auxiliar a hacer compras y establecer vínculos y relaciones personales tanto con ellos como con la comunidad local.

## Coproducción con personas con deterioro cognitivo

Sabemos por la investigación en otras enfermedades que cuando los y las pacientes participan en la toma de decisiones, se identifican objetivos y medidas de resultados que habían pasado previamente desapercibidas a investigadores y gobiernos (revisión sobre el tema en Elwyn et al., 2019). Las medidas de resultados (outcome measures) que se escogen para medir la eficacia de los ensayos clínicos de intervenciones no farmacológicas o de los servicios asistenciales para personas con deterioro cognitivo suelen estar basadas en la opinión únicamente de profesionales sanitarios o gestores de la administración pública, sin considerar la del paciente. Sin embargo, las cosas que son importantes profesionales y gestores no son siempre la prioridad de los pacientes. ¿Qué es importante para las personas que viven con deterioro cognitivo/demencia? Las medidas de resultados seleccionadas en algunos estudios pueden no ser de valor para las personas que viven con deterioro cognitivo. Esto es una barrera significativa para el desarrollo de intervenciones eficaces y eficientes. Sin embargo, la participación de personas con deterioro cognitivo y demencia en los procesos de participación continúa siendo anecdótica. Se cree que esto es al menos en parte debido al estigma derivado de los estereotipos negativos en torno a la enfermedad y a una carencia de educación pública al respecto, que hace el deterioro cognitivo un territorio incomprensible para el público no experto. Todo esto contribuye a que las personas con deterioro cognitivo no sean consultadas sobre qué medidas de resultados de salud son importantes para ellas ni tampoco respecto a qué intervenciones son las que necesitan.

Una reciente revisión sistemática, examinando la extensión y la naturaleza de la participación de personas con deterioro cognitivo en estudios dirigidos a la identificación y evaluación de intervenciones y servicios para personas con demencia en Europa, solo encontró 19 estudios que reunieran criterios de inclusión; 18 de ellos británicos y uno holandés (Miah et al., 2017). Países europeos como Reino Unido, Escocia, Noruega y Holanda llevan sin embargo años promoviendo grupos de trabajo formados por personas con deterioro cognitivo. Estos grupos tratan de poner a esta población en el centro de la participación en temas que les afectan. Aún testimoniales en España, pero en esta línea, en 2016 se formó en León el grupo **Helen**, un grupo de trabajo formado por personas con Alzheimer y en 2017 CEAFA anunció que fundaba su primer **grupo de Expertos formado por Personas con Alzheimer**.

## Herramientas para la Coproducción

Hay evidencia de que las personas con deterioro cognitivo pueden participar activamente en políticas de salud si reciben el apoyo necesario (Harding et al., 2019; Morbey et al., 2019). Las herramientas clásicas de participación se pueden adaptar para que se ajusten a las necesidades de personas con deterioro cognitivo (Morbey et al., 2019). Existen multitud de recursos disponibles que pueden ayudar a los investigadores a desarrollar material de apoyo a la comunicación y a la toma de decisiones que sea accesible e inclusivo. Un ejemplo de un recurso útil para crear información accesible para personas con dificultades cognitivas es la guía publicada por la organización [Change.org](#). Otro es la [guía de la Stroke Association](#) de cómo crear información accesible para personas con afasia (un trastorno adquirido del lenguaje comúnmente producido por un ictus o un proceso degenerativo).

La coproducción con personas con deterioro cognitivo requiere que profesionales que participan en el proceso no solo comprendan los principios generales de coproducción y participación, sino que estén entrenados y formados en técnicas de comunicación y apoyo a la toma de decisiones en este grupo de pacientes. Dificultades de atención y función ejecutiva, velocidad de procesamiento, memoria episódica y memoria de trabajo son obstáculos frecuentes para la comunicación y la participación si el facilitador no sabe cómo manejarlas. Por eso es muy importante que las personas facilitadoras hayan recibido formación específica en cómo coproducir con personas con deterioro cognitivo, para poder apoyarlas adecuadamente durante el proceso participativo.

El proceso de coproducción no es sencillo, ni cómodo, ni una panacea. Requiere de habilidades, experiencia, tiempo, recursos y grandes dosis de flexibilidad. Es, sin embargo, un abordaje que recomiendo encarecidamente pues las ventajas, en términos de utilidad práctica para el paciente, superan con mucho a las desventajas. [Aquí](#) se puede leer una de mis experiencias de coproducción con personas con deterioro cognitivo, en particular, con un grupo de personas con una forma rara y poco frecuente de Alzheimer llamada Atrofia Cortical Posterior.

## Conclusión

No puede haber atención centrada en la persona sin empoderamiento, inclusión y participación: “nada sobre mi sin mi”. La coproducción es un proceso que nos enriquece como comunidad, construye oportunidades y habilidades y nos permite avanzar en los derechos humanos de las personas con discapacidad. La coproducción con personas con deterioro cognitivo en particular es una herramienta para la construcción de intervenciones, servicios sociosanitarios y comunitarios para el futuro. Un futuro en el que habrá [152 millones](#) de personas viviendo con dificultades cognitivas progresivas en el mundo .

## Referencias

- Brett, J. et al. (2014). Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review. *Health Expect*, 17 (5),637–50. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00795.x.
- Domecq, J.P. et al. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14. doi: 10.1186/1472-6963-14-89.
- Elwyn, G. et al. (2019). Coproduction: when users define quality. *BMJ Qual Saf*, 1 (6). doi:10.1136/bmjqs-2019-009830
- Harding, A. J.E. et al. (2019). What is important to people living with dementia?: the ‘long-list’ of outcome items in the development of a core outcome set for use in the evaluation of non-pharmacological community-based health and social care interventions. *BMC Geriatrics*, 19 (94). doi: 10.1186/s12877-019-1103-5
- Miah, J. et al. (2019). Patient and public involvement in dementia research in the European Union: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 19 (220). Doi: 10.1186/s12877-019-1217-9
- Morbey, H. et al. (2019). Involving people living with dementia in research: an accessible modified Delphi survey for core outcome set development. *Trials*, 20(12). Doi:10.1186/s13063-018-3069-6
- Staley, K (2019). Exploring Impact: Public involvement in NHS, public health and social care research. Eastleigh: INVOLVE. Recuperado de <https://www.invo.org.uk/posttypepublication/exploring-impact-public-involvement-in-nhs>

## Uso abusivo del teléfono móvil: una enfermedad social emergente

17/01/2020



**Paula Flórez de Paz.** Graduada en ADE. TSID.TCAE. Hospital Central del Principado de Asturias.

**Javier Naveiras Fernández.** Doctor en Psicología. TSID.TCAE.Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Principado de Asturias.

**María Isabel Fernández Carballido.** Graduada en Enfermería.TCAE. Hospital Central del Principado de Asturias.

### Resumen:

El uso abusivo de la tecnología móvil supone un riesgo de salud comunitaria que comienza a ser reconocida como “enfermedad social”. Para lograr su reconocimiento por la OMS, se hace imprescindible fundamentar investigaciones que puedan constatar científicamente este impacto. Nuestro estudio, mediante metodología cuantitativa y cualitativa permite describir pautas de uso en población joven asturiana de entre 14 y 24 años; constatando una conducta abusiva que provoca/predispone a la enfermedad. En este sentido, se alcanzan usos de redes sociales del 97,2%, distribuidos por igual entre ambos géneros y niveles de estudio. Una conducta compulsiva que no correlaciona con el consumo de otras sustancias pero que sí afecta sobre variables de salud tales como la ansiedad y los problemas para conciliar el sueño.

**Palabras clave:** telefonía móvil; salud comunitaria; enfermedad social; abuso; dependencia.



**Paula Flórez de Paz.** Graduada en ADE. TSID. TCAE. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**Javier Naveiras Fernández.** Doctor en Psicología. TSID. TCAE. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Principado de Asturias.

**María Isabel Fernández Carballido.** Graduada en Enfermería. TCAE. Hospital Universitario Central de Asturias

### Resumen:

El uso abusivo de la tecnología móvil supone un riesgo de salud comunitaria que comienza a ser reconocida como “enfermedad social”. Para lograr su reconocimiento por la OMS, se hace imprescindible fundamentar investigaciones que puedan constatar científicamente este impacto. Nuestro estudio, mediante metodología cuantitativa y cualitativa permite describir pautas de uso en población joven asturiana de entre 14 y 24 años; constatando una conducta abusiva que provoca/predispone a la enfermedad. En este sentido, se alcanzan usos de redes sociales del 97,2%, distribuidos por igual entre ambos géneros y niveles de estudio. Una conducta compulsiva que no correlaciona con el consumo de otras sustancias pero que sí afecta sobre variables de salud tales como la ansiedad y los problemas para conciliar el sueño. En esta línea, se aíslan 4 componentes. El primero relacionado con el “abuso/dependencia” conductual del teléfono; el segundo, describe “consecuencias psicósomáticas y sociales” (cansancio, desmotivación y depresión, falta de concentración, problemas de conciliación del sueño, dificultades para relacionarse socialmente). Respecto al tercer componente de “consecuencias físicas” se destacan dolores de cabeza y de espalda. Finalmente, se plantea la “Adicción al móvil” en conductas compulsivas de dedicación en la vida diaria y necesidad de mirarlo con carácter inmediato al recibir señales y con sentimientos negativos en caso de no poder.

**Palabras clave:** telefonía móvil; salud comunitaria; enfermedad social; abuso; dependencia.

## 1. INTRODUCCIÓN

La sociedad actual avanza sobre unos nuevos usos y costumbres perfiladas claramente por el uso de las nuevas tecnologías

(las denominadas "TICs"). Es ahí donde se incluyen ordenadores, tabletas, televisiones, teléfonos móviles; ocupando todos estos recursos gran parte de nuestro día a día ya que su uso está totalmente normalizado, sobre todo entre la población más joven (alrededor del 85% de la población española, dice estar 'conectada'). Realidad que determina la "evolución de los patrones de comportamiento en las redes sociales en las economías más avanzadas y emergentes" (Informe Hootsuite, 2018).

El uso más expandido se da inequívocamente en el teléfono móvil. Sin duda, cabe decir que estos dispositivos pueden resultar una ayuda o complemento muy favorable en nuestro día a día, acarreando un gran potencial educativo e informativo-comunicativo; pero, ¿Únicamente existe un uso positivo de este dispositivo? La respuesta evidente es que no; su uso inadecuado o abusivo puede tener graves consecuencias negativas que serán objeto de este estudio, algunas vinculadas al aislamiento social, las relaciones sociales insatisfactorias o problemas de salud física.

Dichas problemáticas del uso abusivo ocupan un lugar muy evidente y constatable en nuestro día a día, donde las noticias y comentarios sobre esta temática crecen enormemente.

## 2. OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es identificar el uso abusivo del teléfono móvil y su impacto sobre la salud social y física entre los jóvenes asturianos de entre 14 y 24 años.

## 3. METODOLOGÍA

La investigación se realiza por una razón muy importante a la hora de tomar decisiones, la necesidad de evidencia relevante y oportuna con la que demostrar los resultados y el objetivo expuesto a través de una serie de hipótesis y estadísticos concretos.

El método que hemos empleado son las encuestas autoadministradas online de los formularios de Google. Para ello, haciendo uso de las propias tecnologías como medio y fin, hemos divulgado los cuestionarios a través de correo electrónico y aplicaciones móviles; para la obtención de los datos objeto de estudio. El tamaño de muestra que se ha seleccionado es de 176 personas en edades comprendidas entre 14-24 años. El encuestado expresa su opinión situándose en una escala numérica (1-5) con una serie de características.

Gracias a este tipo de encuesta, hemos podido adquirir extrapolar los datos al total de la población. Las respuestas quedan reflejadas automáticamente en bases de datos evitando el riesgo de pérdida de información durante la transcripción de esta.

Una vez que hemos realizado las encuestas (en un periodo de 15 días) y recogido los datos de la base de datos, pasamos a su correspondiente análisis, para el cual hemos empleado el programa informático SPSS; a través del cual hemos podido dar respuesta a los diferentes contrastes que hemos planteado a continuación para conocer si existe o no relación entre las variables que se han seleccionado.

## 4. RESULTADOS

A través de los estadísticos descriptivos procedemos a realizar un análisis en la frecuencia de la variable: género. El 35,8 % son hombres (63) y el 64,2% son mujeres (113). A continuación, la frecuencia de las aplicaciones móviles nos revela que el uso de las redes sociales y la mensajería instantánea es masivo: un 97,2% utiliza el WhatsApp, seguido de cerca por Instagram un 92,6%, Twitter alcanza un 69,9%, YouTube un 63,6% y Facebook un 41,5%. Un análisis de la dispersión y de la frecuencia de la variable edad refleja la media en 20,38, la desviación típica en 1,726 y la varianza en 2,98.

A través de las técnicas de inferencia estadística, realizaremos una serie de contrastes de hipótesis, los cuáles han sido analizados a través del programa informático SPSS con una muestra de 176 individuos.

- Comparación para la media de una muestra:

Para llevar a cabo el contraste es necesario el uso de una variable en escala métrica. En este caso, la variable utilizada es la edad.

La hipótesis nula es  $H_0$ : La media de edad del uso del móvil es 18 años. El nivel de significación es del 0,000, inferior al 5%

y el valor del estadístico t es elevado por lo que se rechaza la hipótesis nula. No obstante, revisando el estadístico podemos comprobar que la media de edad se sitúa en 20,28 años.

- Contraste para la media con dos muestras independientes:

En este caso, para realizar el contraste es necesaria una variable en escala métrica y otra en escala no métrica. Para la primera se ha elegido la variable "el uso del móvil es la actividad a la que más tiempo le dedico en mi rutina diaria", mientras que para la variable no métrica se ha elegido el "Género".

H<sub>0</sub>: El valor medio que otorgan los hombres al uso del móvil es la actividad a la que más tiempo le dedica en su rutina diaria es igual que el valor medio que le otorgan las mujeres.

En este caso, el nivel de significatividad es superior a 0.05, por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Esto indica que no podemos concluir que exista dependencia entre el uso del móvil como actividad a la que más tiempo le dedica en su rutina diaria y el género.

- ANOVA I:

Para la realización de contrastes a través de ANOVA son necesarias una variable en escala métrica y otra variable en escala no métrica con dos o más categorías. En este caso se ha tomado como variable métrica "siento ansiedad si me quedo sin batería en el móvil" y como variable no métrica el número de horas de uso del teléfono en escala ordinal.

H<sub>0</sub>: La valoración media del grado de ansiedad que sienten los usuarios cuando se quedan sin batería es la misma independientemente de las horas de uso: entre 1-2 horas al día, entre 2-4 horas al día o más de 4 horas al día.

El nivel de significatividad es de 0.032, inferior a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y podemos concluir que el grado de ansiedad que sienten los usuarios depende de las horas de uso.

- ANOVA II:

Llevamos a cabo un segundo análisis Anova tomando la variable edad y el tiempo de uso del teléfono móvil.

H<sub>0</sub>: La media de las horas de uso del teléfono móvil: entre 1-2 horas al día, entre 2-4 horas al día o más de 4 horas al día, es la misma independientemente de la edad.

El nivel de significatividad es de 0,295, superior a 0.05, por lo que no se rechaza la hipótesis nula y no podemos concluir que la edad influya en el tiempo de uso del teléfono móvil.

- Contraste Chi Cuadrado I:

A través del test Chi-Cuadrado podemos comprobar si una variable influye sobre la otra. Para llevar a cabo este contraste son necesarias dos variables no métricas. Las variables utilizadas son el tiempo de uso y el consumo de tabaco.

H<sub>0</sub>: El tiempo de uso no está relacionado con el consumo de sustancias tóxicas.

El nivel de significatividad para este contraste es de 0.236, superior a 0.05 y por tanto no se rechaza la hipótesis nula, no se puede concluir que el tiempo de uso no esté relacionado con el consumo de sustancias tóxicas.

Entre los usuarios que utilizan el móvil entre 1-2 horas al día el 9,1% fuma y el 5,6% no fuma, entre los que lo utilizan entre 2-4 horas el 43,8% fuma y el 57,4% no, y entre los que lo usan más de 4 horas el 47,1% fuma y el 37% no. Hay una relación directa entre el número de horas y la gente que fuma existiendo el mayor aumento entre 1-2 horas que fuma el 9,1% y entre 2-4 horas que pasa al 43,8%.

- Contraste Chi Cuadrado II:

Realizamos otro estudio Chi Cuadrado para analizar si el nivel de estudios influye sobre las horas de uso del teléfono móvil.

H<sub>0</sub>: El tiempo no está relacionado con el nivel de estudios.

El nivel de significatividad para este contraste es de 0,044, inferior a 0.05 y por tanto se rechaza la hipótesis nula, se puede concluir el nivel de estudios depende en las horas de uso del teléfono móvil.

Se puede destacar que entre 1-2 horas al día el recuento es mínimo encontrándose solo una persona sin estudios, estudios secundarios y formación profesional; 2 personas en Bachillerato y asciende a 9 en estudios universitarios. Entre 2-4 horas asciende significativamente los alumnos de bachillerato a 22, formación profesional a 16 y los universitarios a 43; sin estudios no encontramos resultados, en estudios secundarios aumenta de 1 a 3. Más de 4 horas al día en estudios secundarios se mantiene constante en 3 y bachillerato desciende a 19. Los universitarios también descienden, pero en mayor proporción, los alumnos de formación profesional aumentan respecto al anterior.

- Media para muestras relacionadas:

Para realizar un contraste de media entre muestras relacionadas, son necesarias dos variables métricas. Se optó por elegir a las variables "utilizo el móvil antes de dormir" y "tengo problemas para conciliar el sueño últimamente"

H0: La valoración media en cuanto a los problemas para conciliar el sueño es a utilizar el móvil antes de dormir.

Al ser el nivel de significatividad de 0,000 es inferior a 0,05, se rechaza la hipótesis nula. Esto quiere decir que existe relación entre los problemas para conciliar el sueño y utilizar el móvil antes de dormir.

## 5. DISCUSIÓN

Gracias a la información recogida en las encuestas y una vez interpretada, podemos concluir que entre la muestra analizada de 176 individuos el 64,2 % eran mujeres (113) y el 35,8% hombres (63) y la edad media del uso del móvil: 20,30 años.

El uso de las redes sociales y la mensajería instantánea es masivo, no encontramos ningún individuo que no tengan instaladas algunas de estas aplicaciones: un 97,2% utiliza el WhatsApp, seguido de cerca por Instagram un 92,6%, Twitter alcanza un 69,9%, YouTube un 63,6% y Facebook un 41,5%. Estos datos, profundizan en la misma línea de lo planteado por el INE en su reciente estudio (INE, 2018), ampliando el rango de edad por abajo en dos años.

No se puede concluir que exista relación entre el uso del móvil en la rutina diaria y el género, de igual manera no encontramos relación entre las horas de uso del teléfono y la edad del usuario. Sin embargo, los resultados concluyeron cierta relación entre el tiempo de uso y el nivel de estudios.

Entre las horas de uso y el consumo de sustancias tóxicas no extrajimos relación, a pesar de los estudios que relacionan el consumo de sustancias con un comportamiento compulsivo en el uso del teléfono móvil, (Echeburúa, Salaberria y Cruz-Sáez, 2014). Sin embargo, si concluimos relación entre las horas de uso y la ansiedad al quedarse sin batería.

Respecto a los problemas para conciliar el sueño los resultados obtenidos fueron significativos existiendo relación con utilizar el móvil antes de dormir.

## 6. CONCLUSIONES

El Ministerio de Sanidad ha incluido por primera vez en 2018 las adicciones a las nuevas tecnologías en el Plan Nacional de Adicciones. Deberíamos por ello hacer hincapié en las medidas preventivas: los colegios deberían prohibir el uso del móvil para mejorar el rendimiento académico, crear buenos hábitos y frenar el aumento de la adicción entre los adolescentes al igual que los padres deberían llevar un control exhaustivo del tiempo y modo de uso. Todo ello, en línea con el decálogo planteado por TecnoEduca para prohibir el uso del móvil a menores de 12 años (TecnoEduca, 2018).

La adicción al móvil no es una patología declarada, ya que no la ha reconocido aún, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), aunque espera que lo haga en breve, porque "es una enfermedad social emergente". Estudios como el presente aspiran a participar en la fundamentación científica de dicha realidad social.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Echeburúa, Enrique, Salaberria, Karmele, & Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. doi: 10.4067/S0718-48082014000100007
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Población que usa internet. Ciencia y tecnología, sociedad de la información* . Recuperado de <https://bit.ly/1PYwho6>
- Hootsuite. (2018). *Informe Digital*. Recuperado de <https://hootsuite.com/es/pages/digital-in-2018>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado de <https://www.who.int/es>
- TecnoEduca. (2018). *Prevención y tratamiento de las adicciones tecnológicas*. Recuperado de <http://www.tecnoeduca.net/>

## Experiencia de interés

---

### Plan Estratégico: el Oviedo de las Personas. Un año después de su puesta en marcha

17/01/2020



**María del Pilar Agüera Boves.** Terapeuta Ocupacional, Técnico de Accesibilidad. Ayuntamiento de Oviedo.

**Resumen:**

El Plan estratégico "El Oviedo de las Personas", nace del Trabajo participativo de profesionales, entidades y particulares del municipio de Oviedo y de las demandas recogidas de las personas. Se compone de 7 líneas y 35 medidas transversales a las áreas municipales y con la finalidad de diseñar un Oviedo más accesible para todas las personas. Donde la accesibilidad se defina no sólo por el acceso sino por la participación, teniendo en cuenta la accesibilidad universal de los espacios y servicios.

Hace un año de su puesta en marcha y se ha realizado una revisión de las actuaciones, obteniendo como resultado que 22 de las 35 medidas iniciales ya se encuentran en proceso y/o iniciadas y se han incorporado 4 medidas nuevas resultado de esta revisión.

**Palabras clave:** transversalidad; accesibilidad universal; amigabilidad; participación; racionalidad.

---



**María del Pilar Agüera Boves.** Terapeuta Ocupacional, Técnico de Accesibilidad. Ayuntamiento de Oviedo.

**Resumen:**

El Plan estratégico "El Oviedo de las Personas", nace del Trabajo participativo de profesionales, entidades y particulares del municipio de Oviedo y de las demandas recogidas de las personas. Se compone de 7 líneas y 35 medidas transversales a las áreas municipales y con la finalidad de diseñar un Oviedo más accesible para todas las personas. Donde la accesibilidad se defina no sólo por el acceso sino por la participación, teniendo en cuenta la accesibilidad universal de los espacios y servicios.

Hace un año de su puesta en marcha y se ha realizado una revisión de las actuaciones, obteniendo como resultado que 22 de las 35 medidas iniciales ya se encuentran en proceso y/o iniciadas y se han incorporado 4 medidas nuevas resultado de esta revisión.

**Palabras clave:** transversalidad; accesibilidad universal; amigabilidad; participación; racionalidad.

---

### Introducción

Durante el año 2018, se ha puesto en marcha la ejecución del Plan Estratégico "El Oviedo de las personas", que contempla 7 líneas relativas a las áreas principales de la corporación.

Estas líneas son;

1. Contratación de profesional especializado en accesibilidad;
2. Acciones en materias fiscales ;
3. Acciones para la promoción de la autonomía personal y prevención de la situación de dependencia;

4. Acciones en cultura , turismo y ocio;
5. Acciones en comunicación, tecnología e innovación;
6. Acciones en educación y empleo;
7. Acciones en urbanismo, infraestructuras , movilidad y transporte

Estas a su vez se componen de 35 medidas iniciales, con la finalidad de mejorar la participación de las personas, y en especial de las personas mayores y/o con discapacidad.

## Objetivos - Metodología

El valor de este plan estriba en la participación de las personas con discapacidad en su realización, puesto que además de haber participado en la elaboración del plan, se han integrado las demandas que se habían realizado al Ayuntamiento durante los últimos años, es por ello que se considera un plan vivo, con sentido y muy esperado por la ciudadanía de Oviedo.

Otra cuestión reseñable es la contratación de una persona técnica de Accesibilidad, perfil especializado y experimentado tanto en materia de accesibilidad universal, como en participación y programación de planes y proyectos relacionados con distintas temáticas de discapacidad y personas mayores.

Destacando la importancia de la incorporación de este perfil al Ayuntamiento, que permite la activación y movilidad transversal de las medidas que el plan engloba así como asesoramiento, información y formación al resto de departamentos de la corporación.

Suponiendo así con esta incorporación, el primer Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias que cuenta con la figura del Técnico de Accesibilidad.

El 7 de Octubre de 2019 se cumplió un año de la puesta en marcha de este Plan, y por ello se realiza una evaluación intermedia de las medidas desarrolladas con la finalidad de evaluar la idoneidad, eficacia y pertinencia ,así como reincorporación de otras medidas más adecuadas a la situación en la que nos encontramos.

Por ello a continuación se realiza una reseña del cuadro resumen de seguimiento de la situación de ejecución del plan, junto con el número de medidas realizadas, iniciadas, así como las que se encuentran en proceso y en trámite:

## Resultados

LINEAS DEL PLAN ESTRATEGICO "Oviedo de las Personas "		ESTADO	Nº MEDIDAS
LINEA 1.	PUESTO DE TECNICO DE ACCESIBILIDAD	Iniciada 1	1
LINEA 2.	ACCIONES EN MATERIA FISCAL	No iniciada2	2
LINEA 3.	ACCIONES PARA LA PROMOCION DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y PREVENCIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	Iniciada 10 (Nuevas 4)	10
LINEA 4.	ACCIONES EN OCIO, CULTURA,DEPORTE Y TURISMO	Iniciadas 6 En trámite 4	10
LINEA5.	ACCIONES DE COMUNICACION, TECNOLOGIA E INNOVACIÓN	Iniciada 3 No iniciada 1	4
LINEA 6.	ACCIONES EN EDUCACION Y EMPLEO	Iniciada 1 En trámite 3	4
LINEA 7.	ACCIONES EN URBANISMO, INFRASTRUCTURAS, MOVILIDAD Y TRANSPORTE	Iniciadas 5 No iniciada 3	8

Estado de las medidas	Nº
INICIADAS	22
EN TRAMITE	7
NO INICIADAS- NO PERTINENTE	6
NUEVAS	4
<b>Totales</b>	<b>39</b>

## Discusión

Durante este año, por tanto se han ido iniciando y desarrollando muchas de las medidas contempladas, no obstante, queremos destacar en este artículo aquellas relacionadas con la Línea 2 de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Situación de Dependencia, puesto que dentro de esta línea el Ayuntamiento de Oviedo se ha adherido a la red de ciudades amigas con las personas mayores.

Anteriormente el Ayuntamiento de Oviedo ya se había unido como socio colaborador a la red Reference Site de Asturias, con la finalidad de búsqueda de metas y objetivos similares en el área del envejecimiento activo y saludable de las personas mayores.

Por ello se suma con la adhesión a la red de ciudades amigas en Enero de 2019, con la finalidad de dar respuesta y adaptar los servicios del Ayuntamiento a los cambios poblacionales que se están produciendo en la población mayor e incluirlas dentro de la accesibilidad del municipio.



La Red de ciudades amigas, pertenece a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y está compuesta por muchos estados, municipios y ciudades. En España el ente delegado es el IMSERSO.

Una ciudad amigable con las personas mayores es un municipio amigable con el envejecimiento, las políticas, los servicios y las estructuras relacionadas con el entorno físico y social de la ciudad, diseñando y reorganizándose para apoyar y permitir a las personas mayores vivir dignamente, disfrutar de una buena salud y continuar participando en la sociedad de manera plena y activa.

En definitiva, una ciudad amigable con las personas mayores:

- Reconoce la diversidad de la población mayor;
- Promueve una cultura de inclusión compartida por personas de todas las edades;
- Respeta sus decisiones y opciones de forma de vida;
- Anticipa y responde de manera flexible a sus necesidades y preferencias, facilitando un envejecimiento activo, saludable y satisfactorio.

Esta adhesión viene precedida del estudio de datos de padrón, donde se constata que en el municipio de Oviedo, casi el 12 % de la población es persona mayor de 65 años, resultando por tanto imprescindible esta adhesión, por ello se decide incluir el Plan de Acción de Oviedo Ciudad Amiga con las personas mayores, en la Línea del Plan "El Oviedo de las Personas" promoción de la Autonomía y prevención de la situación de dependencia, puesto que muchas de las medidas de accesibilidad universal recogidas en el mismo son beneficiosas para las personas mayores. No obstante, existe un apartado específico para con las personas mayores, que debemos estudiar y profundizar y para ello se van a crear unos grupos de trabajo con personas mayores para poder ahondar en las necesidades de las personas mayores en el municipio de Oviedo.

Es por ello que nos encontramos en el inicio de este gran proyecto, iniciando la andadura con el diagnóstico: evaluación de la situación social de las personas mayores en la ciudad, y conformando los grupos participativos de personas mayores, que formarán parte activa del diagnóstico y plan de actuación del Plan de Acción.



En esta fase de diagnóstico, se ha desarrollado un estudio social de la situación de las personas mayores de Oviedo, que servirá como un primer acercamiento para evaluar y estudiar la situación de las personas mayores en el municipio.

Paralelamente y en dentro del Plan " El Oviedo de las Personas " se han ido desarrollando una serie de actuaciones para mejorar y facilitar la comunicación de las personas con la corporación local : Línea 5 de Acciones de Comunicación , Tecnología e Innovación, elaborando unos sistemas aumentativos y alternativos para la comunicación (SAAC) , libretas de comunicación alternativa ,así como la adquisición de medios de apoyo para la comunicación oral ,mediante la instalación de bucles magnéticos de mostrador en los registros municipales.

De esta forma facilitamos la recepción y comprensión de las personas con dificultades en la comprensión y/o en la expresión, así como todas aquellas personas que tienen dificultades en la audición, y /o para la comprensión del idioma...comunicación tan imprescindible para la participación de las personas en la vida social y comunitaria.

Primariamente, se realizaron unas hojas de comunicación para el servicio de transporte público de la ciudad. Hojas sencillas , de fácil comprensión y en las que se recogían los ítems habitualmente más utilizados tanto por las personas que hacen uso de los medios de transporte , como por las personas que visitan la ciudad.

Fueron entregadas tanto a los servicios de autobuses urbanos TUA, como a las sociedades de taxis de la ciudad, junto con una formación en buenas prácticas y atención a personas mayores y personas con discapacidad.



Debido a la gran aceptación por parte de los profesionales del Ayuntamiento, se ha ampliado con sugerencias y aportaciones del propio personal, incorporando distintas hojas por temática y mejorado su diseño, realizando para ello un formato de fácil manejo con peana y espiral.

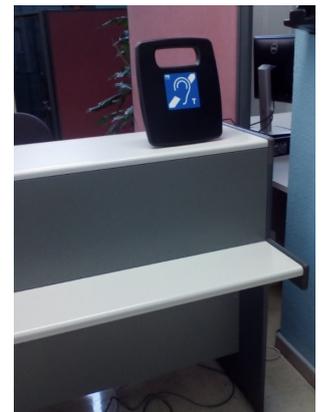
Los pictogramas validados por ARAASAC (Portal Aragonés de la comunicación alternativa y aumentativa) , y complementado con texto en lengua castellana e inglés que han sido elaborados por la Técnico de Accesibilidad del Ayuntamiento.

Las libretas han sido distribuidas por los distintos servicios del Ayuntamiento que disponen de atención al público y colgados en la web del Ayuntamiento de Oviedo en el apartado de Accesibilidad <https://www.oviedo.es/vive/asistencia-y-proteccion-social/accesibilidad>

para su descarga gratuita por todas las personas que la puedan necesitar, complementándola con una hoja explicativa y aclarativa sobre su uso y manejo.

Otra de las mejoras en la comunicación ha sido la adquisición de bucles magnéticos para los mostradores con servicios de atención al ciudadano, para que las personas con implante coclear y/o con audífono, colocando éste en posición "T" puedan disponer de una comunicación libre de barreras y más limpia.

Los bucles magnéticos, crean un campo de inducción donde se genera una barrera con el ruido exterior, permitiendo así una comunicación más clara.



## Conclusiones

Nuestra valoración del balance de las actuaciones realizadas durante el primer año de ejecución del Plan "El Oviedo de las Personas " es muy positivo, por un lado y desde el punto de vista cuantitativo, 62% de las medidas recogidas ya han sido ejecutadas, y por otro, cabe desatacar la facilidad y operatividad del documento, como instrumento guía, que proporciona al Ayuntamiento unas bases estratégicas, 7 ejes transversales, que permiten la incorporación de actuaciones que van surgiendo en el día a día fruto de la interacción de las personas con los recursos y servicios del municipio de Oviedo.

## Bibliografía

- Adrian, N. E., Menendez Sanchez, L. M., Calderero Rodriguez, E., & Gomez Gonzalez, J. (2018). *Estrategia de Envejecimiento del Principado de ASTURIAS (Estrena)*. Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Ayuntamiento de Oviedo (2016). *El Oviedo de las Personas*. Oviedo: Ilunion.
- Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa. (2018). Recuperado de <http://arasaac.org>
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar (2018). *Reference Site Asturias*. Recuperado de [https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/redes-europeas/reference-site-asturias\\_502\\_1\\_ap.html](https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/redes-europeas/reference-site-asturias_502_1_ap.html)
- IMSERSO.(2007). *Ciudades Amigables con las Personas Mayores: Guía*.

## Detección precoz de Enfermedad de Alzheimer en las personas con síndrome de Down en Asturias

17/01/2020

Down Asturias.

**Resumen:**

Son numerosas las investigaciones que relacionan la presencia de síndrome de Down, envejecimiento precoz y enfermedad de Alzheimer (E.A.); llegando a haber constancia de alteraciones neuropatogénicas propias de la E.A. en adultos con síndrome de Down (S.D.) mayores con edades entre 35-40 años[1] (González-Cerrajero, M., Quero-Escalada, M., Moldenhauer, F. y Suárez, C., 2018).

Pretendemos valorar la situación actual de las personas mayores de 30 años que atendemos y así, responder a la preocupación de las familias ante dicho aumento de la esperanza de vida de las personas con S.D. Para ello, se ha aplicado la prueba de exploración CAMDEX-DS (Ball, S. et al., 2006) en su adaptación al castellano.

Mediante este estudio se pone en valor la información facilitada por las familias respecto a cambios observados en el funcionamiento diario de sus allegados con S.D., se cuantifica el seguimiento individual de las personas a las que atendemos desde la entidad y además, se tiende la mano a la coordinación sociosanitaria.

**Palabras clave:** Síndrome de Down; discapacidad; Alzheimer.



**Ana Luque Camiña.** Licenciada en Psicología. Asociación Síndrome de Down Asturias.

**M<sup>a</sup> Luisa Fernández Redondas.** Diplomada en Magisterio. Asociación Síndrome de Down Asturias.

**Resumen:**

Son numerosas las investigaciones que relacionan la presencia de síndrome de Down, envejecimiento precoz y enfermedad de Alzheimer (E.A.); llegando a haber constancia de alteraciones neuropatogénicas propias de la E.A. en adultos con síndrome de Down (S.D.) mayores con edades entre 35-40 años[1] (González-Cerrajero, M., Quero-Escalada, M., Moldenhauer, F. y Suárez, C., 2018).

Pretendemos valorar la situación actual de las personas mayores de 30 años que atendemos y así, responder a la preocupación de las familias ante dicho aumento de la esperanza de vida de las personas con S.D. Para ello, se ha aplicado la prueba de exploración CAMDEX-DS (Ball, S. et al., 2006) en su adaptación al castellano.

Mediante este estudio se pone en valor la información facilitada por las familias respecto a cambios observados en el funcionamiento diario de sus allegados con S.D., se cuantifica el seguimiento individual de las personas a las que atendemos desde la entidad y además, se tiende la mano a la coordinación sociosanitaria.

**Palabras clave:** Síndrome de Down; discapacidad; Alzheimer.

## Introducción

En los últimos años son numerosos los estudios relativos al aumento de la esperanza de vida en las personas con síndrome de Down (Matía, A., 2011), llegando a triplicarse y "alcanzar una edad media de 60 años" (Huete, 2016).

Además, aparecen en las personas con síndrome de Down alteraciones cerebrales neuromorfológicas características de la Enfermedad de Alzheimer de manera precoz. González-Cerrajero y cols. (2018) indican que éstas se "inician 20 años antes [respecto al resto de población]".

Dichos hallazgos se ven constatados en el rendimiento diario de las personas adultas con síndrome de Down, tanto por parte de sus familias como por los técnicos de nuestra entidad, la Asociación síndrome de Down de Asturias.

Pese a todo ello, continúa habiendo un gran desconocimiento al respecto desde los diversos ámbitos de actuación (sanitario, social, etc.) por lo que el objeto del presente estudio es doble. Por un lado, se trata de apoyar con datos estadísticos los cambios observados por las familias que están relacionados con deterioro cognitivo (no asociado a edad ni a la discapacidad intelectual que conlleva el propio síndrome de Down) Y por otro lado, se trata de elaborar una "línea base"/ estudio longitudinal de la población de riesgo que arroje mayor información al respecto.

## Metodología

- Participantes

La muestra fue conformada por 18 personas[1] (6 hombres y 12 mujeres) con síndrome de Down en edades comprendidas entre los 32 y los 59 años, además de sus familias. Todos ellos participantes en nuestra entidad, Down Principado de Asturias.

- Instrumento

Fue aplicada la adaptación española (Esteba-Castillo et al., 2013) del Cambridge Examination for mental disorders of older people with Down's syndrome and others with intellectual disabilities, CAMDEX-DS (Ball, S. et al., 2006) Consiste en una entrevista clínica estructurada a las familias, una breve entrevista clínica y una batería de exploración neuropsicológica (CAMCOG) a las personas usuarias.

- Procedimiento

En primer lugar, se elaboró el "Protocolo de valoración cognitiva. Línea base" para responder a la preocupación de las familias ante los posibles desafíos relacionados con un aumento de la esperanza de vida en la población en general, y con síndrome de Down en particular. En éste se establecen las bases para analizar los posibles cambios relacionados con el deterioro cognitivo a medida que las personas van alcanzando mayor edad, homogeneizando la atención prestada desde los diversos programas de nuestra entidad.

De manera paralela se dio a conocer el objetivo del estudio a las familias mediante el boletín electrónico de la entidad (Down Principado de Asturias) y los grupos de apoyo a familias. Las personas interesadas debían comunicarlo vía telefónica.

Las personas participantes han dado su consentimiento tanto a participar en la investigación como en la posterior difusión de los resultados, siendo respetada su intimidad.

A posteriori, los sujetos fueron citados en sesiones individualizadas (habitualmente un día las familias y uno o dos las personas con síndrome de Down) y siempre de manera paralela, facilitando la interpretación final de ambas partes.

Una vez contrastada la información tanto de las propias personas usuarias como de sus familias, aquellas que mostraban una sospecha de deterioro cognitivo no asociado a la edad ni a la propia discapacidad intelectual, fueron dirigidos a Atención Primaria con un informe psicológico en el que se recomendaba la derivación a la especialidad de neurología con el objeto de realizar pruebas confirmatorias (TAC, SPECT,...) de dicho hallazgo.

[1] Hubo personas con discapacidad intelectual (no síndrome de Down) interesadas en participar, las cuales, fueron valoradas pero no tenidas en cuenta para el presente estudio.

## Resultados

Dentro de las diferentes dimensiones evaluadas mediante el CAMCOG se han obtenido las siguientes puntuaciones (ver Anexo1 "Tabla de resultados CAMCOG"):

De manera global, el 11,11 % de los sujetos presentan puntuaciones bajas (S1= 53; S2= 68) y el 5,5 % se sitúa en zona de riesgo (S3= 63)

Por otro lado, se obtienen puntuaciones altas en las diferentes dimensiones evaluadas obteniendo un 92,59 % en orientación, 84,77 % en lenguaje total (Comprensivo: 86,41 %; Expresivo: 83,95 %), 71,45 % en memoria (De nuevo aprendizaje: 72,75 %; Remota: 56,94 %; Reciente: 79,16 %), 85,18 % en atención, 86,41 % en praxis total (A la copia / dibujo: 77,08; Motora: 93,88 %), 84,25 % en pensamiento abstracto y 82,63 % en percepción.

ANEXO 1: Tabla de resultados CAMCOG

N	Orientación (12)	Comprensión (9)	Expresión (18)	Lenguaje total (27)	Memoria nueva (21)	Memoria remota (4)	Memoria reciente (4)	Memoria total (29)	Atención (9)	Praxis dibujo (8)	Praxis motor (10)	Praxis total (18)	Pens. abstracto (6)	Percepción (8)	TOTAL (109)
S1	7	6	8	14	4	2	2	8	6	3	8	11	2	5	53
S2	7	6	12	18	12	2	1	15	5	2	10	12	5	6	68
S3	9	6	12	18	12	0	0	12	4	6	7	13	2	5	63
S4	12	8	17	25	21	2	4	27	7	7	10	17	6	8	102
S5	12	8	16	24	14	4	4	22	8	8	9	17	5	6	94
S6	11	7	16	23	12	0	4	16	8	3	9	12	4	6	80
S7	12	8	15	23	12	2	4	18	9	5	10	15	5	5	87
S8	12	9	16	25	18	2	2	22	9	8	9	17	6	6	97
S9	12	8	15	23	16	4	4	24	9	7	10	17	6	7	98
S10	12	9	17	26	18	4	4	26	8	8	10	18	6	8	104
S11	12	8	18	26	18	2	4	24	8	7	10	17	6	8	101
S12	11	7	15	22	16	2	3	21	8	6	9	15	4	6	87
S13	12	7	17	24	17	4	4	25	9	6	9	15	6	8	99
S14	12	9	16	25	14	2	3	19	9	8	10	18	6	8	97
S15	12	9	18	27	19	2	4	25	9	8	10	18	6	8	105
S16	11	9	11	20	15	4	3	22	6	5	10	15	6	6	86
S17	12	8	17	25	18	1	4	23	8	7	9	16	4	6	94
S18	12	8	16	24	19	2	3	24	8	7	10	17	6	7	98
μ	11,11	7,77	15,11	22,88	15,27	2,27	3,16	20,72	7,66	6,16	9,38	15,55	5,05	6,61	89,61
%	92,59	86,41	83,95	84,77	72,75	56,94	79,16	71,45	85,18	77,08	93,88	86,41	84,25	82,63	82,21

## Conclusiones

En primer lugar es importante plantear que las conclusiones vertidas en el presente artículo deberán ser tenidas en cuenta con cautela ya que la muestra es pequeña.

Una vez recabada la información de las familias, aplicada la batería neuropsicológica (CAMCOG) y habiendo contrastado ambas informaciones, se concluyó que el 11,11% de la muestra presentaba deterioro cognitivo (S1= 53; S2= 68) Dichos casos fueron derivados a Atención Primaria y, a su vez, a neurología dónde mediante las pruebas confirmatorias fueron corroborados los diagnósticos de demencia, en especial, tipo Alzheimer.

Deteniéndonos en la información facilitada por la familia del S1 habían detectado cambios repentinos en cuanto a:

- Habilidades de la vida diaria: tareas cotidianas -en el centro de apoyo a la integración - y domésticas, aficiones -ver películas del oeste-, realizar compras, preparar comidas sencillas, utilizar el teléfono.
- Orientación espacial y temporal.
- Memoria: recordar acontecimientos tanto recientes como significativos del pasado, dificultades para recordar lugar de las cosas, qué se ha dicho, listas de 2-3 ítems y el nombre de personas de su entorno.
- Praxis: tareas cotidianas como vestirse/desvestirse.
- Funciones ejecutivas: planificar, toma de decisiones, resolución de problemas.
- Funcionamiento mental general: concentración, estado de confusión, lectura y escritura, seguir instrucciones verbales o entablar conversación sencilla, reconocimiento de objetos y personas.
- Por otro lado, las familias observaban cambios respecto a la Personalidad, conducta y autocuidado: habilidades sociales, cambios bruscos del estado de ánimo, impulsividad y agitación, comportamiento sexual, aseo personal, etc.

Respecto al S2 los cambios detectados por el entorno familiar fueron graduales:

- Habilidades de la vida diaria: tareas cotidianas - trabajo - y domésticas, aficiones -sopas de letras, cine, salir a tomar algo con su pareja-, utilizar el teléfono.
- Memoria: recordar acontecimientos recientes, dificultades para recordar el lugar de las cosas, qué se ha dicho.
- Orientación: espacial.

- Funcionamiento mental general: concentración, estado de confusión, seguir instrucciones verbales.

Por otro lado, el 5,5% de la muestra se situaba en zona de riesgo ( $S3= 63$ ), perteneciendo al grupo de personas con discapacidad moderada[1]. En este caso, la familia no ha detectado cambios significativos en su desempeño diario por lo que, desde nuestra entidad se presta especial atención a los cambios que pudiera presentar debido a la puntuación obtenida, aunque consideramos que algunos ítems no se adecúan para la valoración de este sujeto.

En relación al punto anterior, destacamos la puntuación global obtenida en la memoria remota (56,94 %) en la que se evalúan ítems que pueden no ser representativos para los sujetos (ej. ítem 191 “¿Quién era Lola Flores?” e ítem 192 “¿Dónde se celebraron los Juegos Olímpicos de 1992?”) y que precisan actualización, tal y como mencionan Domínguez y Navas (2018).

Aunque los datos presentados son escasos, es un hecho que las familias son las primeras en detectar cambios en sus allegados, siendo necesario este reconocimiento por los diversos profesionales a los que acuden y así, poner en valor dicha información ante el deterioro cognitivo. Además consideramos que es esencial evitar la justificación del deterioro cognitivo por el único hecho de la presencia del síndrome de Down en las personas mayores.

Por último, es imprescindible hacer hincapié en la necesidad de continuar aportando datos al presente estudio e ir ampliando la línea base establecida. No hay que olvidar la importancia de continuar el trabajo de atención directa con las personas con síndrome de Down y sus familias, que las entidades venimos desarrollando, y que facilita la detección de cambios en el rendimiento diario de las personas. De esta manera, al ser la aparición precoz de la enfermedad de Alzheimer en las personas con síndrome de Down un fenómeno nuevo, los recursos a los que acuden las familias suelen poseer escasa información al respecto por lo que, sería recomendable la coordinación con las asociaciones.

Por otro lado, sería de vital importancia contar con estudios en este sentido a nivel nacional (habitualmente están realizados en entidades y/o centros como en nuestro caso) que permitan conocer con profundidad la magnitud de la situación actual y poder llegar a conclusiones que faciliten la labor de apoyo diario a las personas con síndrome de Down.

[1] Las autoras no comparten la terminología desde el punto de vista médico, el cual, diferencia entre discapacidad leve, moderada, grave y profunda en base al coeficiente intelectual sino que, apuestan por el modelo social (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo), el cual, no está recogido en el instrumento utilizado (CAMDEX-DS)

## Bibliografía

- Ball, S. et al. (2006). *Prueba de Exploración Cambridge para la Valoración de los Trastornos Mentales en Adultos con Síndrome de Down o con Discapacidad Intelectual*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- González-Cerrajero, M., Quero-Escalada, M., Moldenhauer, F. & Suárez, C. (2018). Recomendaciones para la atención a los adultos con síndrome de Down. Revisión de la literatura. *Medicina de Familia (SEMERGEN)* 44 (5), 342-350.
- Domínguez, J. y Navas, P. (2018). Deterioro cognitivo y trastorno neurodegenerativo en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 49 (1), 33-67.
- Matía, A. (2011). *Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down*. ZINK soluciones creativas.
- Huete, A. (2016). Demografía e inclusión social de las personas con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 33, 38-50.
- González-Cerrajero, M.; Quero-Escalada, M.; Moldenhauer, F. & Suárez, C. (2018). Recomendaciones para la atención a los adultos con síndrome de Down. Revisión de la literatura. *Elsevier*, 44 (5), 342-350.
- Wilcock, D.M. & Griffin, W.S. (2013). Down's syndrome, neuroinflammation and Alzheimer neuropathogenesis. *J.Neuroinflammation*, 10.

## Redes europeas

---

Participación de Asturias en el grupo de trabajo de digitalización de los servicios sociales de la ESN



**Diana Fernández Zapico.** Enfermera. Coordinadora de Calidad y Gestión del Conocimiento. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.

**Resumen:** Asturias ha sido seleccionada para participar junto a otros 20 representantes de 11 países de la Unión Europea en el grupo de trabajo de “Digitalización de los Servicios Sociales” liderado por la Red Europea de Servicios Sociales (European Social Network, ESN). En la primera reunión del grupo, celebrada en Berlín los días 17 y 18 de octubre, la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar

del Principado de Asturias ha intervenido presentando el marco político y legislativo de la digitalización de los servicios sociales en Asturias y España. La participación en dicha sesión de trabajo ha permitido conocer la experiencia y el nivel de desarrollo digital de otros países, comparar la situación de Asturias con otras regiones de Europa y poner en común las dificultades y desafíos que plantea la digitalización en el ámbito de los servicios sociales. La ESN compartirá las conclusiones del grupo de trabajo mediante la publicación de una guía electrónica de buenas prácticas en la biblioteca de prácticas de la ESN.

**Palabras clave:** digitalización; servicios sociales; Europa; historia social única electrónica.



**Diana Fernández Zapico.** Enfermera. Coordinadora de Calidad y Gestión del Conocimiento. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.

**Resumen:** Asturias ha sido seleccionada para participar junto a otros 20 representantes de 11 países de la Unión Europea en el grupo de trabajo de “Digitalización de los Servicios Sociales” liderado por la Red Europea de Servicios Sociales (European Social Network, ESN). En la primera reunión del grupo, celebrada en Berlín los días 17 y 18 de octubre, la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias ha intervenido presentando el marco político y legislativo de la digitalización de los servicios sociales en Asturias y España. La participación en dicha sesión de

trabajo ha permitido conocer la experiencia y el nivel de desarrollo digital de otros países, comparar la situación de Asturias con otras regiones de Europa y poner en común las dificultades y desafíos que plantea la digitalización en el ámbito de los servicios sociales. La ESN compartirá las conclusiones del grupo de trabajo mediante la publicación de una guía electrónica de buenas prácticas en la biblioteca de prácticas de la ESN.

**Palabras clave:** digitalización; servicios sociales; Europa; historia social única electrónica.

La Red Europea de Servicios Sociales (en adelante ESN) es una organización integrada por 138 miembros que representan a 36 países europeos, asociación de la que Asturias es miembro desde junio de 2017. La ESN dispone de un programa anual cofinanciado por la Comisión Europea, organiza la Conferencia Europea de Servicios Sociales, en la que la Consejería ya participó el pasado año en Milán con el proyecto de Historia Social Única electrónica, y organiza los Premios Europeos de Servicios Sociales además de actividades formativas específicas.

La ESN dispone de varias publicaciones que recogen la importancia de la incorporación de la tecnología en el ámbito social y ha organizado una serie de eventos en los que se ha abordado esta cuestión, como los últimos celebrados en Malta, Milán y el que tendrá lugar este año 2020 en Hamburgo. El grupo de trabajo de digitalización de los servicios sociales surge en la ESN porque se ha identificado esta cuestión como una prioridad para sus miembros, al tratarse de un agente facilitador para la prestación de los servicios sociales y, por tanto, una línea estratégica actual.

Los temas clave que tratará el grupo de trabajo se han seleccionado mediante un cuestionario que la ESN lanzó a sus miembros, y que han sido agrupados en tres bloques temáticos:

1. Manejo de casos y de datos
2. Tecnologías asistidas
3. Inteligencia artificial para la toma de decisiones

La primera reunión del grupo de trabajo de 2019, celebrada en Berlín los días 17 y 18 de octubre de 2019, se centró en los sistemas de gestión de casos y de datos utilizados por los servicios sociales. Asturias fue seleccionada para participar junto con otros 20 delegados y delegadas de Suecia, Malta, Alemania, Italia, España, Bélgica, Austria, Letonia, Reino Unido, Portugal y Croacia.

Los objetivos de esta primera reunión fueron:

- Explorar los beneficios y los límites de la tecnología
- Aprender sobre experiencias y buenas prácticas
- Documentar las políticas
- Elaborar una guía digital sobre la recopilación de buenas prácticas



La reunión comenzó con la introducción al escenario actual de la digitalización de los servicios sociales, presentado por la Dra. Amanda M L. Taylor-BEswick, catedrática de Servicios Sociales de la Universidad de Belfast (Reino Unido). Amanda resaltó la importancia de la participación de los y las trabajadores/as sociales de base en el diseño e implementación de la tecnología y las herramientas de digitalización, dada la turbulenta relación entre la tecnología y la atención social y la percepción negativa que profesionales de este ámbito tienen del uso de la misma en la práctica y el acompañamiento social. También planteó la necesidad de hacer un buen uso de las redes sociales y la tecnología, la ética, la necesidad de entrenamiento y formación, la inclusión de la formación en tecnología en la formación reglada a profesionales de trabajo social. La cuestión es cómo cerrar las brechas de conocimiento, ética y habilidades que existen, mientras se avanza con este cambio profesional y cultural.

Con el marco creado por Amanda se abrió un debate que contextualizó la actividad del grupo de trabajo en:

- La identificación de las partes interesadas significantes
- La creación de comunidades de aprendizaje para la práctica
- La generación de espacios compartidos para conectar
- La comunicación y el debate de ideas
- El desarrollo de resultados, políticas y líneas de investigación multidisciplinares

Posteriormente, la jornada continuó con la presentación de una serie de experiencias relacionadas con la digitalización a nivel local:

- El recorrido del sistema de información del gestor de caso para la atención a la protección a la infancia por parte del Colegio de Trabajo Social de Irlanda del Norte.
- La puesta en marcha de la Historia Social Electrónica en la región de Lombardía, Italia, como soporte a la integración de la atención de servicios sociales y sanitaria, mediante la definición de guías de procesos integrados.
- La solución para la integración de servicios sociales y sanidad presentado por la Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que permite la integración de plataformas para tener una visión 360° de la ciudadanía.

La segunda jornada se inició con la presentación de las cuestiones éticas de la digitalización, realizada por Andreas Gollner en

representación de IBM Watson Health, que introdujo el debate sobre cuáles son los retos éticos más importantes, la privacidad como preocupación clave, el consentimiento por parte de la persona usuaria, la importancia de las cuestiones éticas en la atención social y los métodos para superar todas estas cuestiones.

Posteriormente se abordó el marco político y legislativo de la digitalización, en el que los representantes de Alemania, Suecia y España explicaron los retos que ésta plantea, las diversas medidas tanto políticas como legislativas que se impulsan para abordarlos y los obstáculos identificados en cada uno de estos Estados. La representación de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, participó en esta segunda sesión, explicando los principales retos de la digitalización que se han identificado en nuestra región: la seguridad en el tratamiento de los datos, la atención centrada en la persona, la integralidad y la coordinación con otros sistemas de protección, la calidad y la accesibilidad. Como desafío, planteó la problemática asociada a la base legal para el tratamiento de datos cuando éste supone intercambio de información entre diferentes sistemas, la uniformidad de la atención social y la existencia de herramientas de valoración y diagnóstico validadas.

Tras las exposiciones el grupo de trabajo debatió sobre el papel de la legislación como freno y palanca para la transformación digital digitalización en nuestro contexto, así como el grado de importancia del resto de retos y obstáculos identificados; la financiación, los recursos, las cuestiones éticas, la falta de integración, la necesidad de entrenamiento, la necesidad de apoyo gubernamental, la falta de conocimiento, la escasa participación de los profesionales en el proceso de digitalización, etc. Se identificaron los principales pasos y recomendaciones para abordarlos, el nivel al que cada uno debería ser dirigido y en qué medida el grupo de trabajo puede llevar a cabo este proceso.

La primera reunión del grupo de trabajo de digitalización de Servicios Sociales de la ESN ha sido un foro de transferencia de conocimiento en el que los países miembros de la Comisión Europea hemos podido compartir experiencias y buenas prácticas sobre el desarrollo tecnológico en el ámbito de los servicios sociales, permitiéndonos identificar puntos fuertes en común, así como los retos y las formas de abordarlos, las distintas experiencias, consenso sobre las dificultades y cómo superarlas, a nivel local, estatal y europeo.

La presencia de Asturias en este foro resulta de gran importancia en el desarrollo del proyecto de Historia Social Única electrónica del Principado de Asturias, además de posicionarnos como una región de referencia en la materia de digitalización de los servicios sociales a nivel europeo.

[Más información sobre el grupo de trabajo de digitalización de los servicios sociales de la ESN](#)

## Foro de Coproducción Europeo

17/01/2020



**Ana Bernardo Suárez.** Documentalista. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

### Resumen:

La coproducción es una metodología en auge y que ya se implementa en países Europeos en el campo de los servicios sociales. La coproducción proporciona un modelo en el que profesionales de los servicios públicos y la ciudadanía colaboran en la planificación, prestación y evaluación de un servicio. Conscientes del interés que produce en los prestadores de servicios, la red "European Social Network" especializada en el campo de servicios sociales, el pasado mes de noviembre celebró un Foro de Coproducción, cuyo objetivo era dar a conocer la metodología de la coproducción, el nivel de aplicación en las entidades que pertenecen a la red, buenas prácticas en la materia y apoyar su implementación.

### Palabras clave:

coproducción; Europa; servicios sociales.



**Ana Bernardo Suárez.** Documentalista. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

#### **Resumen:**

La coproducción es una metodología en auge y que ya se implementa en países Europeos en el campo de los servicios sociales. La coproducción proporciona un modelo en el que profesionales de los servicios públicos y la ciudadanía colaboran en la planificación, prestación y evaluación de un servicio. Conscientes del interés que produce en los prestadores de servicios, la red "European Social Network" especializada en el campo de servicios sociales, el pasado mes de noviembre celebró un Foro de Coproducción, cuyo objetivo era dar a conocer la metodología de la coproducción, el nivel de aplicación en las entidades que pertenecen a la red, buenas prácticas en la materia y apoyar su implementación.

#### **Palabras clave:**

coproducción; Europa; servicios sociales.

## Introducción

Los días 14 y 15 de noviembre de 2019 tuvo lugar en Lisboa un **Foro de Coproducción** organizado por la **European Social Network**, red en la que participa la Consejería desde el año 2017. En este seminario se compartieron prácticas y políticas destinadas a conocer cómo las personas usuarias de los servicios sociales pueden participar en estos, no solo dando a conocer sus necesidades, sino también participando en las diferentes etapas de planificación, prestación y evaluación de los servicios.

En la actualidad, la metodología de coproducción está evolucionando y se está implementando en los servicios sociales y está cambiando la perspectiva de cómo las personas usuarias pueden participar en la planificación, prestación y evaluación. En el repositorio de buenas prácticas de la ESN se pueden encontrar algunos de los ejemplos a nivel europeo desarrollados con la metodología de coproducción <https://www.esn-eu.org/practices/index.html>

## Coproducción en Europa

La metodología de coproducción ya está ampliamente implantada a nivel Europeo. La propia Carta Social Europea establece que:

"Artículo 14 de la Carta Social Europea

*Derecho a los beneficios de los servicios sociales:*

*Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a beneficiarse de los servicios sociales, las Partes se comprometen:*

- 1. a fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social;*
- 2. a estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios."*

Asimismo, diferentes organismos oficiales europeos también han incorporado esta perspectiva metodológica a sus trabajos. Este es el caso del Comité Europeo de Derechos Sociales, un comité formado por 15 personas expertas en derechos humanos, dedicado al estudio del empleo, la protección social, la vivienda, la salud, la educación e inclusión. Pues bien, en varios de sus informes podemos encontrar referencias a la coproducción: **Report on user involvement in personal social services** y, más centrado en la infancia, **Children's rights and social services**.

La red ESN, previo al desarrollo del seminario, envió un cuestionario a las entidades que participan en la red con objeto de conocer el grado de implantación de la metodología de coproducción.

A continuación, los principales resultados en relación con los objetivos, implementación, personas a las que se dirige el servicio, factores de éxito, desafíos a superar y resultados de la coproducción que la ESN dio a conocer durante el Foro de Coproducción:

**Objetivos de la coproducción:**

<b>¿Qué importancia tienen las siguientes razones para que su organización involucre a las personas usuarias de los servicios?</b>	<b>Muy importante</b>
Para empoderar a las personas usuarias de los servicios	77%
Para mejorar los servicios haciéndolos más adecuados a las necesidades de las personas usuarias	77%
Dar a las personas usuarias más propiedad sobre los servicios	62%
Para cumplir con la legislación	26%

**Implementación de la coproducción:**

<b>¿Cómo implementas la coproducción en la práctica?</b>	<b>Establecido y ampliamente implementado</b>	<b>Implementado para un área o servicio específico</b>
Consulta con organizaciones que representan a las personas usuarias	41%	33%
Consulta a personas expertas	36%	33%
Planes de atención individual elaborados por igual por profesionales y personas usuarias	26%	41%
Mentores	13%	46%
Presupuestos personales	13%	23%
Participación en estructuras y actividades de gobierno y liderazgo	5%	28%

**Grupos de población:**

<b>¿Qué grupos de población implementa su organización en coproducción?</b>	<b>Práctica de coproducción implementada para el grupo objetivo</b>
Personas con discapacidad física	40,66%
Personas con problemas de salud mental	40,66%
Personas mayores	40,00%
Personas jóvenes	34,07%
Personas con discapacidad intelectual.	31,50%
Familias	30,40%
Personas sin hogar	25,27%
Migrantes y personas refugiadas	23,44%
Menores	19,78%

**Factores de éxito:**

<b>¿Qué importancia tienen los siguientes factores para garantizar que la coproducción sea exitosa?</b>	<b>Muy importante</b>
Apoyo de la alta gerencia	74%
Hacer que las personas usuarias conozcan sus propios derechos, necesidades y habilidades.	62%
Proporcionar a las personas usuarias conocimientos sobre cómo pueden contribuir	62%
Hacer que la información sea accesible a las personas usuarias para que puedan participar	62%
Brindar a profesionales las habilidades adecuadas	51%
Hacer de la coproducción un requisito en toda la organización	46%
Proporcionar directrices organizativas sobre coproducción	46%
Proporcionar compensación a las personas usuarias y grupos por participar en la coproducción	33%
Hacer de la coproducción un requisito para los proveedores de servicios	31%
Asignación de un presupuesto específico a la coproducción	26%

Desafíos por superar:

<b>¿Qué tan difícil encuentra los siguientes desafíos cuando implementa la coproducción en la práctica?</b>	<b>Muy difícil</b>
Los asuntos más urgentes tienen prioridad	26%
Falta de tiempo y recursos para implementar la coproducción	26%
Proporcionar fondos para compensar a las personas usuarias y grupos que participan en la coproducción.	18%
Hacer que la coproducción conduzca a cambios significativos en las políticas y prácticas	18%
Superar el miedo de profesionales a perder el control	15%
Dificultad para acordar soluciones satisfactorias para todas las personas involucradas	13%
Retos de comunicación entre profesionales y personas usuarias	13%
Involucrarse con una muestra representativa del objetivo	10%
Las personas usuarias no están acostumbradas al formato para administrar servicios	8%

Resultados:

¿Qué resultados ha visto al implementar un enfoque de coproducción?	Resultado muy claro
Mejores relaciones entre personas usuarias y profesionales	49%
Las personas usuarias están más motivadas para alcanzar sus objetivos	41%
Mejora de la calidad de vida de las personas usuarias	38%
Cambios realizados para mejorar la política y la práctica	31%
Eficiencia mejorada	13%
Aumento de personas que utilizan los servicios	13%

## Guía de coproducción

Durante el seminario se presentó un borrador de la Guía de Coproducción que proporciona pautas prácticas para los servicios sociales sobre los principios clave de la coproducción y pautas sobre cómo se puede implementar.

El documento comienza definiendo la coproducción en servicios sociales como la participación igualitaria de personas que usan los servicios y profesionales en la planificación, entrega y evaluación de los servicios sociales. Esto implica un cambio hacia las personas que usan los servicios, participando de forma activa en la forma que se ejecutan los servicios sociales.

La segunda parte del documento hace referencia a los principios de la coproducción:

- **Acceso:** las actividades organizadas entre las personas usuarias y profesionales deben ser accesibles. Por ejemplo, adaptándose a las diferentes necesidades de comunicación de las personas, organizando actividades en lugares y horarios convenientes, y compensando a las personas participantes por su coste y su tiempo.
- **Habilidades:** las personas pueden necesitar apoyo para participar en la coproducción, como el aumento de confianza y capacitación, las organizaciones que representan a las personas que usan los servicios pueden requerir recursos y los y las profesionales de los servicios sociales pueden necesitar capacitación y tiempo para implementar un enfoque de coproducción.
- **Cultura:** la coproducción puede requerir un cambio cultural para que las opiniones de las personas se consideren vitales en la forma en que los servicios se ejecutan y se ponen a la altura de profesionales, incluso en la toma de decisiones clave. Es posible que se requiera apoyo para el personal que teme que la experiencia profesional se vuelva menos importante, siendo esencial el apoyo de los líderes superiores.

Para mostrar como se puede implementar la coproducción, en el documento referencian varios ejemplos que se relacionan con la planificación, desarrollo y evaluación.

- **Coproducción en la planificación del Servicio:** Municipio de Hafnarfjörður, Islandia: El Consejo de Personas Mayores en Hafnarfjörður participa en la planificación del servicio, tales decisiones como el presupuesto municipal y la planificación de nuevas instalaciones de atención. Los miembros del Consejo reciben una compensación financiera por participar en las reuniones de las autoridades locales, y un empleado de del municipio se dedica a gestionar la participación del consejo.
- **Coproducción en el desarrollo del servicio:** Centro Público para el Bienestar Social, Brujas, Bélgica. Las personas solicitantes de asilo en Brujas reciben capacitación sobre los derechos sociales y el acceso a las prestaciones y servicios para que puedan actuar como intermediarios de otras personas solicitantes de asilo que han llegado recientemente a la ciudad. Los ayudan a acceder a vivienda, atención médica, educación y otras prestaciones.
- **Coproducción en la evaluación del servicio:** Inspección de cuidados, Escocia. Un equipo de personas jóvenes voluntarias (edad 18-26) especialmente capacitados con experiencia en el cuidado trabaja en estrecha colaboración con el personal inspector para evaluar los servicios para menores. Ofrecen información valiosa durante las inspecciones y crean rápidamente conexiones con los niños y niñas, tratando de comprender sus puntos de vista.

- Coproducción en la toma de decisiones estratégicas: País del Sur Ayshire, Escocia (Reino Unido). La Junta involucra la atención de jóvenes con experiencia (edad 18-30) que regularmente se reúnen con gerentes de servicio y políticos locales. Su aporte ha resultado en una acción política para prevenir la falta de vivienda de las personas jóvenes que abandonan la atención.

Y para concluir, la ESN ofrece un Checklist de coproducción en servicios sociales que puede ayudar a los servicios a comenzar con su implementación.

Checklist: Coproducción en Servicios Sociales	
Las personas usuarias y grupos locales trabajan en la identificación de problemas y necesidades en la comunidad local	V
Las opiniones de las personas usuarias y los grupos locales configuran el desarrollo de nuevas políticas y el diseño de nuevos servicios / proyectos.	V
Los puntos de vista y objetivos de las personas usuarias se valoran y se consideran en igualdad con los de profesionales en la creación de planes de atención individual.	V
Las personas usuarias están involucradas en proporcionar inspiración y orientación a los demás a través de grupos de mentoría y grupos de apoyo	V
Las personas usuarias definen indicadores de calidad para los servicios sociales a través de los cuales son evaluados	V
Las personas usuarias inspeccionan / evalúan conjuntamente los servicios	V
Personas usuarias o grupos locales están representados en las estructuras de gobierno de los servicios y toman parte de las decisiones juntos a los líderes del servicio	V

## La coproducción en el Principado de Asturias

En los últimos años, el Gobierno del Principado de Asturias ha venido fomentado la participación y colaboración de la ciudadanía a través de diferentes mecanismos jurídicos y tecnológicos.

En nuestra región la participación de la ciudadanía se materializa a través del Portal web Asturias Participa, englobado dentro de la iniciativa Gobierno Abierto del Principado de Asturias. En el portal, además de recabar opiniones sobre futuras normas, se llevan a cabo debates sobre temas de actualidad y proyectos.

En el ámbito de Servicios Sociales, algunos ejemplos de participación en normativas en las que se mantuvo un diálogo con las partes interesadas incorporando sus aportaciones son, la elaboración del Documento bases en materia de Servicios Sociales del Principado de Asturias, la Ley del Principado de Asturias 3/2019, de 15 de marzo, sobre acción concertada con entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro para la prestación de servicios de carácter social y Decreto por el que se regula el funcionamiento de los Centros Sociales de Personas Mayores de titularidad del Principado de Asturias. Además, también es necesario destacar la Estrategia de envejecimiento Activo del Principado de Asturias 2018-2021 (ESTRENA), en cuya redacción participaron equipos de investigación de la Universidad y personal técnico de la Consejería, pero además, en la definición de medidas, se tuvo en cuenta la opinión de las personas mayores, asociaciones, y diferentes agentes relacionados con el colectivo.

El actual compromiso de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar es continuar con esta línea de trabajo, fomentando participación y colaboración de la ciudadanía, y además, avanzar en el modelo de coproducción, haciendo partícipes a las personas usuarias de todas la etapas del servicio prestado.

## Bibliografía

- European Social Network. (2019). *Co-production Forum*. Recuperado de <https://www.esn-eu.org/events/co-production-forum>
- Fernandes Guerreiro, A.I. & Sedletzki, V. (2016). *Children´s Rights and Social Services*. Bruselas: Consejo Europeo.
- Jefatura del Estado. (1980). Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961. Publicado en el *Boletín Oficial del Estado*, No. 153, de 26 de junio de 1980.
- Munday, B. (2007). *Report on user involvement in personal social services*. Bruselas: Consejo Europeo.



**Begoña López González.** Doctora en Sociología. Responsable del ObservASS. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

**Resumen:**

La cronificación de la pobreza, su transmisión intergeneracional son problemas comunes a los que deben hacer frente los sistemas de protección social europeos. Las fórmulas para afrontarlos varían entre los diferentes países, así como los resultados obtenidos. Es por ello que la Comisión Europea consideró oportuno incluir los proyectos orientados a solventar estas problemáticas en el programa de revisión de pares Peer Review Program. La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias fue seleccionada para participar en el seminario celebrado en Noruega con su proyecto de coordinación sociolaboral.

**Palabras clave:**

pobreza; exclusión social; transmisión intergeneracional de la pobreza; coordinación sociolaboral.



**Begoña López González.** Doctora en Sociología. Responsable del ObservASS. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

**Resumen:**

La cronificación de la pobreza, su transmisión intergeneracional son problemas comunes a los que deben hacer frente los sistemas de protección social europeos. Las fórmulas para afrontarlos varían entre los diferentes países, así como los resultados obtenidos. Es por ello que la Comisión Europea consideró oportuno incluir los proyectos orientados a solventar estas problemáticas en el programa de revisión de pares Peer Review Program. La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias fue seleccionada para participar en el seminario celebrado en Noruega con su proyecto de coordinación sociolaboral.

**Palabras clave:**

pobreza; exclusión social; transmisión intergeneracional de la pobreza; coordinación sociolaboral.

La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar ha participado el pasado mes de noviembre en el Programa de la Comisión Europea "Peer Review" con el objetivo de compartir y contrastar el proyecto de Coordinación Sociolaboral implementado en la región a través de una experiencia piloto en los municipios de Oviedo y Grado. Dicho proyecto, tiene como objetivo coordinar los servicios ofrecidos a las personas titulares de Salario Social Básico desde los Sistemas de Servicios Sociales y Empleo en ambos municipios. Esta experiencia fue discutida y contrastada con colegas y personas expertas de diferentes Estados miembros: como Bélgica, Chipre, República Checa, Rumanía, que presentaron iniciativas similares implementadas en sus países, así como con expertos de Francia y Alemania.

Por su parte, Noruega, el país anfitrión, presentó una metodología para el "seguimiento integral de familias de bajos ingresos". Un proyecto conocido como *metodología HOLF* que, en una valoración independiente posterior, no ha dado los resultados esperados y cuyo diseño quería someterse a reflexión.

Las discusiones alrededor de los diferentes proyectos pivotaron sobre tres problemas fundamentales: la pobreza general, la pobreza infantil y la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Europa se había fijado como objetivo en la Estrategia Europa 2020 sacar al menos 20 millones de personas de la pobreza para 2020. Ahora bien, pese a los avances detectados en los últimos años, este objetivo no se ha cumplido. No sólo esto, sino que se han identificado algunas tendencias negativas relacionadas con la pobreza: esta se ha profundizado, es decir, se ha

acrecentado la brecha entre quienes son pobres y quienes no lo son; ha aumentado el riesgo de pobreza entre personas que sí participan en el mercado de trabajo; y también entre las personas en hogares con baja intensidad de empleo (lo que indica un deterioro en la adecuación de las prestaciones y los servicios sociales).

Lejos de alcanzar este objetivo la pobreza de los hogares sigue siendo uno de los principales desafíos: el 16,9% de los hogares en la UE-28 estaban en riesgo de pobreza en 2018. Un valor que oscila entre Estados miembros, registrando los más altos Rumanía (23,5%), Estonia (21,9%) y España (21,5%).



En este sentido, los documentos de trabajo proporcionados por la Comisión Europea junto con el país anfitrión hacían hincapié en tres aspectos:

- Las familias de bajos ingresos con menores se ven particularmente afectadas por la pobreza. Especialmente cuando se trata de familias monoparentales/monomarentales, con tres o más hijos/as o con progenitores/as extranjeros/as.
- La pobreza en el trabajo se identifica cada vez más como un factor de riesgo para la pobreza familiar.
- Las oportunidades en la vida están fuertemente vinculadas al origen social (ESDE, 2018). Un estudio reciente de la OCDE sugiere que la

pobreza familiar probablemente sea una de las causas de la transmisión intergeneracional de la pobreza (OCDE, 2018a). Los resultados de la encuesta PISA sobre competencias de los estudiantes proporcionan una nueva evidencia de que los antecedentes de los padres de una persona son un importante predictor de sus habilidades que son relevantes para el mercado laboral.

Ya en 2013 la Comisión Europea recomendó a los Estados miembros que invirtieran en la infancia rompiendo el círculo de las desventajas, poniendo de relieve la necesidad de que los Estados garanticen trabajos razonables para padres y madres, educación y servicios para la infancia asequibles, medidas de apoyo económico para menores y familias cuando fuese necesario, así como incidiendo en la participación infantil[1].

Por otro lado, el Pilar Europeo de Derechos Sociales proclamado por los Jefes de Estado en 2017 también se refiere a muchos aspectos de la lucha contra la pobreza y la inclusión social. Varios principios del Pilar son clave para apoyar a las familias de bajos ingresos con niños y niñas, en particular el principio 11. Ahora bien, dada la naturaleza no legal del Pilar, sus principios y derechos no son directamente exigibles.

[1] European Commission, 2013. Investing in children: breaking the cycle of disadvantage. Accessed at: [eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32013H0112](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32013H0112) [01.08.2019]

## Abordar el problema de la pobreza, la pobreza familiar e infantil y la trasmisión intergeneracional de la pobreza

Hay diferentes perspectivas desde las que se pueden abordar las situaciones de pobreza. La OCDE ha confeccionado una tipología de políticas que los países pueden poner en marcha para la lucha contra la pobreza en las familias:

- Ayuda financiera para proteger a niños, niñas y familias;
- Aumento del empleo de los progenitores y / o aumento de los ingresos del empleo;
- Políticas para facilitar el acceso a los servicios para promover la inclusión social y el bienestar de los niños y niñas.

El diseño e implementación de algunas de estas políticas exceden el ámbito de actuación de los servicios sociales. En cambio, sí es responsabilidad de estos sistemas promover la inclusión social y el bienestar, el acceso a los servicios, la correcta cobertura de prestaciones y servicios y, resumiendo la filosofía que envuelve a los servicios sociales a lo largo del continente, ser la última red de protección de la ciudadanía.

La Comisión Europea señala que en la lucha contra la pobreza ejercen un papel importante los sistemas de ingresos mínimos, dependiendo en todo caso de la generosidad con la que estos sistemas hayan sido diseñados. Un sistema que en el caso de nuestra región tiene su piedra angular en el Salario Social Básico. Ahora bien, la misma Comisión Europea pone de manifiesto que estas prestaciones económicas por sí solas no garantizan la reducción de la pobreza a largo plazo y pueden no romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza. En muchos casos, las razones que conducen a la pobreza son múltiples y complejas de abordar. Esto requiere acciones que coloquen tanto a la persona, como a su familia en su contexto sociodemográfico y socioeconómico.

En este sentido, los países europeos han adoptado políticas destinadas a proporcionar ayuda financiera para proteger a los niños, niñas y las familias, aumentar el empleo y los ingresos de los progenitores y mejorar el acceso a servicios como educación, vivienda y atención médica. La efectividad de estas políticas difiere entre países, características y administración. La pobreza familiar, en particular las perspectivas de bienestar y el futuro de los y las menores, también han desencadenado recientemente el desarrollo de programas de empleo con el objetivo de fomentar la inclusión social. Existe evidencia de que los servicios sociales integrados pueden mejorar la eficiencia de las medidas adoptadas.

Y es en este espacio de coordinación de servicios es donde se mueve el proyecto asturiano. Lograr una coordinación de ambos sistemas, laboral y de servicios sociales, para mejorar la atención a la ciudadanía y lograr ser más efectivos en su acercamiento al mercado de trabajo cuando las condiciones de las personas lo hagan posible. Para ello será necesario que los sistemas se comuniquen, intercambien información; dispongan de procedimientos para valorar la situación de las personas y sean capaces de derivarlas al recurso que les sea más apropiado en cada momento, ajustando las intervenciones a su realidad. Poner en juego herramientas que traten de incidir en las barreras que las personas beneficiarias de la renta mínima asturiana se encuentran en el acceso al mercado de trabajo o en el acceso a determinados servicios.

La integración de servicios no es una receta milagrosa. No resuelve todas las ineficiencias en la provisión de servicios y requiere una capacidad administrativa considerable para un diseño e implementación adecuados. Ahora bien, el trabajo desarrollado en el Peer Review Program ha puesto de manifiesto que se han logrado avances en varios países que han logrado vincular servicios sociales y de empleo para las personas desempleadas de larga duración y beneficiarias de ingresos mínimos. Y ha revelado que hay espacio para continuar apoyando la innovación social orientada a poner a prueba mejores formas de cooperación y mecanismos de incentivos.

## Centro de Documentación

---

### Centro de Documentación de Servicios Sociales

- Normativa 2019
- Jornadas 2019
- Últimas entradas del Blog del CDSSA
- Recomendaciones, en diversos formatos (libros, artículos, videos..) y organizado por temáticas.



Centro de Documentación de  
Servicios Sociales de Asturias

---

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y ADAPTACIÓN AL CAMBIO SOCIAL

CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

C/Charles Darwin, s/n 3ª Planta

CP 33005 Oviedo, Asturias

Teléfono: 985 105 500

email: [cdssa@asturias.org](mailto:cdssa@asturias.org)

COORDINACIÓN/REDACCIÓN

Ana Bernardo Suárez

Luis Miguel Bermúdez Álvarez

ISSN: 22541357

D.L.: AS/06682012