

ESTADÍSTIKA BULETINA BOLETIN ESTADÍSTICO

ARABAKO GIZARTE ZERBITZUEN BEHATOKIA
OBSERVATORIO DE SERVICIOS SOCIALES DE ÁLAVA
www.dataraba.eus

17

AURKEZPENA

Behatokiko gizarte zerbitzuen sareari buruzko atalaren birmoldaketa

Arabako Gizarte-Zerbitzuen Behatokia duela bi hamarkada baino gehiago sortu zen. Urte hauetan zehar, aldaketa nabarmenak gertatu dira gizarte-zerbitzuen egituraketa eta araudian: hala nola, Eusko Jaurlaritzak Zerbitzu eta Prestazioen Zorroari buruzko Dekretuaren onarpena, eta Araban Lurraldeko Gizarte-Zerbitzuen Mapa osatzea; Dirusarrerak Bermatzeko Prestazioen kudeaketa Lanbidera pasatu izana, edo estatuaren Autonomia Garatzeko eta Menpekotasunari Arreta Emateko Sistemaren kontsolidazioa.

Aldaketa hauek agerian jarri dute Behatokiaren datu-bankuaren egitura —orain arte gizarte-talde ezberdinen arabera antolatua— berritu eta Gizarte-Zerbitzuen Legearen eta Lurraldeko Gizarte-Zerbitzuen Maparen egiturarekin bat etorriko litzatekeen ikuspegi transbertsalago bat emateko premia, datuak Legeak eta Mapak oinarri hartzen dituzten hiru kontingentzien arabera antolatuz: autonomia eta menpekotasuna, babesgabetasuna eta gizarte-inklusiua, hain zuzen.

Egituraketa berri honekin batera, 2021eko udaberritik aurrera Behatokira gerturatzen diren pertsonak analisirako tresna hobetuak izango dituzte eskura, hala nola, *dashboard* interaktibo berriak, datuak hainbat ikuspegi ezberdinetatik aztertzeke aukera emango dietenak.

PRESENTACIÓN

Remodelación del apartado sobre la red de servicios sociales del Observatorio

El Observatorio de Servicios Sociales de Álava ha estado en funcionamiento durante más de dos décadas. A lo largo de estos años, se han producido modificaciones en la estructura y normativa del sistema de servicios sociales, siendo los más destacables la aprobación del Decreto de Cartera de Servicios y Prestaciones por parte del Gobierno Vasco y del Mapa de Servicios Sociales del Territorio Histórico, la asunción de la gestión del Sistema de Garantía de Ingresos por parte de Lanbide, o la consolidación del Sistema estatal para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Estos cambios han ido evidenciando la necesidad de realizar modificaciones en la estructura del banco de datos del Observatorio, que hasta ahora se articulaba en torno a los distintos colectivos atendidos, para adaptarlo a una visión más transversal, centrada en las tres contingencias —autonomía y dependencia, desprotección e inclusión social— vertebradoras de la Ley de Servicios Sociales y del Mapa de Servicios Sociales del Territorio.

Junto con esta renovación estructural, que culminará en la primavera de 2021, las personas que se acerquen al Observatorio podrán acceder a nuevas herramientas analíticas, como cuadros de mando interactivos que les permitirán visualizar los datos desde múltiples perspectivas.

Buletinaren edukiak

Behatokiko hamazazpigarren Buletin honek COVID-19arengan jartzen du fokoa, ezinbestean, pandemia izan baita joan den urteko protagonista ukazina arlo guztietan, baita gizarte-zerbitzuaren arloan ere. Bi artikulutan jorratzen da gaia, lehenengoan hilkortasunean izan duen inpaktua da aztergai, bigarrean, berriz, adinekoentzako egoitzetan pandemiari aurre egiteko hartu diren neurriak jorratzen dira.

Hilkortasunari buruzko analisisia — *Sakonean* ataleko hirugarren artikuluan— Eustaten Heriotzen Estatistikako datuetan oinarritzen da. COVIDaren inpaktua aztertzeke, 2020ko lehen sei hilkekoan izandako heriotza kopurua aurreko urteetako batezbestekoarekin konparatu daiteke; era berean, Arabaren egoera EAEko beste bi lurraldeekin konparatzeko aukera ere ematen dute datuek.

Bestalde, buletina ixten duen *Joerak* ataleko artikulua nazioartean adineko egoitzetako erabiltzaileak COVIDarengandik babesteko harturiko neurriei buruzko literaturaren berrikusketa batean oinarritzen da, eta, herrialde gehienetan pandemia kudeatzeko izan diren zailtasun nabarmenenak gainditzeko egindako zenbait gomendio ere jasotzen ditu.

Hamazazpigarren buletin hau osatzen dute, gizarte-zerbitzuek 2019an zehar izan duten jarduerari buruzko datuen ohiko analisiak, *Ikuspegi* atalean; menpekotasunen bat duten pertsonen Araban eskaintzen zaien arretari buruzko *Sakoneko* analisi batek; eta Eustaten Bizi-Baldintzen inkestan oinarrituz, desgaitasunak edo osasun arazo larriak dituzten arabarren gizarte-harremanei erreparatzen dien artikulua batek.

Contenidos del Boletín

Como no podía ser de otra manera, el decimoséptimo Boletín del Observatorio pone el foco en la pandemia del COVID-19 —indiscutible protagonista del año en todos los ámbitos, incluido el de los servicios sociales— a través de dos artículos dedicados a analizar el impacto que ha tenido en la mortalidad, y las medidas con las que se le ha hecho frente en los centros residenciales para personas mayores.

El análisis de la mortalidad — en el tercer artículo de la sección *A Fondo* del Boletín— se basa en datos de la Estadística de Defunciones de Eustat, que permite analizar el impacto de la COVID mediante la comparativa de los datos de mortalidad del primer semestre de 2020 con los de años anteriores, así como comparar la situación en Álava con la de los otros Territorios de la CAE.

Por otra parte, el artículo de la sección *Tendencias* que cierra el Boletín se basa en una revisión de la literatura sobre las medidas preventivas adoptadas frente a la COVID en los centros residenciales a nivel internacional, y recoge algunas recomendaciones para superar las principales dificultades que ha planteado la gestión de la pandemia en la mayoría de los países.

Completan este decimoséptimo Boletín la habitual panorámica sobre la actividad de los servicios sociales a lo largo de 2019; un análisis detallado de la atención que se presta a las personas dependientes en el marco del SAAD en Álava; y un artículo dedicado a conocer las relaciones sociales de las y los alaveses con deficiencias o problemas de salud a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida de Eustat.

PANORAMA | IKUSPEGI

A finales de 2019, 25.125 personas son atendidas desde los principales servicios y prestaciones sociales

Tal y como se ha indicado en el artículo de presentación, en 2020 se ha reorganizado el banco de datos del Observatorio para adaptarlo a la estructura por contingencias de la Ley de Servicios Sociales; en consecuencia, también este apartado de *Panorama*, dedicado al análisis de la atención prestada desde los servicios sociales en Álava, se ha visto modificado con respecto a la estructura que había tenido en boletines anteriores.

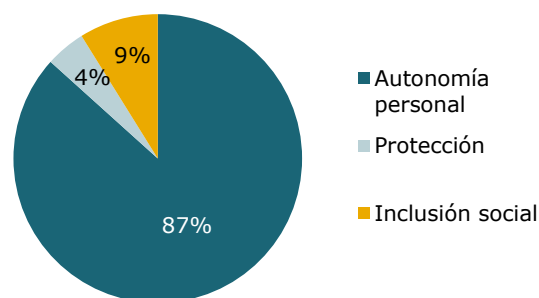
Junto con esta modificación estructural, se ha optado por centrar el análisis en los datos sobre personas atendidas en un momento del año —concretamente a finales de año— indicador que permite conocer con más exactitud la capacidad de atención de la red de servicios y prestaciones, frente al dato de personas atendidas a lo largo del año que se utilizaba hasta ahora¹. Estos cambios, que constituyen sin duda una mejora en términos analíticos, presentan sin embargo una contrapartida, y es que no se puede realizar una comparación directa de los datos de este artículo con los ofrecidos hasta el decimosexto boletín y se pierde, por lo tanto, temporalmente, la visión evo-

¹ La cifra de personas usuarias a lo largo del año, que se recogía en boletines anteriores es sin duda un dato interesante, que muestra el alcance que tiene el Sistema en términos del número de personas a las que puede llegar. No obstante, en los servicios con una rotación muy elevada el alcance es muy superior a la cobertura, lo que puede llevar a que se sobreestime la capacidad del Sistema. Se considera que la cobertura en un momento concreto puede reflejar mejor la capacidad real del mismo.

lutiva, que no podrá recuperarse hasta el siguiente Boletín, cuando se recojan los datos relativos al año 2020.

Hechas estas advertencias, los datos aportados por el Instituto Foral de Bienestar Social indican que, a finales de 2019, un total de 25.125 personas eran atendidas en los principales servicios y prestaciones de la red de servicios sociales². La gran mayoría de estas personas (87%) son atendidas por situaciones o necesidades relacionadas con la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. En torno a un 4% de las personas que utilizan la red a finales de año son atendidas en servicios de protección —ya sea para personas menores de edad o para mujeres que sufren violencia de género— y un 9% en servicios dirigidos a la inclusión social de distintos colectivos en riesgo o situación de exclusión social.

Gráfico 1. Distribución de la población atendida a 31 de diciembre en los principales servicios y prestaciones sociales, por contingencia. Álava, 2019

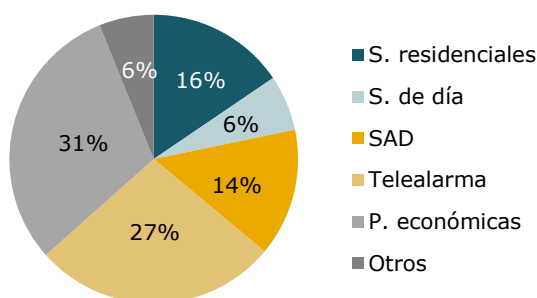


² Esta cifra no contempla a las personas beneficiarias de la Renta de Garantía de Ingresos ni de las Ayudas de Emergencia Social. Aunque los datos no se incluyan en este análisis, la información sobre las personas que perciben estas prestaciones se encuentra disponible en el banco de datos del Observatorio para su consulta.

Cabe remarcar que en este análisis no se incluyen las personas titulares de la Renta de Garantía de Ingresos ni aquellas que han percibido Ayudas de Emergencia Social, dado que estas prestaciones no forman parte del Sistema Vasco de Servicios Sociales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales³.

A pesar de ello, en el gráfico siguiente se puede ver que el peso que tienen las prestaciones económicas sobre el conjunto de la atención es, aun así, bastante notable, ya que las personas receptoras de ayudas de carácter económico constituyen un tercio de las atendidas por el Sistema. Esto se debe principalmente a la elevada cobertura que alcanzan las prestaciones enmarcadas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Gráfico 2. Distribución de la población atendida a 31 de diciembre en los principales servicios y prestaciones sociales, por tipo de recurso. Álava, 2019



Al margen de las ayudas de naturaleza económica, los datos indican que un 41%

³ En números anteriores del Boletín sí se incluían estas prestaciones siguiendo el criterio adoptado en 2007 cuando se puso en marcha el Observatorio y cuando estas prestaciones todavía se gestionaban desde los servicios sociales.

de las personas atendidas en Álava a 31 de diciembre de 2019 eran usuarias de servicios dirigidos a prestar apoyo o cuidados en el propio domicilio como son el Servicio de Ayuda a Domicilio y el servicio de teleasistencia. Por su parte, los servicios residenciales atienden a un 16% de la población usuaria del Sistema a finales de año, y los servicios de atención diurna a un 6%.

Características de la red de centros

A finales de 2019, Álava cuenta con 5.321 plazas residenciales y 1.716 plazas de atención diurna, incluyendo tanto las plazas públicas y de responsabilidad pública, pertenecientes al Sistema de Servicios Sociales, como las de titularidad privada. La gran mayoría de estas plazas están dirigidas a la atención de personas con problemas de autonomía personal (fundamentalmente personas mayores); un 5,7% de las plazas residenciales y un 3% de las plazas diurnas se dirigen a la atención de situaciones de desprotección (fundamentalmente de niños y niñas); y las dirigidas a atender necesidades de inclusión social representan un 3,8% y un 5,2% de las plazas residenciales y diurnas, respectivamente.

Tabla 1. Plazas de atención residencial y diurna a 31 de diciembre, por colectivo de atención. Álava, 2019

| | | S. resid. | S. día |
|--------------------|---------------------|--------------|--------------|
| Autonomía personal | Mayores | 4.387 | 985 |
| | Discapacidad | 267 | 531 |
| | Enfermedad mental | 160 | 58 |
| Protección | Menores | 266 | 52 |
| | Violencia de género | 39 | -- |
| Inclusión social | | 202 | 90 |
| Total | | 5.321 | 1.716 |

Las plazas pertenecientes al Sistema, bien porque son de titularidad pública o reciben financiación pública mediante la concertación, o a través de prestaciones vinculadas al servicio para sus usuarias, son 3.353 en el caso de los servicios de atención residencial y 1.571 en el de los servicios de atención diurna; es decir, el 63% y el 91,5% de las plazas existentes en el Territorio, respectivamente. Cabe destacar, por otra parte, que la totalidad de las plazas privadas que no cuentan con financiación pública se dan en el ámbito de la atención a personas mayores.

Tabla 2. Plazas públicas y de responsabilidad pública a 31 de diciembre, por colectivo de atención. Álava, 2019

| | | S. resid | S. día |
|--------------------|---------------------|--------------|--------------|
| Autonomía personal | Mayores | 2.419 | 840 |
| | Discapacidad | 267 | 531 |
| | Enfermedad mental | 160 | 58 |
| Protección | Menores | 266 | 52 |
| | Violencia de género | 39 | -- |
| Inclusión social | | 202 | 90 |
| Total | | 3.353 | 1.571 |

Analizando con mayor detalle las características de los recursos dirigidos a este colectivo, que como se ha indicado, constituyen el 82% de las plazas residenciales y el 57% de las plazas diurnas del Territorio, se aprecia que la gran mayoría de las plazas residenciales (3.176) son plazas asistidas para personas que presentan principalmente discapacidades físicas, mientras que 314 están dirigidas específicamente a personas mayores con problemas cognitivos (plazas psicogerítricas) y 897 son apartamentos tutelados dirigidos a personas autónomas.

Tabla 3. Plazas residenciales para personas mayores, por tipo de plaza y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Nº plazas | % del total |
|------------------------------|--------------|---------------|
| <i>Tipo de plaza</i> | | |
| Asistidas | 3.176 | 72,4% |
| Psicogerítricas | 314 | 7,2% |
| Autónomas | 897 | 20,4% |
| <i>Titularidad y gestión</i> | | |
| Forales | 779 | 17,8% |
| - Gestión directa | 625 | 14,2% |
| - Gestión indirecta | 154 | 3,5% |
| Municipales | 429 | 9,8% |
| Concertadas | 290 | 6,6% |
| Privadas con PEVS | 921 | 21,0% |
| Privadas | 1.968 | 44,9% |
| Total | 4.387 | 100,0% |

Por lo que se refiere a la titularidad, aproximadamente el 18% de las plazas residenciales para personas mayores del Territorio son de titularidad foral, de las cuales un 80% las gestiona la DFA de forma directa; un 9,8% pertenecen a Ayuntamientos; y un 6,6% son plazas privadas concertadas por la Diputación Foral. Por otra parte, a finales de 2019, 921 de las 2.889 plazas privadas existentes en el Territorio estaban financiadas indirectamente a través de la Prestación Vinculada al Servicio, por lo que aproximadamente el 55% de las plazas residenciales para personas mayores existentes en el Territorio (2.419 de las 4.387) son de responsabilidad pública.

En cuanto a los recursos diurnos, el 67% de las plazas de día para personas mayores se prestan en centros de día asistidos, un 21% en Centros Rurales de Atención Diurna (CRAD) y el restante 12% en centros residenciales.

Tabla 4. Plazas de atención diurna para personas mayores, por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Nº plazas | % del total |
|------------------------------|------------|---------------|
| <i>Tipo de centro</i> | | |
| Centro de día | 662 | 67,2% |
| CRAD | 209 | 21,2% |
| At. diurna en residencias | 114 | 11,6% |
| <i>Titularidad y gestión</i> | | |
| Forales | 390 | 39,6% |
| - Gestión directa | 265 | 26,9% |
| - Gestión indirecta | 125 | 12,7% |
| Municipales | 398 | 40,4% |
| Concertadas | 4 | 0,4% |
| Privadas con PEVS | 48 | 4,9% |
| Privadas | 145 | 14,7% |
| Total | 985 | 100,0% |

A diferencia de lo que sucedía con la atención residencial, el 80% de las plazas son de titularidad pública (390 de la administración foral y 398 de los ayuntamientos). Si se suman a estas 788 plazas públicas las 52 plazas que cuentan con financiación pública (ya sea mediante concertación o mediante la Prestación Vinculada al Servicio) se obtiene que 840 de las 985 plazas de atención diurna para mayores del Territorio (el 85,3%) son plazas públicas o de responsabilidad pública, pertenecientes al Sistema.

Por lo que se refiere a la red de centros para personas con discapacidad, la siguiente tabla muestra la distribución de las plazas residenciales y diurnas por tipo de centro. Los datos indican que un 60% de las plazas residenciales para la atención de este colectivo se prestan desde viviendas con apoyo de pequeño tamaño, frente a las residencias que, con un total de 106 plazas,

constituyen casi un 40% de la oferta. En cuanto a los servicios de atención diurna, predominan las plazas disponibles en centros ocupacionales (representan un 75,9% del total), frente a las que se prestan en centros de día, dirigidos generalmente a personas con mayores limitaciones en su autonomía.

Tabla 5. Plazas residenciales y diurnas para personas con discapacidad, por tipo de centro a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Nº plazas | % del total |
|-------------------------|------------|---------------|
| <i>S. residenciales</i> | | |
| Residencias | 106 | 39,7% |
| Viviendas con apoyo | 161 | 60,3% |
| Total | 267 | 100,0% |
| <i>S. de día</i> | | |
| Centros de día | 128 | 24,1% |
| Centros ocupacionales | 403 | 75,9% |
| Total | 531 | 100,0% |

Cabe destacar, que la totalidad de las plazas existentes en el territorio son de titularidad pública, foral concretamente, y que la mayoría de ellas (el 82,2%) se gestionan directamente desde el Instituto Foral de Bienestar Social

Tabla 6. Plazas residenciales y diurnas para personas con discapacidad, por tipo de gestión a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Gestión directa | Gestión indirecta | Total |
|------------------|-----------------|-------------------|------------|
| S. residenciales | 131 | 136 | 267 |
| C. Ocupacionales | 403 | .. | 403 |
| C. día | 122 | 6 | 128 |
| Total | 656 | 142 | 798 |

En lo referente a la red de atención a personas con enfermedad mental, en 2019, el Sistema dispone de 160 plazas residenciales y 58 de atención diurna. De estas últimas, 30 (el 52%) son plazas de centros ocupacionales y las restantes 28 se prestan en centros de día. Al igual que en el caso de los recursos dirigidos a personas con discapacidad todas las plazas disponibles son de titularidad foral, aunque en este caso la gestión recae en otras entidades, es decir, se gestionan indirectamente.

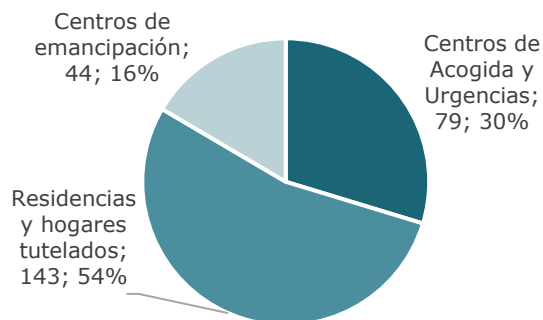
Tabla 7. Plazas en servicios residenciales y diurnos para personas con enfermedad mental, por tipo de centro a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Nº plazas | % del total |
|-------------------------|------------|---------------|
| <i>S. residenciales</i> | | |
| Total | 160 | 100,0% |
| <i>S. de día</i> | | |
| Centros de día | 28 | 48,3% |
| Centros ocupacionales | 30 | 51,7% |
| Total | 58 | 100,0% |

En cuanto a los recursos dirigidos a la población que se encuentra en situación de desprotección, la red de centros cuenta con 305 plazas residenciales y 52 plazas de atención diurna (ver Tabla 1 en la página 5). De las 305 plazas residenciales, 266 están dirigidas a la atención de personas menores de edad en situación de desprotección, con la siguiente distribución por tipo de recurso: en primer lugar, 79 plazas en Centros de Acogida y Urgencias (CAU) que tienen por objetivo realizar la primera acogida y valoración de las personas menores de edad que son separadas de sus familias; en segundo lugar, 143 plazas en residencias y hogares tutelados que proporcionan medias y largas estancias a los niños y

niñas que son derivadas desde los Centros de Acogida y Urgencias; finalmente 44 plazas en centros y pisos de emancipación, donde se prepara a las personas acogidas para una vida autónoma.

Gráfico 3. Distribución de las plazas residenciales para niños/as en desprotección, por tipo de centro a 31 de diciembre. Álava 2019



Por lo que se refiere a las plazas residenciales para mujeres en situación o riesgo de desprotección, 32 de las 39 existentes se dirigen a mujeres que sufren violencia de género (12 son de acogida inmediata y 20 se encuentran en pisos de media-larga estancia) y las restantes 7 se destinan a acoger a mujeres con otro tipo de problemáticas (concretamente a menores de edad embarazadas en alto riesgo de exclusión social).

Tabla 8. Plazas en servicios residenciales para mujeres, por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2019.

| | Nº plazas | % del total |
|--------------------------|-----------|-------------|
| <i>Tipo de centro</i> | | |
| Centro Acogida inmediata | 12 | 30,8% |
| Pisos de acogida | 20 | 51,3% |
| Otros centros | 7 | 17,9% |

| | Nº plazas | % del total |
|----------------------------|-----------|---------------|
| Titularidad | | |
| Forales | 31 | 79,5% |
| - <i>Gestión directa</i> | 24 | 61,5% |
| - <i>Gestión indirecta</i> | 7 | 17,9% |
| Municipales | 8 | 20,5% |
| Total | 39 | 100,0% |

Por lo que se refiere a la titularidad, el 80% de las plazas destinadas a mujeres son de titularidad foral y la mayoría se gestionan de forma directa; los ayuntamientos disponen de 8 plazas en pisos de acogida específicos para este colectivo, lo que supone el 20,5% de la oferta.

Para terminar con la descripción de la red de centros, en el ámbito de la inclusión social Álava dispone de 202 plazas residenciales, 117 plazas de acogida nocturna y 90 plazas de acogida diurna para personas en riesgo o situación de exclusión social.

Por lo que a la atención residencial se refiere, el 80% de las plazas (163 de las 202 existentes) se corresponden con pisos de acogida de atención primaria y de titularidad municipal, dirigidas a personas en alto riesgo de exclusión social. Las 39 plazas restantes son plazas en residencias o centros residenciales dirigidas a personas que requieren una alta intensidad de atención para su inclusión social.

En el ámbito de la atención diurna, se dispone de 70 plazas en servicios de atención diurna municipales, de baja exigencia y baja intensidad de atención, dirigidos a personas en situación de exclusión grave, mientras que 20 son plazas forales, de atención secundaria, que ofrecen atención de media-alta intensidad, dirigida a procu-

rar la inclusión social de colectivos en alto riesgo de exclusión.

Finalmente, se dispone de 117 plazas de acogida nocturna, de baja exigencia, todas ellas de titularidad municipal, y dirigidas a personas en situación de exclusión social grave que precisan de un lugar donde pernoctar.

Tabla 9. Plazas en servicios de inclusión social por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2019.

| | Nº plazas | % del total |
|--------------------------------------|------------|---------------|
| Tipo de centro | | |
| S. residenciales | 202 | 49,4% |
| - <i>Pisos acogida</i> | 163 | 80,7% |
| - <i>C. residencial</i> | 39 | 19,3% |
| Atención diurna | 90 | 22,0% |
| - <i>Servicio de atención diurna</i> | 70 | 77,8% |
| - <i>Centro de día</i> | 20 | 22,2% |
| Acogida nocturna | 117 | 28,6% |
| Titularidad | | |
| Forales | 59 | 14,4% |
| - <i>Gestión directa</i> | 0 | 0,0% |
| - <i>Gestión indirecta</i> | 59 | 14,4% |
| Municipales | 350 | 85,6% |
| Total | 409 | 100,0% |

Tras esta somera descripción de la red en lo referente a los servicios que se prestan desde centros, se analiza, a continuación, la cobertura que ofrece el Sistema en 2019 a los diferentes colectivos objeto de atención.

El sistema da cobertura a 1 de cada 4 personas de 65 y más años en Álava

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, la atención a la autonomía personal y las situaciones de dependencia supone el pilar de mayor peso dentro de los servicios sociales. Las personas mayores son quienes tienen una mayor necesidad en este aspecto.

A finales de 2019, más de 18.000 personas mayores son usuarias de los principales servicios y prestaciones para este colectivo, lo que supone un 26% de la población de 65 y más años del territorio alavés. El recurso que mayor cobertura ofrece es el servicio de teleasistencia (9,3%), mientras que otros recursos –como las prestaciones económicas para la atención de la dependencia, el Servicio de Atención a Domicilio o los servicios residenciales– atienden entre el 4% y 5% de la población mayor alavesa.

Tabla 10. Cobertura de los principales servicios para personas mayores a 31 de diciembre. Álava, 2019

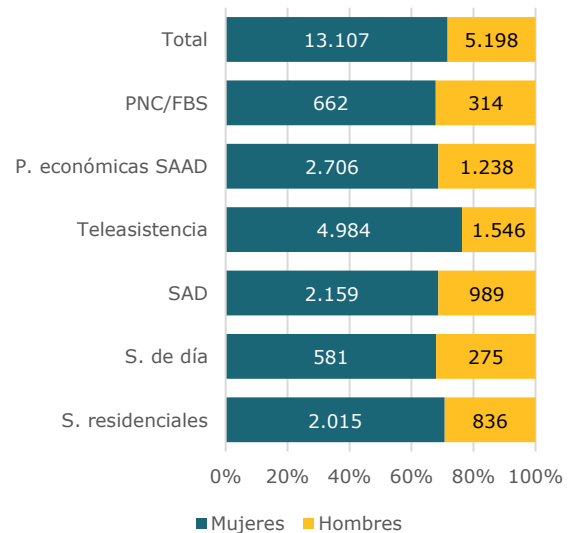
| | Usuarios/as | Cobertura (% pob.65 y más) |
|---------------------------------|---------------|----------------------------|
| S. residenciales ⁽¹⁾ | 2.851 | 4,0 |
| S. de día | 856 | 1,2 |
| SAD | 3.148 | 4,5 |
| Teleasistencia | 6.530 | 9,3 |
| P. económicas SAAD | 3.944 | 5,6 |
| PNC/FBS | 976 | 1,4 |
| Total | 18.305 | 26,0 |

⁽¹⁾ No se incluyen las personas usuarias de apartamentos tutelados privados para personas mayores autónomas.

Resulta llamativo observar que 13.107 de las 18.305 personas que reciben servicios o prestaciones para personas mayores son

mujeres, con lo que representan el 71,6% de la población atendida.

Gráfico 4. Distribución por sexo de las personas usuarias de servicios y prestaciones para mayores a 31 de diciembre, Álava 2019.



La proporción de mujeres es elevada en todos los servicios, pero algo más en el servicio de teleasistencia (76,3%) y en la atención residencial (70,7%).

Centrando el análisis en aquellos servicios y prestaciones financiados por la Diputación Foral de Álava —de los que se dispone de más información sobre las características de las personas usuarias—, los datos indican que, a finales del año 2019, 1.040 personas mayores son usuarias de servicios residenciales y 566 hacen uso de servicios de atención diurna. En ambos casos, más de la mitad de las personas usuarias tienen 85 años o más y aproximadamente un tercio tienen entre 75 y 84 años. Las personas más jóvenes, que no han cumplido los 75 años, representan en torno a una décima parte de la población usuaria de recursos

residenciales y diurnos para personas mayores.

Tabla 11. Distribución por características de las personas usuarias de servicios residenciales y diurnos para personas mayores financiados por la DFA a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | S. residenciales | S. de día |
|-----------------------------|------------------|------------|
| Sexo | | |
| Hombres | 31,5% | 32,5% |
| Mujeres | 68,5% | 67,5% |
| Edad | | |
| 55-74 años | 10,9% | 11,1% |
| 75-84 años | 29,2% | 33,2% |
| 85 o más años | 59,9% | 55,7% |
| Grado de dependencia | | |
| Grado 0/Sin valorar | 2,0% | 17,1% |
| Grado I | 5,4% | 21,4% |
| Grado II | 26,6% | 37,8% |
| Grado III | 66,0% | 23,7% |
| Nº Total | 1.040 | 566 |

Por último, al desagregar la información sobre la población usuaria de servicios con financiación foral en función del grado de dependencia que tienen reconocido, destaca que prácticamente dos de cada tres personas usuarias de servicios residenciales tienen una gran dependencia (Grado III); en el caso de la atención diurna, la mayor parte de la población usuaria tiene asimismo un elevado grado de dependencia (el 61,5% tiene reconocida al menos una dependencia severa) pero, debido a la propia naturaleza del recurso, la distribución de las personas según el grado de dependencia es más homogénea, con un 21,4% de personas con una dependencia moderada y un 17% sin dependencia reconocida.

El 20% de las personas con discapacidad cuenta con algún servicio o prestación social

A 31 de diciembre de 2019, los principales servicios y prestaciones para personas con discapacidad atienden a 4.344 personas, lo que se traduce en una cobertura de 21 personas por cada 1.000 habitantes de 18 a 64 años y en un 20% de las personas con discapacidad reconocida (superior al 33%) en Álava.

Tabla 12. Cobertura de los principales servicios para personas con discapacidad a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Usuarios/as | Cobertura población (%oo) ⁽¹⁾ | Cobertura específica (%oo) ⁽³⁾ |
|--------------------|--------------|--|---|
| S. residenciales | 252 | 1,2 | 11,7 |
| S. de día | 556 | 2,7 | 25,8 |
| SAD | 351 | 1,7 | 16,3 |
| P. económicas SAAD | 1.677 | 8,2 | 77,8 |
| PNC/FBS/LISMI | 880 | 4,3 | 40,8 |
| At. temprana | 328 | 28,2 ⁽²⁾ | 29,1 |
| Total | 4.344 | 21,3 | 201,5 |

⁽¹⁾ Por cada mil habitantes de 18 a 64 años.

⁽²⁾ Por cada mil habitantes de 0 a 6 años.

⁽³⁾ Por cada mil personas con discapacidad reconocida (superior al 33%).

A diferencia de lo que ocurre con la población mayor, en el ámbito de la discapacidad los servicios de atención diurna prevalecen respecto a los recursos residenciales, ya que atienden a más del doble de personas. Asimismo, 1.677 personas perciben, a final de año, alguna de las prestaciones enmarcadas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y otras 880 personas son beneficiarias de ayudas económicas de carácter periódico para personas con discapacidad (PNC, FBS o LISMI). Finalmente, el servicio de intervención

en atención temprana cuenta, a finales de 2019, con 328 menores de 0 a 6 años atendidos en Álava, es decir, cerca del 3% de la población alavesa de esta edad.

Por lo que se refiere a las características de las personas atendidas en servicios residenciales y diurnos, cabe destacar, en primer lugar, que la población masculina tiene mucho mayor peso que en los servicios dirigidos a la población mayor, siendo de hecho mayoritaria tanto en los servicios de atención residencial como de atención diurna.

Tabla 13. Distribución por características de las personas usuarias de servicios residenciales y diurnos para personas con discapacidad a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | S. resid. | C. día | C. Ocup. |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| Sexo | | | |
| Hombres | 54,4% | 65,3% | 50,4% |
| Mujeres | 45,6% | 34,7% | 49,6% |
| Edad | | | |
| <25 años | 2,4% | 7,5% | 4,6% |
| 25-34 años | 9,1% | 27,9% | 20,5% |
| 35-54 años | 44,0% | 44,9% | 54,3% |
| 55 o más años | 44,4% | 19,7% | 20,5% |
| Grado de dependencia | | | |
| Grado 0/Sin valorar | 0,8% | 0,7% | 1,0% |
| Grado I | 12,7% | 9,5% | 15,2% |
| Grado II | 33,7% | 19,7% | 60,9% |
| Grado III | 52,8% | 70,1% | 23,0% |
| Nº Total | 252 | 147 | 409 |

En cuanto a la edad, las personas de entre 35 y 54 años suponen un 45-50% de la población usuaria, aunque se aprecian algunas diferencias por tipo de servicio. Los servicios residenciales tienen una población

usuaria más envejecida, con prácticamente un 45% de personas que superan los 55 años, mientras que en los centros ocupacionales y de día el peso de este grupo de edad es de en torno al 20%. En cambio, son los centros de día los que atienden a una población más joven, siendo algo más de un tercio las personas usuarias menores de 35 años.

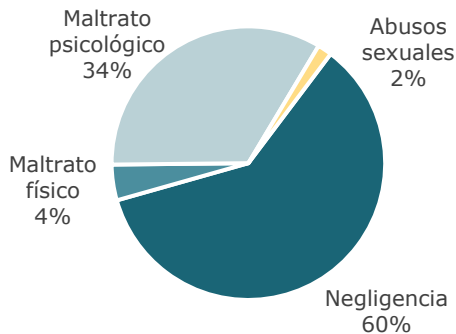
Por último, en relación con el grado de dependencia de la población atendida en recursos residenciales y diurnos, cabe señalar que, independientemente del tipo de recurso, la gran mayoría de estas personas tienen un perfil de alta dependencia, dado que entre un 83% y un 89% tiene reconocido un grado II o III. No obstante, también se aprecian algunas diferencias en función del tipo de servicio, siendo la más llamativa la preponderancia de las personas con gran dependencia en los centros de día (el 70% tiene reconocido el grado III). El porcentaje de personas usuarias con este grado de dependencia es notablemente menor en los servicios residenciales (52,8%) y sobre todo en los ocupacionales (23%).

El 80% de los niños y niñas con medidas de protección está en programas de preservación familiar

La protección de las personas menores de edad en riesgo o situación de desprotección es otro de los pilares del sistema de servicios sociales. A lo largo del año 2019, el Área del Menor y de la Familia del IFBS ha recibido 237 notificaciones de desprotección y ha asumido la tutela de 274 menores de edad. El 60% de las notificaciones se han debido a sospechas de negligencia por parte de las personas que ostentaban la tutela de los niños y niñas objeto de las notifica-

ciones y un 34% a sospechas de maltrato psicológico.

Gráfico 5. Distribución de las notificaciones de desprotección recibidas, por motivo de la notificación. Álava, 2019.



A finales de año, 2.192 personas menores de edad (1.219 niños y 973 niñas) tenían un expediente de protección abierto, y 351 (el 16% de las anteriores) estaban bajo la tutela del Ente Foral, lo que supone un 20,8 y un 6 por mil de la población menor de edad de Álava, respectivamente.

Respecto a las características de las personas que estaban bajo la tutela de la Diputación a final de año, el 52,1% eran niños y el 59% tenían entre 12 y 17 años. Los y las menores de 5 años suponían un 13,7% de la población tutelada. Por otra parte, tal y como se aprecia en la tabla siguiente, no se observan grandes diferencias respecto a las características de la población cuya tutela fue asumida a lo largo de 2019, salvo quizá una proporción ligeramente mayor de niños y de menores de 5 años en las y los tutelados recientes.

Tabla 14. Características de las personas menores de edad tuteladas por la Diputación Foral a 31 de diciembre. Álava 2019.

| | Nuevas tuteladas | Tuteladas a 31/12 |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Sexo | | |
| Hombres | 184 (67,2%) | 214 (61,1%) |
| Mujeres | 90 (32,8%) | 137 (39,0%) |
| Edad | | |
| 0-5 años | 47 (17,2%) | 48 (13,7%) |
| 6-11 años | 57 (20,8%) | 96 (27,4%) |
| 12-17 años | 136 (49,6%) | 207 (59,0%) |
| Nº Total | 274 (100%) | 351 (100%) |

Los expedientes de protección, además de determinar si se asume o no la tutela de la persona menor de edad, pueden recoger diferentes tipos de medidas de protección, entre las que cabe diferenciar dos grupos: en primer lugar, las que suponen la separación del niño o niña de su familia de origen, mediante la asunción de su guarda en servicios residenciales o de acogimiento familiar, y, en segundo lugar, las de preservación familiar, que buscan ofrecer a las familias servicios de intervención socioeducativa que les brinden el apoyo necesario para evitar la separación de los y las menores⁴. La siguiente tabla recoge el número de niños y niñas que estaban atendidos a finales de 2019 en los diferentes tipos de recursos mencionados.

⁴ También pueden ofrecerse estos servicios a niños y niñas que se encuentran bajo la guarda de la Diputación para preparar su retorno a la familia de origen.

Tabla 15. Cobertura de los principales servicios para menores en riesgo y situación de desprotección a 31 de diciembre. Álava, 2019

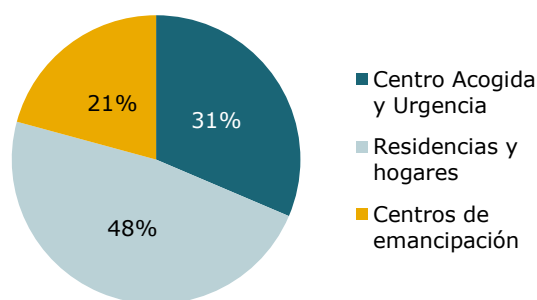
| | P. usuarias | % del total |
|---|--------------------|--------------------|
| Medidas de separación familiar | 303 | 13,6% |
| S. residenciales | 208 | 68,6% |
| Acogimiento familiar | 95 | 31,4% |
| Medidas de preservación familiar | 1.917 | 86,4% |
| S de día | 122 | 6,4% |
| S. de intervención socio-educativa básica | 1.040 | 54,3% |
| S. de intervención socioeducativa especializada | 755 | 39,4% |
| Total | 2.220 | 100,0% |

De los datos recogidos cabe destacar que, de las 2.220 intervenciones que estaban activas a finales de año, el 86,3% se correspondían con intervenciones dirigidas a la preservación o la reunificación familiar, mientras que solo un 13,6% suponía la separación del niño o niña de su familia de origen. Con respecto a este último grupo, algo más de dos tercios se encontraban en acogimiento residencial y una tercera parte en acogimiento familiar. A continuación se analizan en mayor detalle las características de estos niños y niñas que se encontraban bajo la guarda de la Diputación Foral a finales de 2019.

Por lo que se refiere a los recursos residenciales, acogían a 31 de diciembre a 208 personas, lo que supone un 3,6‰ de la población alavesa menor de 18 años. 65 de las 208 personas acogidas en ese momento se encontraban en Centros de Acogida y Urgencias, donde se les realiza una valora-

ción en profundidad de sus necesidades de cara a derivarlos a un recurso de alojamiento estable; por otra parte, 99 (47,5%) se alojaban en residencias y hogares y 43 (20,7%) estaban acogidos en pisos de emancipación.

Gráfico 6. Distribución de menores en acogimiento residencial a 31 de diciembre, por tipo de centro. Álava, 2019



Tal y como se aprecia en la tabla siguiente, prácticamente 7 de cada diez personas en acogimiento residencial a final de año eran niños, y la mayoría (73%) tenían entre 12 y 17 años. En cuanto al origen, aproximadamente la mitad de las personas acogidas era de nacionalidad extranjera.

Tabla 16. Características de la población menor de edad en acogimiento residencial a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Nº menores | % del total |
|---------------|-------------------|--------------------|
| Sexo | | |
| Niños | 143 | 69,1% |
| Niñas | 64 | 30,9% |
| Edad | | |
| 0-5 años | 10 | 4,8% |
| 6-11 años | 28 | 13,5% |
| 12-17 años | 152 | 73,4% |
| 18 o más años | 17 | 8,2% |

| | Nº menores | % del total |
|---------------|------------|---------------|
| <i>Origen</i> | | |
| Autóctono | 100 | 48,3% |
| Extranjero | 107 | 51,7% |
| Total | 207 | 100,0% |

Finalmente, en lo referente a las características de las 95 personas menores de edad que estaban acogidas en familias a finales de año, 54 de ellos eran chicos y la gran mayoría (74%) se encontraban acogidos de forma permanente. Destaca, asimismo, que un 67% de estos niños y niñas se encontraban acogidas por miembros de su familia extensa.

Tabla 17. Características de la población menor de edad en acogimiento familiar a 31 de diciembre. Álava, 2019

| | Nº menores | % del total |
|----------------------------------|------------|---------------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Niños | 54 | 56,8% |
| Niñas | 41 | 43,2% |
| <i>Modalidad de acogimiento</i> | | |
| De urgencia (hasta 6 meses) | 2 | 2,1% |
| Temporal (hasta 2 años) | 21 | 22,1% |
| Permanente | 70 | 73,7% |
| <i>Tipo de acogimiento</i> | | |
| En familia extensa | 64 | 67,4% |
| En familia ajena | 31 | 32,6% |
| Especializado y profesionalizado | 2 | 2,1% |
| Total | 95 | 100,0% |

El servicio de atención psicológica para víctimas de violencia de género atiende al año en torno a mil mujeres en Álava

Los servicios dirigidos a la atención de víctimas de violencia de género han atendido durante el año 2019 a un total de 1.287 mujeres, es decir, a cerca de 8 por cada 1.000 mujeres del territorio. Un 77% de estas mujeres han recibido atención psicológica, mientras que un 17% se ha beneficiado de asesoramiento jurídico. Por otra parte, 65 mujeres han precisado un alojamiento alternativo al abandonar su domicilio, a lo largo de 2019.

Tabla 18. Alcance de los principales servicios para víctimas de violencia de género a lo largo del año. Álava, 2019

| | Usuaris | Alcance (por 1.000 mujeres) |
|------------------------------|--------------|-----------------------------|
| S. residenciales | 65 | 0,4 |
| S. de atención psicológica | 999 | 5,9 |
| S. de asesoramiento jurídico | 223 | 1,3 |
| Total | 1.287 | 7,7 |

Junto con estas 65 mujeres que han precisado alojamiento por violencia de género a lo largo del año, los servicios residenciales del territorio han acogido, además, a 4 mujeres con otras problemáticas y a 71 niños y niñas que se encontraban a cargo de las usuarias. La mayoría de las personas atendidas (46 mujeres y 44 menores a cargo) han utilizado el Centro de Acogida Inmediata (CAI), donde se les ofrece alojamiento y apoyo urgente tras la salida del domicilio familiar. Por otra parte, 19 mujeres y 16 niños y niñas han precisado una atención más prolongada de la que puede ofrecer el CAI, por lo que han accedido a pisos de acogida de media estancia. Por último, 4

adultas y 11 niños y niñas han estado alojadas en servicios residenciales para mujeres vulnerables con otro tipo de problemáticas distintas a la violencia de género.

Tabla 19. Personas usuarias de centros residenciales para víctimas de violencia de género a lo largo del año, por tipo de centro. Álava, 2019

| | Mujeres | Personas a cargo |
|-----------------------------|-----------|------------------|
| Centro de Acogida Inmediata | 46 | 44 |
| Pisos de acogida | 19 | 16 |
| Otros centros residenciales | 4 | 11 |
| Total | 69 | 71 |

Cabe finalmente destacar que el último día del año, 12 mujeres y 5 menores se encontraban alojadas de urgencia en el CAI y otras 11 personas estaban acogidas en pisos de media estancia debido a la violencia machista.

Más de 14.000 personas se han beneficiado de alguna prestación económica para la garantía de ingresos y la inclusión social

Para finalizar el análisis de la atención prestada desde los servicios sociales en Álava, se recogen a continuación los datos correspondientes al alcance de los principales servicios para la inclusión social.

En cuanto a la atención proporcionada en centros, 575 personas han hecho uso de los servicios de acogida nocturna durante 2019, mientras que 371 personas se han alojado en otros servicios residenciales y 294 han sido usuarias de servicios de atención diurna. Teniendo en cuenta que tal y como se ha indicado al describir la oferta de

centros para la inclusión, el Territorio cuenta con 202 plazas residenciales, 90 plazas de atención diurna y 117 plazas de acogida nocturna, es evidente que se trata en todos los casos, de servicios con una rotación muy elevada.

Tabla 20. Alcance de los principales servicios para personas en riesgo o situación de exclusión social a lo largo del año. Álava, 2019

| | Usuarios/as | Alcance (por 1.000) |
|-----------------------------------|--------------|---------------------|
| S. residenciales | 371 | 1,1 |
| S. de atención diurna | 294 | 0,9 |
| S. de acogida nocturna | 575 | 1,7 |
| S. de intervención socioeducativa | 1.115 | 3,4 |
| Total | 2.355 | 7,1 |

Por lo que a los servicios de intervención se refiere, los programas de carácter socio-educativo para personas adultas en riesgo o situación de exclusión social han atendido a lo largo del año 2019 a un total de 1.115 personas, 570 en programas de intervención individual o familiar y 545 en programas de educación de calle.

Para concluir, a pesar de no ser parte de la Cartera de servicios y prestaciones de servicios sociales, cabe mencionar las prestaciones contempladas en la Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social (RGI y AES), así como las ayudas especiales a situaciones de necesidad (AESN) que ofrece la Diputación Foral.

Según los datos publicados por el Gobierno Vasco en la Estadística de personas beneficiarias de prestaciones de garantía de ingresos en Euskadi, a lo largo de 2019, un total de 10.112 personas diferentes han

sido titulares de la Renta de Garantía de Ingresos en Álava, lo que supone un 3% de la población del territorio. Por otro lado, durante este periodo se han concedido 8.722 Ayudas de Emergencia Social –dato proporcionado por el Gobierno Vasco– a 4.204 unidades convivenciales. Por último, 121 personas han sido titulares, a lo largo del año, de las Ayudas Especiales a Situaciones de Necesidad, prestación dirigida a aquellas personas que no pueden ser beneficiarias de las prestaciones contempladas en el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos, a pesar de carecer de los recursos económicos necesarios para atender las necesidades básicas de la vida.

A FONDO | SAKONEAN

El 89,6% de las personas con dependencia en Álava recibe algún servicio de atención o prestación económica

La autonomía personal se define como "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria". Así lo describe la Ley de Promoción de la Autonomía Personas y Atención a las personas en situación de dependencia aprobada a finales del año 2006.

Esta norma regula una serie de prestaciones y servicios para la atención de las situaciones de dependencia, para lo cual resulta necesario haber obtenido el reconocimiento de dicha situación. La valoración es, por lo tanto, el primer paso para poder acceder a las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

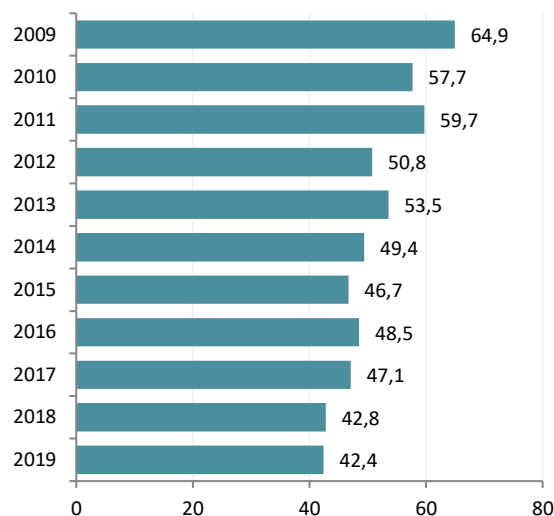
A lo largo de 2019, en Álava se han realizado un total de 5.101 valoraciones de dependencia, de las cuales un 42,4% corresponden a valoraciones de casos nuevos.

Tabla 1. Valoraciones de dependencia realizadas en el año, por tipo. Álava, 2019.

| | Número | % sobre total |
|-------------------------------|--------|---------------|
| Casos nuevos | 2.164 | 42,4 |
| Revisiones | 482 | 9,4 |
| Modificación de la prestación | 2.383 | 46,7 |
| Reclamaciones | 72 | 1,4 |
| Total | 5.101 | 100,0 |

Tal y como se observa en el siguiente gráfico, el porcentaje de nuevas valoraciones ha ido disminuyendo entre 2009 y 2019 y, por consiguiente, el peso de las revisiones y modificaciones de los casos ya valorados ha crecido. Resulta lógico que, durante los primeros años, haya habido más casos nuevos debido a la puesta en marcha del propio Sistema, tras lo cual se ha estabilizado, dando lugar a una mayor carga de trabajo relacionada con la gestión de expedientes ya existentes.

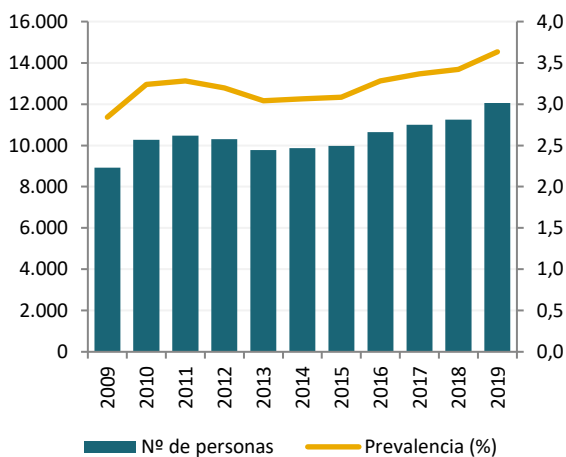
Gráfico 1. Evolución de valoraciones de casos nuevos realizadas en el año (% sobre total de valoraciones). Álava, 2009-2019.



Teniendo en cuenta los nuevos casos que han obtenido el reconocimiento de algún grado de dependencia a lo largo del año, junto con las valoradas anteriormente que no han causado baja por fallecimiento o por otras causas, a finales de 2019 hay en Álava un total de 12.048 personas con dependencia reconocida, es decir, el 3,6% de la población del territorio.

Si se observa la evolución a lo largo de los últimos diez años, se pueden distinguir tres momentos diferenciados: los dos primeros años, el número de dependientes crece paulatinamente, a medida que la población va conociendo los nuevos derechos que se le han reconocido y accede a la valoración; en 2013 se observa un punto de inflexión tras la modificación del baremo de valoración por acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que endureció ligeramente las condiciones para ser reconocido como persona dependiente; finalmente, a partir de 2015, al entrar en vigor —de acuerdo con el calendario progresivo de la Ley— el derecho de las personas con dependencia moderada a recibir prestaciones del catálogo, el número de personas con reconocimiento vuelve a incrementarse, alcanzando en 2019 la cifra máxima tanto en términos absolutos (12.048 personas), como en términos de prevalencia (3,6%).

Gráfico 2. Evolución del número de personas con dependencia reconocida a 31/12 y prevalencia en la población (%). Álava, 2009-2019.



Perfil demográfico de las personas con dependencia en Álava

Más allá del número de personas que se encuentran en situación de dependencia y la prevalencia de estas situaciones en la población, la información disponible permite conocer con mayor detalle las características de las personas que cuentan con el reconocimiento de algún grado de dependencia.

En primer lugar, los datos indican que –a finales de 2019– el 62% de las personas con dependencia en Álava son mujeres. Sin embargo, al poner estos datos en relación con la población, se observa que la prevalencia de las situaciones de dependencia en hombres (4,4%) es mayor que entre las mujeres (2,8%).

Gráfico 3. Distribución de las personas con dependencia reconocida por sexo. Álava, 31/12/2019.

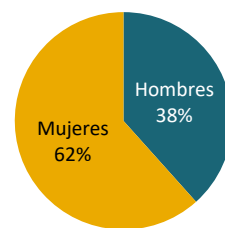
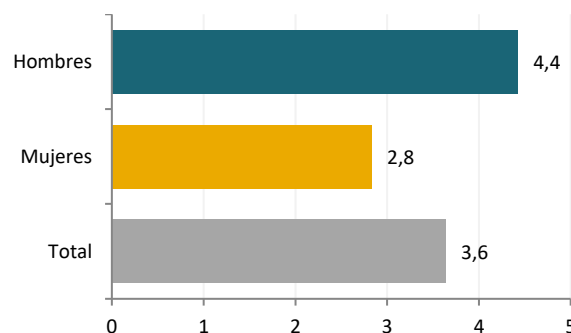
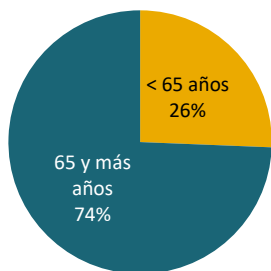


Gráfico 4. Prevalencia de la dependencia en la población por sexo. Álava, 31/12/2019.



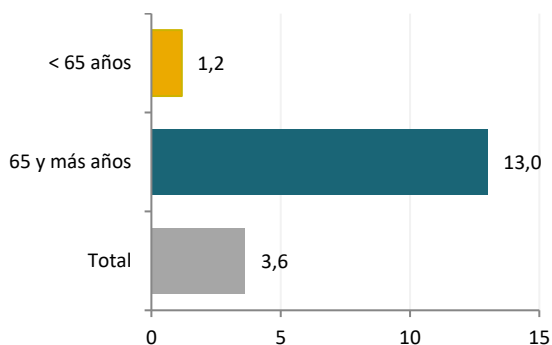
Esto se debe a la propia estructura de la población del territorio alavés, donde hay una mayor cantidad de mujeres en los grupos poblacionales de mayor edad, quienes tienen –como se puede ver en los próximos gráficos– una mayor probabilidad de padecer limitaciones en su autonomía personal. De esta manera, las personas de 65 y más años constituyen, a finales de 2019, casi tres cuartas partes de la población con dependencia reconocida.

Gráfico 5. Distribución de las personas con dependencia reconocida por grupos de edad. Álava, 31/12/2019.



La sobrerrepresentación de las personas de más edad en la población dependiente se refleja asimismo en términos de prevalencia, siendo ésta mucho mayor entre las personas de 65 y más años (13%) que entre la población más joven (1,2%).

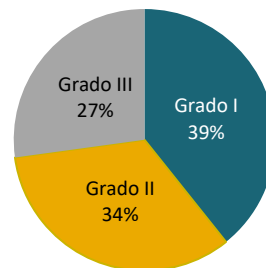
Gráfico 6. Prevalencia de la dependencia en la población por grupos de edad. Álava, 31/12/2019.



Finalmente, al margen de las características personales de las personas con dependencia, lo datos disponibles proporcionan información sobre el grado de dependencia que tienen reconocido estas personas.

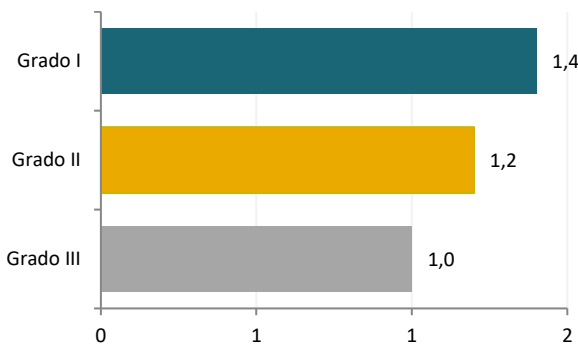
En el siguiente gráfico se puede ver que la distribución de las personas con dependencia según el grado de afectación es relativamente equitativa, ya que cada uno de los tres grados reconocidos en la ley suponen, aproximadamente, un tercio del total, siendo ligeramente superior el porcentaje de personas con dependencia moderada (Grado I).

Gráfico 7. Distribución de las personas con dependencia reconocida por grado. Álava, 31/12/2019.



Esto se traduce en que la prevalencia de las situaciones de dependencia moderada en la población es algo superior (1,4%) a la de la dependencia severa (1,2%) y a la de la gran dependencia (1,0%).

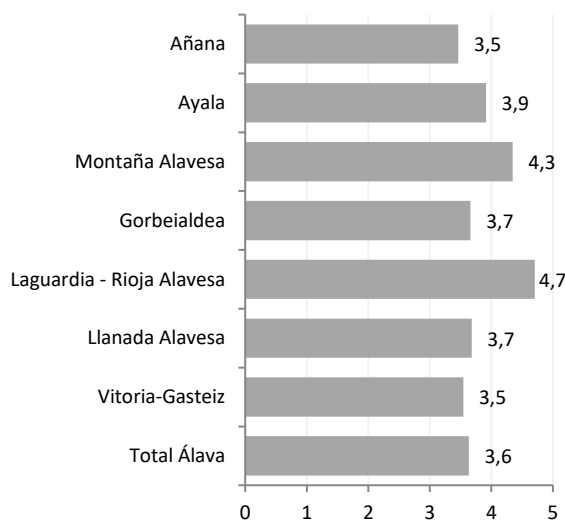
Gráfico 8. Prevalencia de la dependencia en la población por grado. Álava, 31/12/2019.



Comparativa por cuadrillas

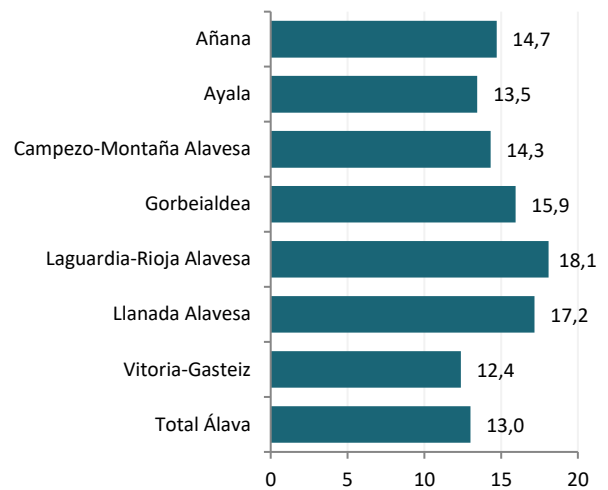
Desde el punto de vista territorial, destaca la elevada prevalencia de las situaciones de dependencia en la población de las cuadrillas de Montaña Alavesa (4,3%) y de Laguardia-Rioja Alavesa (4,7%), situándose muy por encima del promedio registrado en el conjunto del territorio (3,6%).

Gráfico 9. Prevalencia de la dependencia en la población por cuadrillas. Álava, 31/12/2019.



Por otra parte, teniendo en cuenta que la mayor parte de las personas que tienen reconocido algún grado de dependencia tiene 65 y más años, la prevalencia en este grupo poblacional resulta también destacada en las zonas de Gorbeialdea (15,9%) y la Llanada Alavesa (17,2%), manteniéndose la cuadrilla de Laguardia-Rioja Alavesa en primer lugar, con una prevalencia del 18,1% de la población que supera los 65 años.

Gráfico 10. Prevalencia de la dependencia en la población de 65 y más años por cuadrillas. Álava, 31/12/2019.



Prestaciones y servicios para la atención de personas con dependencia reconocida

Como se ha mencionado en la introducción, la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia es la llave de acceso al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y reconocidos en su correspondiente Ley.

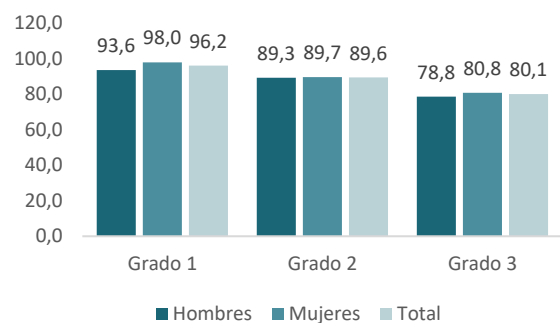
En Álava, un total de 10.979 personas con dependencia reciben algún tipo de prestación económica o servicio de atención a finales de 2019, es decir, un 3,3% de la población total del territorio y el 89,6% de las personas con dependencia reconocida. Estas personas pueden ser usuarias o beneficiarias de más de un recurso, por lo que el número de prestaciones y servicios en vigor a finales de año asciende a 13.489; lo que significa que cada persona dependiente se beneficia, de media, de 1,25 prestaciones y/o servicios.

Tabla 2. Indicadores sobre personas con dependencia reconocida. Álava, 31/12/2019.

| | |
|---|--------|
| Personas con dependencia | 12.048 |
| Personas con dependencia que reciben alguna prestación o servicio | 10.979 |
| <i>% sobre población con dependencia</i> | 89,6 |
| <i>% sobre población total</i> | 3,3 |
| Prestaciones y servicios prestados | 13.489 |
| <i>Ratio por persona beneficiaria</i> | 1,25 |

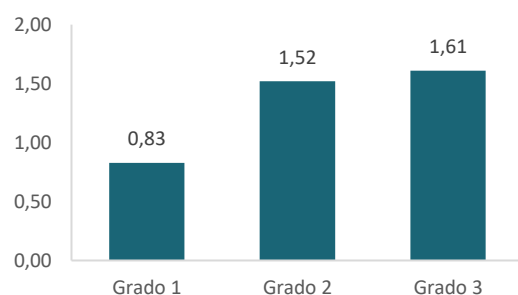
Tal y como se aprecia en el gráfico siguiente, la proporción de la población dependiente que accede a una prestación es mayor entre la población con dependencia moderada que entre quienes tienen una dependencia severa o una gran dependencia: el 96,2% de las personas con dependencia de grado 1 recibe alguna prestación o servicio, siendo esta proporción del 89,6% entre quienes tienen reconocida una dependencia severa (grado 2) y del 80,1% entre quienes tienen una gran dependencia. Por otra parte, la cobertura en términos de servicios y prestaciones es algo mayor entre las mujeres que entre los hombres, aunque las diferencias son muy reducidas.

Gráfico 11. Proporción de la población dependiente que accede a servicios y prestaciones, por grado (%). Álava, 31/12/2019.



Aunque, como indica el gráfico anterior, la cobertura de la población beneficiaria se reduce en los perfiles con mayor pérdida de autonomía, estas personas acceden a su vez a un número mayor de prestaciones y servicios. En efecto, el gráfico siguiente muestra que las personas con dependencia moderada acceden a menos de un servicio o prestación por persona, mientras que las que tienen reconocida una dependencia severa (grado 2) reciben de media 1,5 servicios o prestaciones y las que tienen una gran dependencia (grado 3) 1,6 por persona.

Gráfico 12. Número de prestaciones por persona beneficiaria, por grado de dependencia. Álava, 31/12/2019.



Por lo que se refiere al tipo de servicio o prestación, también se aprecian diferencias en función del grado de dependencia. Por una parte, las prestaciones económicas –que tienen en cualquier caso una gran relevancia, ya que suponen un 41% del conjunto de servicios y prestaciones que reciben las personas dependientes en Álava– son utilizadas con mayor frecuencia por las personas que tienen una dependencia moderada o severa (suponen en estos casos un 41,5% y un 43% del total de prestaciones y servicios recibidos) mientras que tienen un peso algo menor entre las personas con gran dependencia (concretamente un 38%).

Además, dentro de las prestaciones económicas, la dirigida a compensar a los cuidadores informales (PECEF) es utilizada en mayor medida por las personas con dependencia moderada, ya que supone un 38,8% del total de servicios y prestaciones a los que acceden estas personas, frente a solo un 23,6% entre quienes tienen reconocida una gran dependencia. En cambio, la Prestación Vinculada al Servicio, utilizada generalmente para costear servicios de atención residencial o diurna privados es utilizada en mucha mayor medida por personas con una gran dependencia (11,4%, frente a solo un 0,7% entre las que tienen una dependencia moderada).

Tabla 3. Servicios y prestaciones dirigidos a personas con dependencia reconocida. Distribución por tipo de prestación y grado de dependencia. Álava, 31/12/2019.

| Tipo de prestación | | Grado 1 | Grado 2 | Grado 3 | Total |
|---------------------------|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Servicios | Recursos específicos para p. mayores | 3,7% | 22,2% | 32,5% | 20,3% |
| | Recursos específicos para p. con enfermedad mental | 3,2% | 2,3% | 0,1% | 1,9% |
| | Recursos específicos para p. con discapacidad | 2,7% | 6,8% | 8,6% | 6,2% |
| | Centro rural de atención diurna (CRAD) | 1,6% | 0,3% | 0,0% | 0,6% |
| | SAD | 11,9% | 8,6% | 8,2% | 9,4% |
| | Ayudas técnicas | 0,6% | 1,4% | 1,0% | 1,1% |
| | Teleasistencia | 35,0% | 15,4% | 11,5% | 19,6% |
| Subtotal servicios | | 58,5% | 57,0% | 62,0% | 59,0% |
| Prestaciones económicas | P. Económica de Atención Personal (PEAP) | 2,1% | 2,4% | 3,0% | 2,5% |
| | P. Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) | 38,8% | 31,6% | 23,6% | 31,1% |
| | P. Económica Vinculada al Servicio (PEVS) | 0,7% | 8,9% | 11,4% | 7,4% |
| | Subtotal P.E. | 41,5% | 43,0% | 38,0% | 41,0% |
| Total | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Por otra parte, los servicios más intensos (los específicos para personas mayores y personas con discapacidad) tienen más relevancia en el caso de las personas con de-

pendencia severa o gran dependencia: los dirigidos a personas con discapacidad suponen un 8,6% y un 6,8% del total de servicios o prestaciones a las que acceden las

personas con dependencia de grados 2 y 3, respectivamente, mientras que representan apenas un 2,7% de las recibidas por las personas con dependencia moderada. En el caso de los servicios específicos de tercera edad, la diferencia es aún más notable, llegando a suponer, respectivamente, un 22,2% y un 32,5% de los servicios y prestaciones de las que son beneficiarias las personas con dependencia de grados 2 y 3, frente a únicamente un 3,7% de las recibidas por quienes tienen reconocido un grado 1.

En cambio, los servicios más ligeros, como la teleasistencia, se dirigen fundamentalmente a personas con dependencia moderada. En consecuencia, representa más de una tercera parte del conjunto de servicios y prestaciones recibidos por estas personas, frente a un 15,4% de los utilizados por personas con dependencia severa y un 11,5% de los dirigidos a personas con gran dependencia. Por último, el Servicio de Ayuda a Domicilio supone un 9,4% del total de servicios y prestaciones dirigidos a personas dependientes, siendo su relevancia algo mayor para las que tienen una dependencia moderada (11,9%).

Comparativa autonómica de la atención a personas con dependencia reconocida

Para garantizar la atención de las situaciones de dependencia, en el SAAD participan de manera coordinada distintas administraciones públicas (fundamentalmente comunidades autónomas y entes locales), en colaboración con entidades proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas. Al tratarse de una estructura a nivel estatal, el sistema de información en materia de dependencia cuenta, entre otros aspectos, con datos autonómicos sobre la atención que se

presta a estas situaciones en cada ámbito territorial.

Para la comparativa que se muestra a continuación y de cara a poner en relación la situación de las comunidades autónomas con la de Álava, se han empleado, por un lado, los datos autonómicos publicados por el IMSERSO y, por otro lado, los datos del territorio alavés facilitados por el IFBS.

Según la información recopilada, Álava se sitúa en una buena posición en comparación con las distintas comunidades autónomas en cuanto a la tasa de atención de las situaciones de dependencia, tanto en términos de cobertura a la población total, como en términos de cobertura específica a la población con dependencia reconocida.

En términos de porcentaje que supone el número de personas beneficiarias sobre la población total, Álava se sitúa en el 3,3%, superada tan solo por la Comunidad Autónoma de Castilla y León, ligeramente por encima de Euskadi en su conjunto y muy alejada de la media para España, que es del 2,4%.

En términos de cobertura específica, ya se ha indicado que un 89,6% de las personas dependientes reciben alguna prestación o servicio en Álava. En este caso, cuatro comunidades superan el porcentaje alavés – entre ellas Navarra–. Este dato, leído junto con el de cobertura poblacional indicaría que Álava tiene una mayor tasa de compatibilidad de servicios, es decir, una mayor parte de las personas dependientes acceden a más de un servicio. En cualquier caso, la tasa de cobertura específica alavesa queda significativamente por encima de la del conjunto de Euskadi (83,1%) y de la media para España (80,5%).

Gráfico 13. Tasa de personas beneficiarias de prestaciones y servicios para la atención a la dependencia (% sobre población total), por comunidades autónomas y en Álava, 31/12/2019.

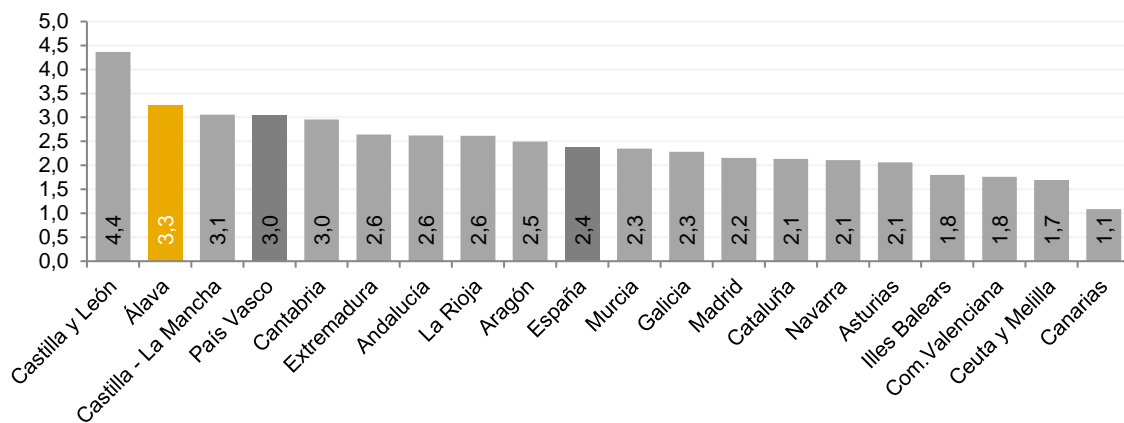
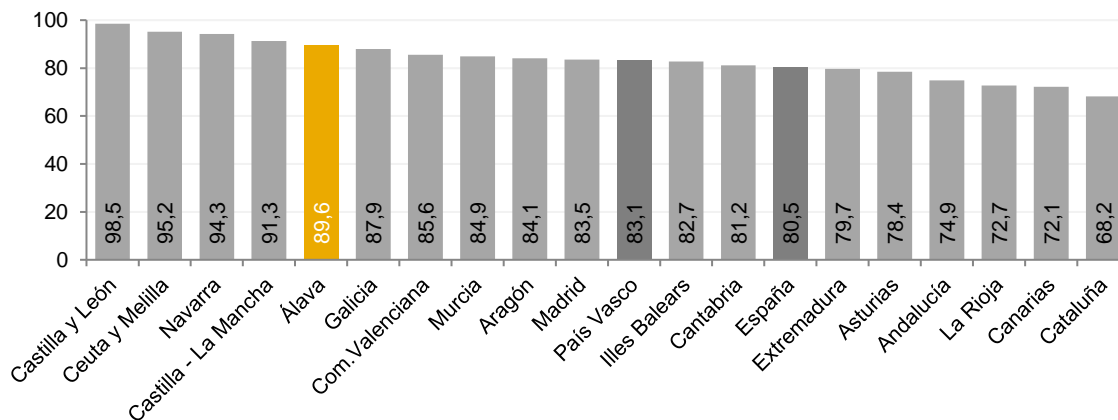


Gráfico 14. Tasa de personas beneficiarias de prestaciones y servicios para la atención a la dependencia (% sobre personas con dependencia), por comunidades autónomas y en Álava, 31/12/2019.



A FONDO | SAKONEAN

Desgaitasunak edo osasun arazoak dituzten arabarren gizarte-harremanak

Harreman sozialak guztiontzat dira garrantzitsuak eta are esanguratsuagoak izan daitezke euren autonomia mugatua dutenentzat. Adineko pertsonentzat edo ezgaitasunak pairatzen dituzten pertsonentzat harreman sarea laguntasun iturri da, ez alde emozional edo psikologikoari dagokionez soilik, baita alderdi praktikoei dagokienez ere. Horrela, autonomia galera duten pertsonen harreman sareak (senitarteko, lagun edo bizilagunek osatzen dutenak) hainbat zeregin hartu ohi du bere gain, pertsonaren ongizatea gainbegiratzetik hasi, eta konpainia eskaini edo zaintza-lan zehatzak betetzera (hala nola, erosketa edo etxeko lanetan lagundu eta, autonomia galera handia den kasuetan, arreta pertsonala eskaini euren burua garbitu, jantzi, edo jan eta edatea bezalako bizitzako zeregin oinarrikoenatarako).

Gizarte-zientzien ikuspegitik *zaintza informala* edo *zaintza sare naturala* deitu izan zaion honek nabarmen eragiten dio gizarte-zerbitzu publikoen erabilerari, eta, zaintza informalak zerbitzu formalak osatu edo ordezkatu egiten ote dituenaren inguruko eztabaida alde batera utzita⁵, ukalezina da laguntza sare informalaren ezean, zerbitzu publikoen beharra askoz handiagoa zatekeela, eta horrek suposatuko lukeen gastua,

⁵ Zaintza formala eta informalaren arteko harremana gaiaren inguruko literatura akademikoan eztabaida sortzen duen gaia da. Zenbaiten ustez, zerbitzu formalek ordezkatu egiten dute zaintza informala, besteen ustez ordea zaintza mota biak osagarriak lirateke (ikus adibidez honako artikulua: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111002494>)

berriz, jasanezina litzatekeela zenbait ikerlariren arabera⁶.

Artikulu honetan, Eustatek burutzen duen Bizi-baldintzen Inkestako datuak erabiltzen dira osasun arazoak dituzten arabarren harreman-sarearen egoera eta inguruan dituzten gertutasunezko zerbitzuen analisi labor bat egiteko. Lehenik eta behin, Bizi-baldintzen inkestak zailtasunak dituen arabarren kopuruari buruz ematen dituen emaitzak aztertzen dira; bigarren, pertsona horiek mantentzen dituzten gizarte-harremani buruz dakiguna aztertzen da; azkenik, oinarriko zerbitzuen gertutasunari buruz inkestak ematen dituen datuen analisia egiten da.

Arabarren %13,5ak osasun-arazo larriak ditu eta %4,5ak zailtasunak ditu ohiko jardueretarako

Bizi-baldintzen Inkestako datuen arabera, 43.900 arabar inguru dira osasun arazo larriak dituztenak (hala nola ikusi edo entzuteko zailtasun handiak, akats fisikoak, mutilazio edo deformazioak, adimenerrietasun bat, buru-nahaste larriak edo gaixotasun kronikoren bat), hau da, lurraldeko biztanleen %13,5 inguru. Gazteen artean, osasun arazoaren prebalentzia adinekoen artean baino txikiagoa da (%8,3 eta %33,4, hurrenez hurren); emaitzen arabera, 6tik 64 urtera bitarteko 24.400 pertsona inguruk pairatzen du aipaturiko osasun-arazoetakoren bat.

⁶ Adibidez, Oliva, Vilaplana eta Osunak, INEren Autonomia Pertsonala eta Ezgaitasunen inkestan oinarrituz egindako ikerketan, estimatzen dute EAEn menpekotasuna duten 65 urtetik gorako pertsonen artean 132,21 milioi arreta ordu jasotzen dituztela euren senitartekoengandik. Zaintza ordu hauek etxetik etxeko zerbitzu publikoaren prezioan ordainduko balira, 2.415,4 milioi euroko gastua suposatuko luke, hau da EAeko BPG-aren %3,54-a (<https://gacetasanitaria.org/es-el-valor-social-cuidados-informales-articulo-S021391111002986>)

1. Taula. Osasun arazo larriak edo kronikoak dituen populazioa. Araba 2019.

| | Osasun arazo larriak/kronikoak | | Ohiko jardueretarako zailtasunak | |
|---------------------|--------------------------------|-------------|----------------------------------|------------|
| | N | % | N | % |
| 6 - 64 urte | 21.395 | 8,3 | 5.041 | 2,0 |
| 65 urte edo gehiago | 22.524 | 33,4 | 9.465 | 14,1 |
| Guztira | 43.919 | 13,5 | 14.506 | 4,5 |

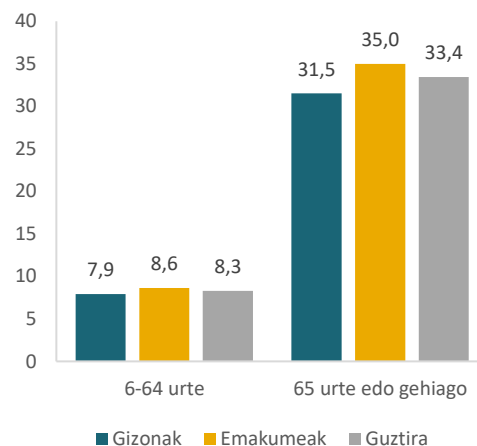
Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Gaixotasun horien ondorioz eguneroko jardueretarako zailtasunak dituen pertsona kopurua⁷, berriz, 14.500 pertsona ingurukoa da, hau da, Arabako populazioaren %4,5 eta osasun arazo larri edo kronikoren bat dutenen herena. Adinaren arabera, 65 urtetik gorakoen artean, eguneroko jardueretarako zailtasunen prebalentzia %14,1ekoa da, gazteen artean aldiz, %2koa.

Hurrengo bi grafikoetan ikus daitekeenez, inkestaren arabera, osasun arazo larri edo kronikoen eta eguneroko jardueretarako arazoaren prebalentzia handiagoa da emakumeen artean gizonen artean baino, eta alde hori bereziki nabarmena da eguneroko jardueretarako ezintasunei dagokienez, eta 65 urtetik gorako biztanleen artean batez ere. Horrek adierazten duena da, emakumeen bizi-itxaropena gizonena baino handiagoa izan arren, eta, ondorioz, adin nagusietara iristen diren emakumeak gizonak baino gehiago diren arren, zahartzarora osasun arazo gehiagorekin iristen direla, gizonekin konparatuz, eta arazo horiek ezintasun sortzaileak izaten direla sarriagotan.

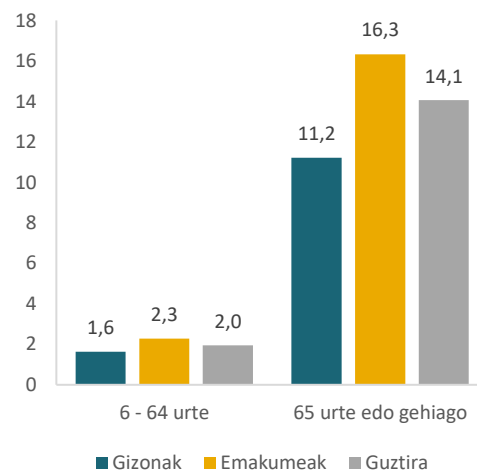
⁷ Ondorengo zailtasunak hartzen dira kontutan: elkarriketa bat mantentzea; arnasesturik gabe 400 metro ibiltzeko gai izatea; eskailerak igo eta jaistea; etxe barruan mugitzea; jantzi, erantzi eta dutxatzea; eta bakarrik jatea.

1. Grafikoa. Osasun arazo larri/kronikoen prebalentzia, sexua eta adinaren. Araba, 2019



Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

2. Grafikoa. Ohiko jardueretarako arazoaren prebalentzia, sexua eta adinaren. Araba, 2019



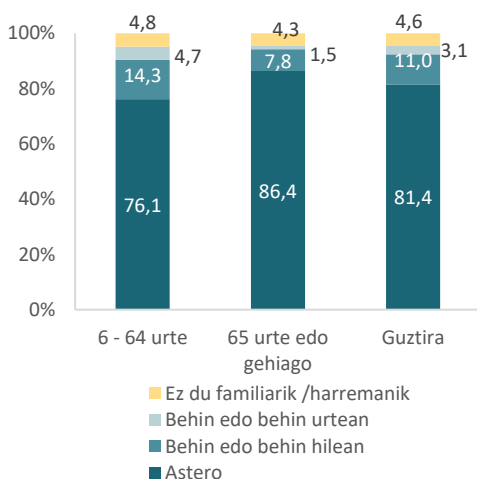
Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Osasun arazo larriak edo kronikoak dituzten pertsona gehienek harreman estua dute gertuko familiarekin

Bizi-baldintzen Inkestak hainbat datu biltzen ditu pertsona eta familia-taldeen harremanen eta horien maiztasunaren inguruan.

Gertuko senitartekoekiko harremanari dagokionez, eta aurrez aurreko kontaktua suposatzen duten hartu-emanetan zentratuz⁸, esan daiteke, inkestako datuen arabera, osasun arazo larri edo kronikoak dituzten pertsonek harreman estua dutela euren gertuko senideekin; izan ere, gehiengoak, %81,6ak, astero mantentzen du aurrez-aurreko harremana familiarekin eta %11k hilean behin gutxienez; %7,6ak berriz, ez du familiarik, ez du haiekin harremanik edo oso harreman txikia du (behin edo behin ikusten ditu urtean).

3. Grafikoa. Osasun arazo larriak /kronikoak dituzten biztanleek gertuko familiarekin duten harremana. Araba, 2019.

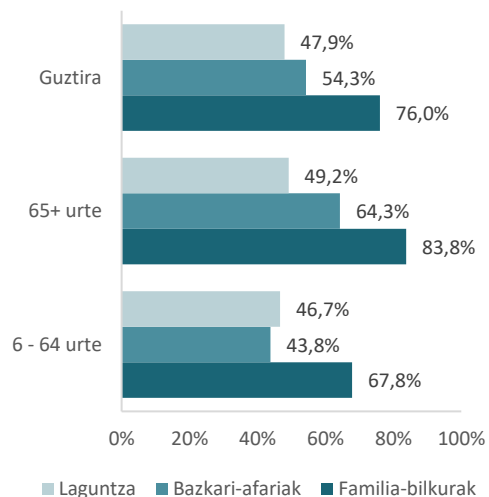


Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

⁸ Kontuan hartzen dira familiakoengandik jasotako edo haiei eginiko bisitak, bazkari-afarietarako elkarretaratzeak edo elkarri edozein laguntza mota ematea.

Adinaren arabera, gertuko familiarekin harreman estua (gutxienez asterokoa) dutenen proportzioa ia hamar ehuneko altuagoa da adinekoen artean desgaitasunak edo osasun arazo kronikoak dituzten gazteen artean baino. Hurrengo grafikoan ikus daitezke harreman motaren arabera.

4. Grafikoa. Astean behin behintzat gertuko senitartekoekin biltzen diren osasun arazo larriak/kronikoak dituzten pertsonak. Araba, 2019.



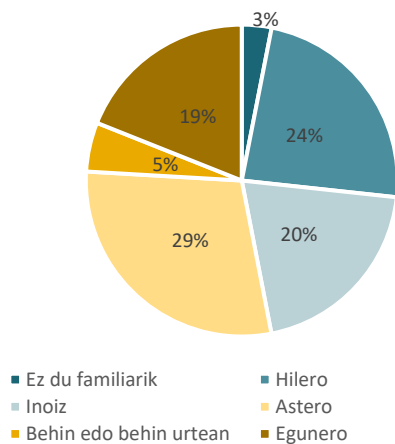
Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Familiarekin bilkurak dira grafikoan ageri denez, osasun arazoak dituzten arabarren harreman motarik arruntena, nahiz adinekoen artean (%83,8ak astero jasotzen edo egiten die bisita gertuko senideei), nahiz ezgaitasunak dituzten pertsona gazteagoen artean ere (%67,8). Bazkari-afarietarako elkarretaratzeak ere arruntak dira, erdia baino gehiago (%54,3a) astean behin baino gehiagotan elkartzen baita familiarekin otorduak egiteko. Azkenik, laguntzarako hartu-emanen maiztasuna zertxobait txikiagoa da; nolahi ere, %47,9k aipatzen du

astero edo sarriago jasotzen edo ematen diela laguntza gertuko senideei.

Laguntza-harreman hauetan sakonduz, osasun arazoak edo desgaitasunak pairatzen dituzten pertsonen laurdena inguruk ez du familiarik edo ez du haiekin laguntza-harremanik; beste muturrean, ia hamarretik bi dira laguntza hori egunero jasotzen edo ematen dutenak; ia hamarretik hiru asterokoak; eta ia hamarretik lau hilerokoak.

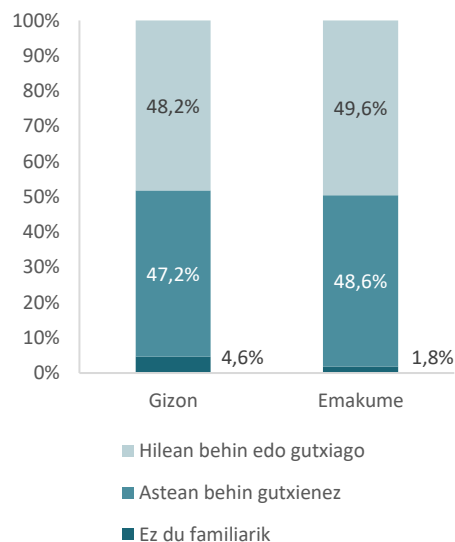
5. Grafikoa. Osasun arazo larriak / kronikoak dituzten pertsonak. Gertuko senitar-tekoekin laguntza harremanak, maiztasunaren arabera. Araba, 2019.



Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Generoari erreparatuta, inkestako datuen arabera ez da alde handirik antzematen gizon eta emakumeen artean, familiakoekin dituzten laguntza-harremanen maiztasunari dagokionez. Zerbait aipatzekotan, familiarik ez duen edo haiekin laguntza-harremanik mantentzen ez duen gizonezkoen kopurua (%4,6) emakumeena baino zertxobait altu-agoa dela (%1,8)

6. Grafikoa. Osasun arazo larriak / kronikoak dituzten pertsonak. Gertuko senitar-tekoekin laguntza harremanak, sexuaren arabera. Araba, 2019



Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Familia kanpoko gizarte-harreman mugatuak ditu osasun arazo larriak dituzten hamar pertsonatik hiruk

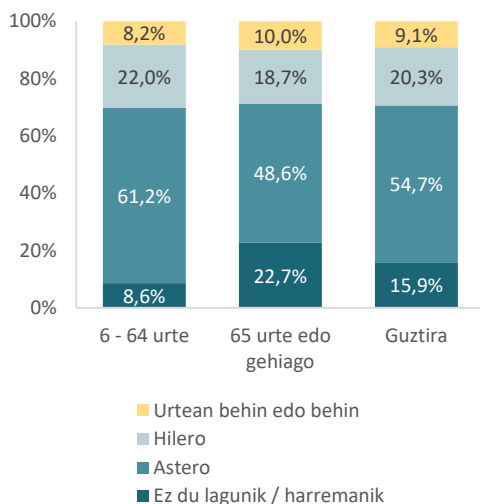
Gertuko familiaz haratago, osasun arazoak edo desgaitasunak dituzten pertsonen artean esanguratsua da lagun edo auzoekin harremanik ez duen pertsona kopurua edo, harremanak izan bai, baina haiekin aurrez aurreko kontaktua oso gutxitan izaten dutenen kopurua.

Lagunei buruz galdetuta, osasun arazo larri edo kronikoak dituzten arabarren %16ak dio ez duela lagunik, edo ez duela haiekin aurrez-aurreko harremanik⁹. Desgaitasunak dituzten adinekoen artean, bestalde, proportzio hori %22,7koa da eta aldiz nabar-

⁹ Ez dira kontuan hartzen telefono bidezko harremanak edo korreo elektronikoa, eta sare sozialen bidezkoak.

men txikiagoa, %8,6, gazteen artean. Lagunik edo haiekin harremanik ez duten pertsona huez gain, osasun arazo larri edo kronikoak dituen arabarren %9k dio harreman horiek urtean behin edo behin gertatzen direla, soilik.

7. Grafikoa. Osasun arazo larriak / kronikoak dituzten pertsonak. Aurrez-aurreko harremana lagunekin. Araba, 2019.



Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Lagunez gain, auzokoekin dituzten harremanetan sakonduz, haiekin paseatzera edo kirola egitera irteteko, zerbait hartzera joateko, etxeetan bilkurak egiteko, kirol edo kultur ikuskizunetara joateko edo elizkizunetara gerturatzeko ohiturarik ba ote duten galdetzen da inkestan, eta ze maiztasunekin egiten dituzten jarduera horiek lagun edo auzokoren baten konpainian.

Jarduera horietako edozein, asko jota, urtean behin edo behin egiten dutela erantzuten duten pertsonak gizarte-harreman mugatuak dituztela kontsideratzen bada, eta osasun arazo larri edo kronikoak, edo desgaitasunak dituzten arabarrei erreparatuz, esan daiteke hamarretik hiruk gizarte-harreman mugatuak dituela, eta 65 urtetik gora dituztenen artean, hamarretik lauk.

2. Taula. Osasun arazo larriak / kronikoak dituzten pertsonak. Gizarte-harreman mugatuak dituztenen proportzioa. Araba, 2019.

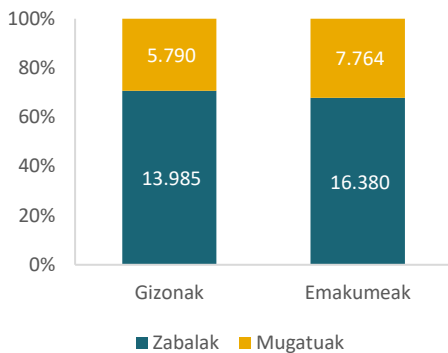
| | Zabalak | Mugatuak ⁽¹⁾ | % mugatuak |
|---------------------|---------------|-------------------------|--------------|
| 6 - 64 urte | 17.265 | 4.130 | 19,3% |
| 65 urte edo gehiago | 13.100 | 9.424 | 41,8% |
| Guztira | 30.365 | 13.554 | 30,9% |

Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

⁽¹⁾ Oharrak: Harreman zabalak dituztela kontsideratzen da, honako jarduerak behintzat hilean behin egiten badituzte lagun edo auzokoen konpainian: kirola egitera irten, zerbait hartzera joan, etxeetan bilkurak egin, kirol edo kultur ikuskizunetara joan edo elizkizunetara joan.

Azkenik, generoaren arabera ez da alde handirik ikusten gizarte-harreman mugatuak dituztenen proportzioan; izatekotan zertxobait gehiago lirateke emakumeen kasuan (%32,2), gizonen kasuan baino (%29,3).

8. Grafikoa. Osasun arazo larriak / kronikoak dituzten pertsonak. Gizarte-harreman mugatuak eta generoa. Araba, 2019.



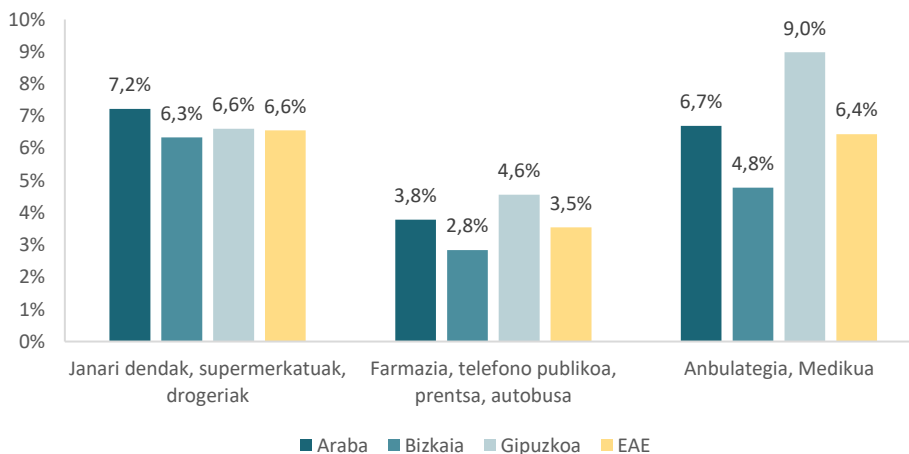
Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Oinarrizko zerbitzuen gertutasuna

Bizi-baldintzen inkestan hainbat zerbitzuren gertutasunari buruz galdetzen da. Arabak landa eremu zabala izanik, garrantzitsua da zerbitzuen gertutasuna, osasun arazoak edo eguneroko jardueretarako zailtasunak dituzten pertsonentzat bereziki.

Pertsona hauentzat garrantzia izan dezaketen zerbitzuetan zentratuz, hurrengo grafikoan jasotzen da euren etxetik gertu halakorik ez duten pertsonen proportzioa, lurraldearen arabera.

9. Grafikoa. Hainbat zerbitzu etxetik hurbil ez dituztenen proportzioa, lurraldearen arabera. EAE, 2019.



Oharra: Osasun zentro eta medikuaren kasuan, etxetik, oinez, 20 minutura badagoen ala ez galdetzen da. Beste kasuetan, etxetik 10 minutura, oinez, badauden ala ez.

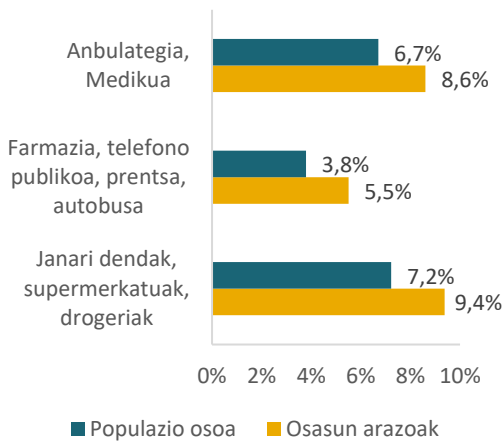
Grafikoan ikus daitekeenez, Arabarren %7,2k ez du etxetik hamar minutura janari denda, supermerkatu edo droga-dendarik aurkitzerik; proportzio hori zertxobait altuagoa da beste bi lurraldeetan baino (%6,3

Bizkaian eta %6,6 Gipuzkoan). Txikiagoa da, bestalde (%3,8) bere etxetik oinez hamar minutu baino gutxiagora farmazia, telefono publiko, prentsa-kiosko edo autobus geltokirik ez duela dion arabarren propor-

tzioa. Kasu honetan, gainera, Gipuzkoa litzateke emaitza okerrera lortzen duena (gipuzkoarren %4,6 baita horrelako zerbitzurik etxetik gertu ez duena). Azkenik, osasun-zentro edo mediku kontsultei buruz galdetuta, arabarren %6,7k dio ezin duela halakorik aurkitu bere etxetik 20 minutuko ibilaldia egin ezean; proportzio hori nabarmen txikiagoa da Bizkaiaren (%4,8) eta dezentente altuagoa, berriz, Gipuzkoan (%9).

Arabaren barne, zerbitzu hauen gertutasunean osasun arazo larriak dituzten pertsonen eta populazio osoaren artean alderik baote dagoen aztertzen bada, ikus daiteke, emaitzak kaskarragoak direla osasun arazoak pairatzen dituztenen artean.

10. Grafikoa. Hainbat zerbitzu etxetik gertu ez dituztenen proportzioa. osasun egoeraren arabera, Araba, 2019.



Iturria: Eustat. Bizi-baldintzen inkesta

Janari denda, supermerkatu edo drogadendei dagokienez, osasun arazo larriak edo kronikoak dituzten pertsonen %9,4k ez du horrelako dendarik bere etxetik hamar minutu baino gutxiagora (populazio osoa kontuan hartuz, %7,2 suposatzen duten bitartean). Farmazia, telefono publiko, prentsa-kiosko edo autobus geltokien kasuan, %5,5 dira osasun arazo larriak edo kronikoak dituztenen artean eta %3,8, berriz, populazio osoa kontuan hartzean. Azkenik, osasun arazo larriak edo kronikoak dituztenen %8,6k ez du aurkitzen mediku kontsulta edo osasun zentrorik bere etxetik 20 minutuko ibilaldiari dagokion erradioan eta proportzio hori %8,6koa da dagokion arabar guztiak kontuan hartzean.

Pentsa daiteke, emaitza hauek zerikusia dutela landa eremuan bizi den populazioaren zahartzearekin. Izan ere, landa eremuan zailago da zerbitzuen gertutasuna bermatzea eta, aldi berean, bertako populazioa gune urbanoak baino zaharkituago egonik, normala da osasun arazo larriak edo kronikoak dituzten pertsona kopuru handiagoak egoera hori pairatzea.

A FONDO | SAKONEAN

Impacto de la COVID-19 en la mortalidad en Álava

A principios de 2020 se diagnosticó el primer caso de COVID-19 a nivel estatal. Lo que parecía un virus ordinario se ha convertido en una pandemia que ha condicionado por completo la vida de las personas en general y, de manera especial, la de las personas en situación de vulnerabilidad.

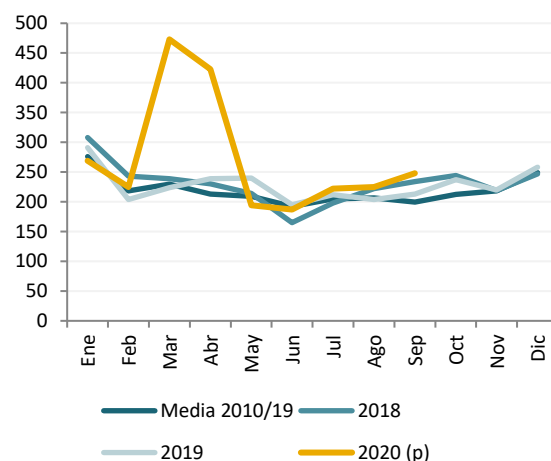
En Álava, la confirmación del primer caso de una persona infectada por coronavirus se dio en el mes de febrero y, desde entonces, han sido muchos los casos confirmados, así como las defunciones causadas por este virus.

Según los datos mensuales de la Estadística de Defunciones de Eustat, desde enero hasta septiembre de 2020, han fallecido en Álava un total de 2.466 personas. Aunque se trate de información provisional, es reseñable el aumento que se ha producido en relación con la mortalidad de años anteriores.

Tal y como se puede observar en el Gráfico 1, la evolución del número de defunciones entre febrero y mayo de 2020 ha sido muy superior a la registrada en años anteriores, duplicando en algunos periodos el número de personas fallecidas en el mismo mes: así, por ejemplo, mientras que en marzo de 2019 se produjeron 224 defunciones, en 2020 esta cifra alcanzó un total de 473 personas fallecidas. En el gráfico se aprecia asimismo claramente que la sobremortalidad se concentró principalmente en los meses de febrero a mayo de 2020 (primera ola), hasta que se consiguió controlar la

pandemia a partir de mayo. Aunque los datos son provisionales, indican que durante la segunda ola de la pandemia, iniciada en el periodo estival, la sobremortalidad fue significativamente menor que al inicio de la misma. Con todo, habrá que esperar a la publicación de los datos definitivos para confirmarlo. Por otra parte, la estadística relativa al tercer trimestre de 2020 y el primer trimestre de 2021 permitirá valorar cuál ha sido el impacto de la tercera ola de la pandemia en la mortalidad de la población alavesa, ya que los datos epidemiológicos publicados por el Departamento de Salud indican que se ha producido un nuevo pico de mortalidad en ese periodo.

Gráfico 1. Evolución mensual por año de las defunciones en Álava

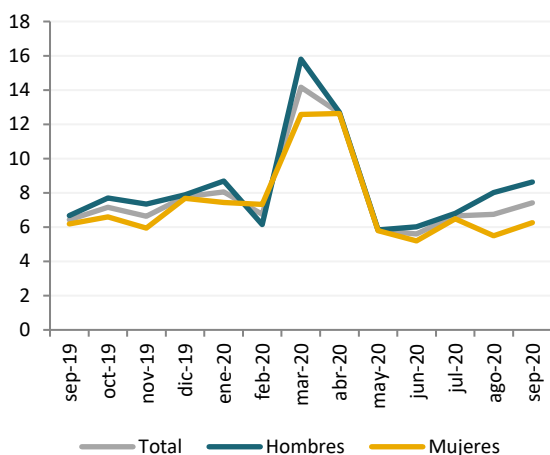


Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

Si se analizan los datos de mortalidad en función del sexo, los resultados muestran que la tasa de mortalidad entre los hombres ha sido superior a la de las mujeres en la mayor parte de los últimos doce meses y, sobre todo, en el inicio de la pandemia. En el pico de mortalidad registrado en el territorio alavés en el mes de marzo, la tasa de mortalidad en la población masculina

na fue de 15,8 fallecimientos por cada 10.000 habitantes, una cifra relativamente superior a la registrada entre las mujeres del territorio (12,6). Durante el periodo de remisión del virus entre mayo y julio las tasas de mortalidad de hombres y mujeres volvieron a igualarse, con un posterior repunte de la mortalidad masculina en la segunda ola, a partir de julio.

Gráfico 2. Evolución mensual de la tasa de mortalidad (por 10.000) en el último año, por sexo. Álava

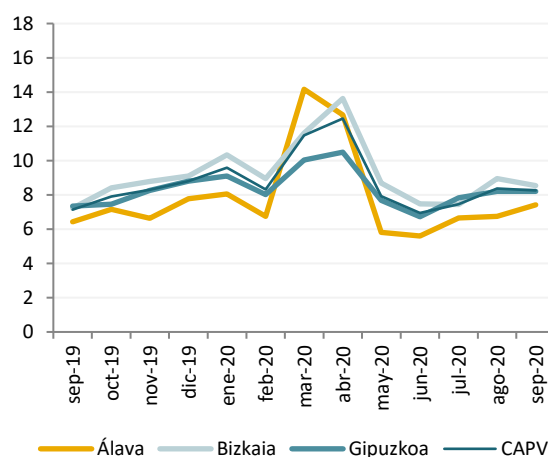


Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

Por otro lado, al comparar los datos registrados en Álava con los de los otros Territorios Históricos, se observa claramente que el aumento de la mortalidad –a causa, principalmente, de la llegada del coronavirus– se produjo algo más pronto en el territorio alavés. En Álava, la mayor tasa de mortalidad de los últimos doce meses se registró en marzo de 2020, mientras que en Gipuzkoa y Bizkaia –y, por consiguiente, en el conjunto del territorio vasco– no es hasta abril cuando destaca el incremento de las defunciones. No obstante, al margen de este periodo entre febrero y mayo de 2020, la tasa de mortalidad en Álava resulta la

más baja de entre los Territorios Históricos de la CAPV.

Gráfico 3. Evolución mensual de la tasa de mortalidad (por 10.000) en el último año, por Territorio Histórico. CAPV



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

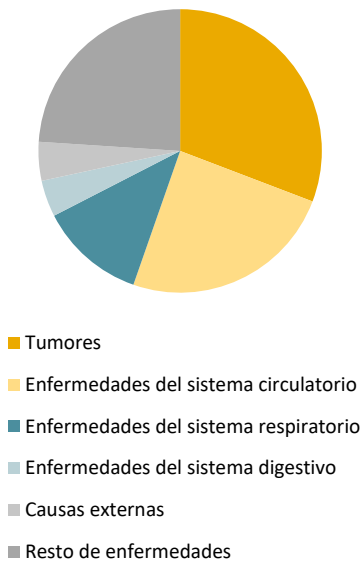
Principales causas de defunción

Otro de los aspectos que permiten analizar los datos de la Estadística de Defunciones de Eustat es la causa que origina los fallecimientos registrados. Aunque esta información es de periodicidad anual, por lo que aún no se encuentran disponibles los datos de 2020, se detallan a continuación las principales causas de defunción para la población alavesa.

En 2019, más de un tercio de las defunciones registradas en Álava eran ocasionadas por tumores, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio (24,6%). Entre las causas restantes, que producen casi otra cuarta parte de las defunciones, destacan las relacionadas con los trastornos mentales seniles y las enfermedades del

sistema nervioso y de los órganos de los sentidos como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer.

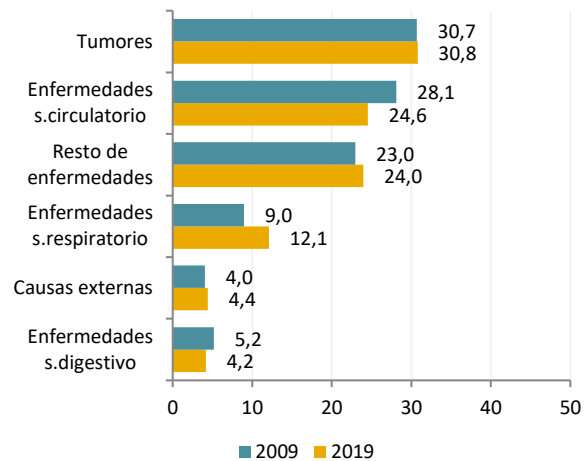
Gráfico 4. Distribución de las defunciones por causa de defunción (%). Álava, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

En la última década, los tumores han permanecido como la principal causa de defunción, aunque su prevalencia no ha variado en ese periodo. En cambio, se ha reducido el porcentaje de fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio (del 28,1% al 24,6%) y han aumentado aquellos derivados de enfermedades respiratorias, representando un 3,1% más en 2019 que en 2009. Las causas externas de mortalidad suponen un 4,4% de los fallecimientos en el Territorio en 2019, con un ligero incremento (+0,4%) respecto a 2009.

Gráfico 5. Variación de las defunciones por causa de defunción (%). Álava, 2009/2019



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

Defunciones relacionadas con la COVID-19

Dada la situación actual de pandemia, Eustat ha incorporado en algunas de sus operaciones estadísticas –entre las que se encuentra la Estadística de Defunciones– la perspectiva de impacto de la COVID-19, para así poder analizar los posibles efectos causados por el virus en los ámbitos económico, social y demográfico.

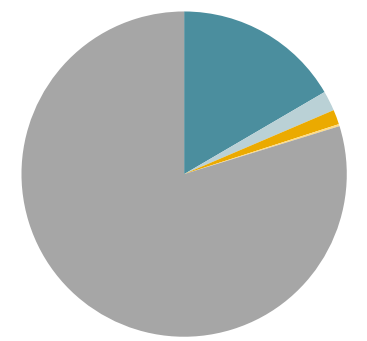
Según los datos acumulados del año, correspondientes al periodo de enero-septiembre de 2020, el número total de personas fallecidas por causas relacionadas –directa o indirectamente– con la COVID-19 suponen el 20% de las defunciones registradas. Aunque, tal y como se puede ver en el gráfico 6, la relación con el virus no esté confirmada en todos los casos, es innegable el impacto que ha tenido el coronavirus en la mortalidad de la población alavesa.

Tabla 1. Defunciones de Álava por lugar de defunción y tipología de causas de defunción relacionadas con la COVID-19. 2020 (p)

| | Centro hospitalario | Residencia sociosanitaria | Domicilio | Otros | Total |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------|------------|--------------|
| COVID-19 confirmado | 204 | 148 | 17 | 1 | 370 |
| COVID-19 probable | 19 | 28 | 16 | 1 | 64 |
| Otras causas con COVID-19 confirmado | 11 | 11 | 4 | 2 | 28 |
| Otras causas con COVID-19 probable | 7 | 4 | 1 | 0 | 12 |
| Causas ajenas al COVID-19 | 2.333 | 716 | 1.773 | 251 | 5.073 |
| Total | 2.574 | 907 | 1.811 | 255 | 5.547 |

En la tabla se recoge el lugar de defunción por lo que la cifra de personas fallecidas en centros sociosanitarios no debe equipararse con la mortalidad por COVID entre usuarios/as de esos centros (al haberse producido parte de los fallecimientos en los hospitales o los domicilios).

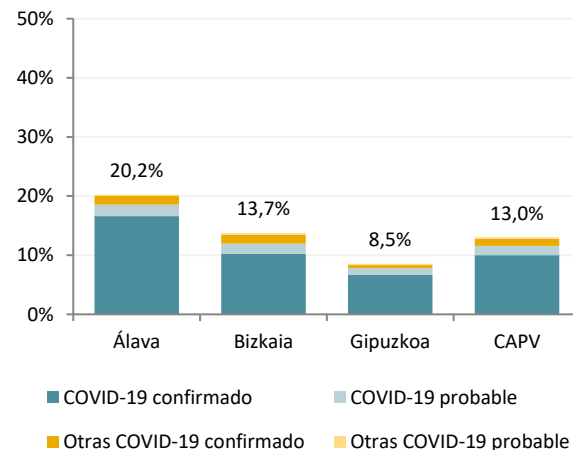
Gráfico 6. Distribución de las defunciones según relación de la causa con la COVID-19 (%). Álava, 2020 (p)



- COVID-19 confirmado
- COVID-19 probable
- Otras causas con COVID-19 confirmado
- Otras causas con COVID-19 probable
- Causas ajenas al COVID-19

Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

Gráfico 7. Presencia de COVID-19 en las defunciones, según Territorio Histórico (% sobre total de defunciones. CAPV, 2020 (p)



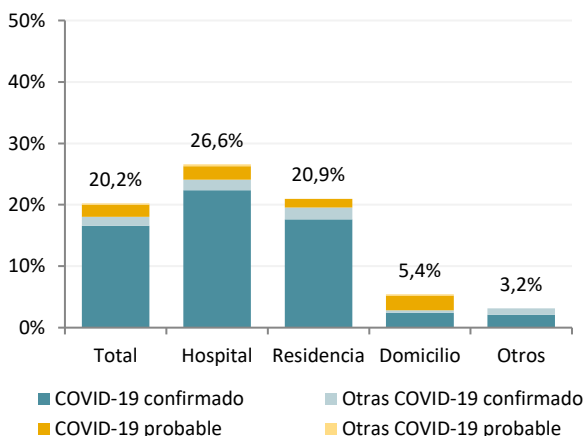
- COVID-19 confirmado
- COVID-19 probable
- Otras COVID-19 confirmado
- Otras COVID-19 probable

Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

Desde el punto de vista territorial, los datos publicados por Eustat señalan que el porcentaje de defunciones relacionadas con la COVID-19 es mayor en Álava. La disparidad de los resultados sobre el impacto del virus en los fallecimientos registrados en cada Territorio Histórico hace pensar que, más allá de la incidencia de la enfermedad, pueda haber otras razones administrativas que justifiquen estas diferencias (diversidad de criterios a la hora de registrar la causa de los fallecimientos, por ejemplo).

Otra variable de análisis que incluye Eustat en estos datos es el lugar de defunción. Según esta fuente, un 26,6% de los fallecimientos producidos en los hospitales alaveses han estado relacionados con la COVID-19, mientras que el porcentaje en las residencias sociosanitarias se ha situado en el 20,9%.

Gráfico 8. Presencia de COVID-19 en las defunciones, según lugar de defunción (% sobre total de defunciones. Álava, 2020 (p))

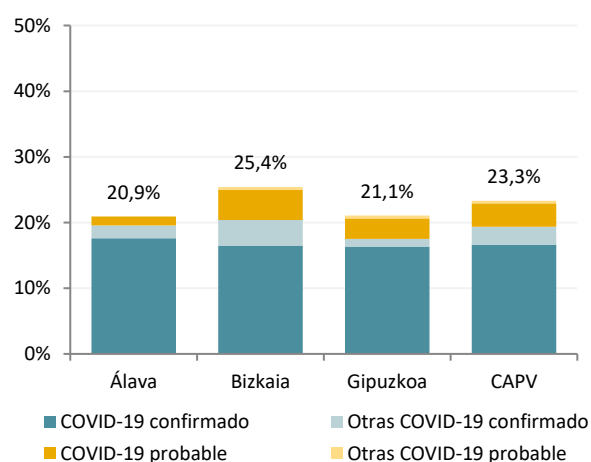


Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

Tal y como se aclara en la nota explicativa de la Tabla 1, se debe tener en cuenta que, cuando se dice lugar de defunción, y cuando se hace referencia a las residencias, estos datos no pueden equipararse a la mortalidad de las personas usuarias de centros residenciales, ya que algunas de las personas fallecidas en los hospitales pueden ser también usuarias de estos recursos.

Una vez aclarado este matiz y analizando de manera exclusiva aquellas defunciones con relación confirmada o probable con la COVID-19 acaecidas en residencias, al contrario de lo que sucede con los datos referidos al total de fallecimientos, se observa que la incidencia en las residencias alavesas ha sido inferior a la registrada tanto en Gipuzkoa (21,1%) como en Bizkaia (25,4%).

Gráfico 9. Presencia de COVID-19 en las defunciones en residencias, según Territorio Histórico (% sobre total de defunciones en residencias). CAPV, 2020 (p)



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de Eustat.

En resumen, y teniendo en cuenta las limitaciones de las fuentes de información disponibles a la hora de conocer con precisión la incidencia de la COVID-19 en la mortalidad, los datos de la Estadística de Defunciones de Eustat permiten realizar una aproximación al estado de la cuestión.

Según los resultados obtenidos en este análisis, las principales conclusiones son:

- En marzo de 2020, tras la aparición del coronavirus en Álava, se registra un importante aumento del número de defunciones en el territorio.
- El incremento de defunciones en Álava se da antes de que suceda en los otros dos Territorios Históricos.

- Los datos acumulados de los tres primeros trimestres de 2020 indican que un 20% de las defunciones tiene relación (confirmada o probable) con la COVID-19.
- Según el lugar de defunción, se observa que el impacto en residencias alavesas ha inferior que en otros territorios de la CAPV.

Finalmente, habrá que esperar a los datos anuales definitivos de 2020 para conocer con mayor exactitud el impacto real que el virus ha tenido en la mortalidad, el cual alterará –con mucha probabilidad– la distribución conocida hasta el momento de las causas de defunción.

TENDENCIAS JOERAK

Medidas adoptadas para la prevención y control de la COVID-19 en las residencias para personas mayores

La irrupción de la COVID-19 ha supuesto un antes y un después en la atención de las personas mayores en centros residenciales. El presente análisis constituye una breve revisión de las principales medidas adoptadas en estos recursos con el fin de controlar la pandemia y minimizar la morbilidad y la mortalidad, especialmente entre las y los residentes.

La pandemia por coronavirus ha tenido un impacto enorme en casi todos los sectores y ámbitos de la sociedad. El sector de los servicios sociales, y particularmente el de la atención residencial a personas mayores, ha sido uno de los más afectados, porque son servicios que concentran a una población altamente vulnerable frente a la infección y con un pronóstico particularmente adverso. La avanzada edad, la elevada co-morbilidad y el hecho de necesitar apoyo de terceras personas para las actividades más básicas de la vida diaria son factores que incrementan el riesgo de infectarse y de sufrir complicaciones. Además, el hecho de tratarse de alojamientos colectivos, donde conviven varias personas compartiendo espacios y cuidados, facilita la transmisión, y dificulta las medidas preventivas y de aislamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es de extrañar que gran parte de los fallecimientos por COVID a nivel mundial se hayan producido entre personas usuarias de servicios residenciales para personas mayores, independientemente del país y de las características de los sistemas de salud y de bienestar social de cada lugar, y sin perjuicio de las numerosas medidas que se han adoptado desde todos los niveles de la administración y desde los propios centros para proteger a esta población altamente vulnerable.

A continuación, se muestra un extracto de la revisión narrativa de la evidencia disponible –a nivel estatal e internacional– sobre el impacto que ha tenido la COVID-19 en el sector de la atención residencial para mayores realizada por el SIIS a finales de 2020 para la Fundación Aubixa¹⁰, en la que se recogen las principales medidas adoptadas hasta ese momento para prevenir el contagio en los centros e identificar así algunas lecciones y recomendaciones para mejorar la futura gestión de la pandemia en este sector.

¹⁰ https://aubixaf.org/wp-content/uploads/2020/12/Revisio%CC%81n-de-la-incidencia-del-COVID-en-centros-residenciales-para-mayores_final-1.pdf

Identificación de las medidas en centros residenciales

Evitar la entrada del coronavirus en los centros residenciales, y minimizar su expansión una vez se detectaba algún caso positivo entre personas residentes o trabajadoras, ha sido el principal caballo de batalla para las administraciones públicas y las personas responsables de los centros durante estos meses de pandemia. El Gobierno Español lanzaba un primer documento técnico con recomendaciones de prevención y control para las residencias de mayores el 5 de marzo (Ministerio de Sanidad, 2020). En dicho documento, se instaba a los centros a llevar un control de la sintomatología respiratoria de todas las personas vinculadas al centro (residentes, profesionales, visitas, voluntariado), a extremar las medidas de higiene y a establecer procedimientos para aislar a los casos positivos e identificar sus contactos tan pronto como fuera posible. Posteriormente, también la Organización Mundial de la Salud, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y otros organismos públicos y privados han publicado guías y recursos para ayudar a los centros residenciales a prevenir y controlar la infección por COVID-19.

En este apartado se hace una breve descripción de las medidas más importantes que se han ido adoptando en diferentes países para prevenir y controlar el contagio por COVID en los centros residenciales y de la evidencia disponible sobre su efectividad. La información proviene, fundamentalmente, de la revisión realizada por Comas-Herrera y otras (actualizada por última vez el 11 de mayo), que a su vez se basa en las informaciones recogidas por colaboradores y colaboradoras expertas en los informes monográficos de cada país (Comas-Herrera, et al., 2020). Esta revisión se ha completado con una revisión de las medidas anunciadas hasta julio de 2020 en la CAPV en medios de comunicación y por los propios gabinetes de prensa de las Diputaciones Forales.

La recopilación no pretende ser exhaustiva: hay que tener en cuenta, por una parte, que las medidas aplicadas pueden variar de una región a otra dentro de un mismo país (como ha sucedido en España), e incluso ser tomadas a nivel de cada centro residencial, por lo que la información está muy dispersa; por otra parte, algunas de las medidas más novedosas probablemente no están todavía documentadas y será necesario esperar algún tiempo para conocerlas.

En cualquier caso, sin pretensiones de exhaustividad, la revisión realizada sí permite obtener algunas pistas sobre la orientación general de las medidas adoptadas y establecer un esquema de los ámbitos en los que han centrado los esfuerzos los países de nuestro entorno. Asimismo, se debe remarcar que aún no se conoce con exactitud la efectividad de las diferentes medidas adoptadas, por lo que la información recopilada en este aspecto tiene un carácter tentativo y provisional.

Catálogo de medidas adoptadas

A lo largo de los meses de pandemia, han sido muchas y muy diversas las medidas que se han ido adoptando para frenar el avance de la pandemia en los centros residenciales de todo el mundo. Se han tomado medidas desde diferentes instancias y con distinto grado de obligatoriedad y, de acuerdo con algunas personas observadoras, no siempre tan pronto como hubiera sido necesario.

Una primera distinción importante es el nivel del sistema en el que se pretende actuar con las medidas implementadas, de manera que podrían distinguirse:

- Medidas de nivel macro. Tienen que ver con las decisiones que se toman desde el órgano superior de Gobierno de cada país para que el sistema pueda gestionar la crisis de forma eficaz. Suelen tener carácter estructural y/u organizativo.
- Medidas de nivel meso. Son medidas que se adoptan a nivel del sistema de servicios sociales en cada país, y que afectan al conjunto de los servicios o centros. Suelen tener carácter organizativo, formativo, y de control/inspección.
- Medidas de nivel micro. Son aquellas medidas que se adoptan a nivel de centro y de las que depende, en último término, la seguridad de las personas residentes.

Otra clasificación habitualmente utilizada en los documentos sobre gestión de emergencias —y que resulta útil a la hora de analizar las medidas adoptadas, particularmente las de nivel micro—, es la que se basa en la finalidad u objetivo de las medidas, diferenciando entre:

- Medidas preventivas: que deben/pueden aplicarse antes de que ocurra un brote para evitar la entrada del virus en los centros y para tener a los centros preparados frente a esa contingencia.
- Medidas de control: que deben aplicarse una vez se han producido contagios para evitar la propagación del virus.

A esta clasificación, Comas-Herrera y colaboradoras añaden, en su análisis, otras dos categorías adicionales (Comas-Herrera, Ashcroft & Lorenz-Dant, 2020):

- Medidas para ayudar a los centros a prepararse frente a los brotes: las autoras recogen en esta categoría las medidas de nivel macro y meso necesarias para coordinar la respuesta y preparar a los centros para hacer frente a nuevos brotes.
- Protección de las personas residentes: se trata de actuaciones que pretenden minimizar los efectos nocivos de las medidas de distanciamiento social y aislamiento en las personas residentes. Son medidas que están recibiendo cada vez mayor atención ante la creciente evidencia de efectos perjudiciales del distanciamiento en el bienestar físico y mental, y en la calidad de vida de las personas residentes.

Desde un punto de vista más instrumental, las medidas podrían clasificarse en función de los aspectos de la atención sobre los que se pretende actuar (Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud, 2020):

- Medidas organizativas
- Recursos humanos y materiales
- Planes y procedimientos de actuación
- Seguridad e higiene ambiental

A partir de la revisión realizada, se han podido identificar 46 tipos de medidas, que quedan recogidas en los cuadros de las páginas siguientes. Las medidas se han clasificado de acuerdo con el nivel de aplicación (macro, meso o micro) y, dentro de cada nivel se han organizado, además, en función de la finalidad de la medida, diferenciando entre: medidas para preparar a los centros para hacer frente a la pandemia; medidas para prevenir la entrada del virus en los centros; medidas de control de la infección una vez producido un brote; y medidas para proteger a las personas residentes y para garantizar la continuidad asistencial.

A partir de esa recopilación, se describe la orientación general de las principales medidas adoptadas a nivel macro, meso y micro para frenar los contagios por COVID-19 en los centros residenciales de larga estancia.

a) Medidas a nivel macro

La mayoría de los países cuentan con un sistema de servicios sociales muy descentralizado, prestando la atención mediante un mix de proveedores público-privados, lo que significa que, incluso en los países con estructuras sociosanitarias más integradas, ha resultado necesario articular mecanismos adicionales de coordinación para realizar una gestión eficaz de la pandemia en los centros.

Las principales medidas de nivel macro adoptadas por los gobiernos estatales para facilitar la gestión de la pandemia en centros residenciales para personas mayores se han orientado a tres objetivos:

- Centralizar el liderazgo y coordinar la respuesta a nivel nacional y regional.
- Dotar al sector de fondos económicos adicionales para hacer frente a la pandemia.
- Crear sistemas de vigilancia epidemiológica, centralizar la recogida de datos y la estrategia de comunicación.

Cuadro 1. Resumen de las medidas identificadas a nivel macro

| <i>Finalidad</i> | <i>Tipo</i> | <i>Medida</i> |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| Preparación ante la COVID-19 | Medidas organizativas | Creación de comisiones encargadas de coordinar la respuesta a nivel nacional y regional |
| | | Cambios competenciales para centralizar el liderazgo en la respuesta |
| | Recursos humanos y materiales | Creación de fondos económicos especiales |
| Control de la infección | Planes y procedimientos | Sistemas de vigilancia epidemiológica (vinculados a softwares de gestión de recursos, personal, etc.) |

b) Medidas a nivel meso

Si el liderazgo, la financiación y la gestión de la información han orientado las principales medidas en nivel macro, en el nivel meso —del propio sistema de servicios sociales o de cuidados de larga duración— la actividad se ha centrado en proveer a los centros del conocimiento, los procedimientos y los recursos humanos y materiales necesarios para protegerse frente a la COVID-19.

Las administraciones con competencias en materia de servicios sociales de la mayoría de los países han desarrollado estrategias y adoptado medidas para ayudar a los centros a prepararse para hacer frente al virus. Se han identificado al menos cuatro tipos de medidas:

- Elaboración de directrices, manuales, guías y protocolos.
- Apoyo a los centros para elaborar y actualizar sus planes de contingencia frente a la COVID-19.
- Medidas para suplir carencias de personal.
- Medidas para facilitar el aprovisionamiento de material de protección.

En Álava, por ejemplo, el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación ha elaborado un [plan de contingencia](#) para el conjunto de sus centros, que, además, ha puesto a disposición de los centros residenciales privados para facilitarles la elaboración de su propia planificación. Asimismo, la Diputación Foral de Álava ha ido actualizando las [recomendaciones y pautas de prevención](#) en función de la evolución de la pandemia, haciendo especial hincapié en la protección de las personas usuarias y el personal de los centros destinados a la atención de personas mayores y personas con discapacidad.

Otra de las medidas de preparación ante la COVID-19 adoptadas en el territorio alavés tiene que ver con la disponibilidad de personal de los centros residenciales. Durante la pandemia, muchos trabajadores y trabajadoras se han contagiado o han estado en algún momento sujetos a medidas de aislamiento por haber estado en contacto con el virus, por lo que no han podido acudir a sus puestos de trabajo. Debido a esta situación de elevado absentismo, las administraciones han tenido dificultades para contratar personal en los centros en un momento u otro de la pandemia, y han tenido que desarrollar medidas para ayudar a los centros reclutar personal.

Es el caso de Álava, donde el IFBS ha procedido a prestar [apoyo para la búsqueda de personal](#) que pueda cubrir las bajas y reforzar las plantillas de los centros residenciales de titularidad privada. De esta manera, ha remitido a Lanbide ofertas de empleo en las categorías de auxiliar de enfermería, monitor de discapacidad, cocinero/a y ayudante de cocina, con destino a los centros privados. También se ha contactado con el Colegio Oficial de Enfermería de Álava y centros de formación profesional del territorio para incluir las ofertas en sus bolsas de trabajo. Como consecuencia de todo ello, el IFBS ha podido facilitar medio centenar de currículos a residencias privadas que demandan estos perfiles profesionales.

Al margen de las acciones para la preparación ante la COVID-19, a nivel meso, las medidas preventivas —orientadas a impedir que el virus entrara en los centros— han consistido fundamentalmente en acciones para tratar de reducir el número de personas que entran en los centros —visitas, trabajadores/as de servicios auxiliares, voluntariado, etc.— y minimizar las salidas de las personas residentes. En este sentido, las medidas más comúnmente adoptadas han sido las siguientes:

- Cerrar los centros a nuevos ingresos.
- Restricciones de visitas y salidas del centro.
- Suspender los servicios de atención diurna y respiro que se prestan desde algunos centros residenciales.
- Prohibir la contratación de un/a trabajador/a por varios centros.
- Reducir el acceso de las personas residentes a consultas externas e intervenciones sanitarias no urgentes.

En cuanto a las medidas adoptadas a nivel de sistema para controlar los brotes una vez se producen en un centro, cabe destacar tres tipos de actuaciones: la creación de equipos de respuesta rápida, habilitar “centros COVID” y facilitar medios para la desinfección de los centros. Por ejemplo, en [Álava](#), la residencia foral Zadorra del barrio vitoriano de Abetxuko se ha convertido en el centro sociosanitario de referencia para la atención de personas mayores con COVID-19. Además, algunas residencias han habilitado sus centros de atención diurna para atender a personas usuarias que puedan dar positivo en coronavirus o que presenten síntomas respiratorios agudos.

Finalmente, se han puesto en marcha algunas medidas a nivel de Sistema de Servicios Sociales para proteger la salud y el bienestar de las personas usuarias y trabajadoras de los centros residenciales, en particular, para ayudarles a afrontar el estrés, el duelo y los trastornos emocionales causados por la pandemia.

Numerosos autores y autoras están poniendo el foco en las consecuencias negativas que han tenido la pandemia y las medidas adoptadas para prevenir y controlar los contagios en la salud física y en el bienestar psicológico y emocional de las personas residentes. El aislamiento preventivo, la supresión o reducción de actividades grupales en los centros, la suspensión de visitas o la imposibilidad de salir al exterior, han hecho mella en la salud y en el estado de ánimo de aquellas personas residentes que han tenido la fortuna de no enfermar por COVID (Chu, Donato-Woodger y Dainton, 2020).

Así, por ejemplo, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ha puesto en marcha –en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Álava– un [programa de apoyo psicológico](#) para el personal sociosanitario de servicios residenciales, con el fin de proporcionar herramientas que faciliten las intervenciones con personas y familias afectadas por las consecuencias de la pandemia de la COVID-19, así como para reforzar el autocuidado de las y los profesionales ante las situaciones de estrés, angustia y malestar emocional. En esta misma línea el Ayuntamiento ha puesto a disposición de la ciudadanía una serie de [guías con recomendaciones](#) para afrontar las consecuencias derivadas por el aislamiento, el confinamiento y el duelo por la pérdida de seres queridos a causa de la COVID-19.

Cuadro 2. Resumen de las medidas identificadas a nivel meso

| <i>Finalidad</i> | <i>Tipo</i> | <i>Medida</i> |
|-------------------------------|-------------------------|--|
| Preparación ante la COVID-19 | Medidas organizativas | Apoyo para analizar las opciones de sectorización en los centros |
| | | Elaboración de manuales, guías, directrices y protocolos |
| | Planes y procedimientos | Apoyo para elaborar y actualizar los planes de contingencia en los centros |
| | | Refuerzo de los servicios sanitarios en los centros |
| | | Facilitar el aprovisionamiento de material de protección |
| | | Campañas de captación de personal |
| | | Rebajar las cualificaciones exigidas para facilitar la contratación de personal de sustitución |
| | | Permitir la reasignación de tareas / reubicación de los trabajadores y trabajadoras |
| | | Listas centralizadas de contratación |
| | | Incremento de salarios y mejora de las condiciones laborales |
| Recursos humanos y materiales | | |

**Cuadro 2. Resumen de las medidas identificadas a nivel meso
(continuación)**

| <i>Finalidad</i> | <i>Tipo</i> | <i>Medida</i> |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| Prevención del contagio | Medidas organizativas | Cierre de centros a nuevos usuarios/as Suspensión de los servicios de atención diurna y de respiro Minimizar la rotación del personal entre centros |
| | Planes y procedimientos | Cambios en las políticas y procedimientos de inspección Reducción de consultas externas y del acceso a intervenciones sanitarias no urgentes |
| | Recursos humanos y materiales | Puesta en marcha de servicios de telemedicina en los centros |
| Control de la infección | Medidas organizativas | Equipos de respuesta rápida Derivación a centros "Limpios" Derivación a centros COVID |
| | Planes y procedimientos | Sistemas de gestión de la información |
| | Recursos humanos y materiales | Facilitar medios para la desinfección de los centros |
| Protección y continuidad asistencial | Medidas organizativas | Posibilidad de retorno al domicilio |
| | Planes y procedimientos | Elaboración de protocolos de coordinación entre centros residenciales y centros sanitarios de referencia Apoyo para revisar y actualizar los documentos de voluntades anticipadas de las personas residentes |
| | Recursos humanos y materiales | Equipos itinerantes de cuidados paliativos Apoyo psicológico Apoyo para la gestión de servicios funerarios |

c) Medidas a nivel micro

En cuanto a las medidas aplicadas a nivel micro, en cada uno de los centros residenciales, lógicamente la diversidad es muy grande y puede haber tantas maneras de intervenir como centros distintos. No obstante, a partir de la revisión realizada pueden distinguirse al menos 15 grandes tipos de medidas. En los siguientes apartados se describe la orientación general de estas medidas, clasificándolas de acuerdo con su principal finalidad.

Las principales medidas de preparación ante la COVID-19 a este nivel han sido tres: la designación, en los centros, de equipos responsables de la gestión de la pandemia; la elaboración de planes de contingencia para recoger el conjunto de medidas preventivas y de control previstas para cada centro; y la formación de las plantillas en medidas de higiene y en prácticas de prevención y control de enfermedades. Ésta última medida es una de las adoptadas por la Diputación Foral de Álava, quien ha fomentado la [formación de responsables y personal](#) que trabaja en residencias, centros de día y centros ocupacionales sobre cuidados en la prevención y control de transmisión de enfermedades infecciosas y, especialmente, de la COVID-19.

Por otra parte, las principales medidas para prevenir la entrada de la COVID-19 en los centros han consistido en actuaciones dirigidas a reducir el movimiento de personas (personal, visitas y residentes) en los centros, a establecer un sistema de vigilancia de los síntomas y a incrementar las medidas de higiene para las personas residentes y el personal. Como ejemplo, la DFA ha facilitado el [alojamiento al personal de residencias](#) y otros recursos de servicios sociales que hayan estado en contacto con personas con COVID-19 y así evitar poner en riesgo a su entorno más cercano.

Una vez se sospecha o confirma la aparición de una persona infectada en el centro, se aplican una serie de medidas de contención, para evitar la propagación del virus por el centro. Las medidas más habituales son cuatro: (1) la realización de pruebas diagnósticas a todas las personas vinculadas al centro; (2) la clasificación de las personas por el grado de contacto que han tenido con la COVID-19 y la sectorización del centro para aislar a cada grupo de residentes; (3) trazabilidad de los contactos que han mantenido las personas infectadas; (4) aislamiento de las personas infectadas o sospechosas.

Como no puede ser de otra manera, durante la pandemia las personas responsables de los centros y el personal han volcado sus esfuerzos para minimizar el impacto que han tenido las medidas de distanciamiento social y aislamiento en la salud física, psíquica y emocional de las personas residentes y sería imposible recoger todo el abanico de medidas que se han puesto en marcha con este fin. Cabe, no obstante, centrarse en tres aspectos que han resultado esenciales durante esta crisis sanitaria: por una parte, toda una serie de iniciativas para procurar que las personas mayores mantuvieran el contacto con su familia y su entorno, a pesar de las medidas de confinamiento y/o aislamiento; por otra parte, la provisión de cuidados paliativos en los centros a personas que se encontraban en situación terminal por la COVID-19; finalmente, medidas para paliar los efectos psicológicos del miedo y del duelo entre las personas residentes que han visto fallecer a sus compañeros y compañeras.

Cuadro 3. Resumen de las medidas identificadas a nivel micro

| <i>Finalidad</i> | <i>Tipo</i> | <i>Medida</i> |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| Preparación ante la COVID-19 | Medidas organizativas | Designación de un equipo multidisciplinar responsable de la COVID-19 en cada centro |
| | Planes y procedimientos | Formación en prevención y control de infecciones Elaboración y puesta en marcha de planes de contingencia |
| Prevención del contagio | Medidas organizativas | Minimizar la rotación del personal dentro del centro |
| | | Restricción de visitas |
| | | Confinamiento de las/los profesionales |
| | Planes y procedimientos | Control de síntomas Cuarentenas preventivas Extremar las medidas de higiene y desinfección en zonas comunes |
| Control de la infección | Medidas organizativas | Sectorización de los centros |
| | Planes y procedimientos | Pruebas diagnósticas |
| | | Aislamiento en las habitaciones Trazabilidad de contactos |
| Protección y continuidad asistencial | Recursos humanos y materiales | Comunicación con el exterior |
| | | Cuidados paliativos |

Evidencia disponible sobre la efectividad de las medidas preventivas

Por lo que respecta a la evidencia disponible en la literatura científica sobre la efectividad de estas medidas de prevención y control, las directrices y recomendaciones elaboradas por los distintos organismos nacionales e internacionales se basan más en la evidencia disponible sobre los mecanismos de transmisión de la infección y en el sentido común, que en datos provenientes de estudios empíricos que hayan medido la efectividad de las medidas aplicadas (Rolland y otros, 2020). La revisión realizada ha identificado cuatro revisiones sistemáticas, seis guías o documentos de recomendaciones y cuatro estudios empíricos que han analizado la cuestión de la efectividad de las medidas de prevención adoptadas. De acuerdo con estos documentos, los tipos de intervención para los que se dispone de mayor evidencia sobre su efectividad serían los siguientes: la higiene de manos (especialmente cuando se refuerza mediante la disponibilidad inmediata de desinfectantes en el área de trabajo, mediante recordatorios y mediante una supervisión adecuada); la descontaminación ambiental; la sectorización de los centros para minimizar la rotación del personal por los diferentes sectores; y la realización periódica de pruebas diagnósticas al conjunto del personal y de las personas residentes.

En cambio, existe asimismo evidencia de que otro tipo de medidas que han sido utilizadas habitualmente para el control de otro tipo de infecciones no resultan tan efectivas. Es el caso del control sintomático que, ante la creciente evidencia de que existe una importante proporción de personas que no desarrollan síntomas cuando son infectadas, ha perdido relevancia como mecanismo de prevención: aunque se recomienda seguir realizándolo en los centros, se debe combinar con una estrategia de cribado periódico mediante la realización de pruebas diagnósticas, para garantizar que las personas asintomáticas son detectadas lo antes posible.

Finalmente, varios de los documentos consultados señalan que, a la hora de diseñar guías de actuación y directrices, es importante tener en cuenta que, al margen de la efectividad de las medidas en sí mismas, pueden existir dificultades, ya sean prácticas o tecnológicas, a la hora de aplicar estas directrices y recomendaciones en los centros. A este respecto, se han señalado las dificultades que se han encontrado muchos centros para aplicar las medidas de sectorización o aislamiento pertinentes, debido a la configuración arquitectónica de los centros, o a las características de las personas residentes (personas que deambulan, por ejemplo). Aunque varios documentos gubernamentales, incluidas las recomendaciones elaboradas por el Gobierno de España para los centros residenciales, hacen alusión a la posibilidad de utilizar el aislamiento por cohorte en aquellos casos en los que no es posible realizarlo individualmente, una revisión rápida elaborada por investigadores de la Universidad McMaster para la Agencia de Salud Pública del Gobierno de Canadá no encontraba evidencia sobre la efectividad de las medidas de aislamiento por cohorte en centros de larga estancia (*National Collaborating Centre for Methods and Tools*, 2020).

Dificultades encontradas y lecciones aprendidas

Por lo que respecta a las lecciones aprendidas durante la gestión de la primera ola de la pandemia en los centros residenciales, el documento elaborado por el CSIC a partir de entrevistas en profundidad a 25 responsables autonómicos y directores de centros residenciales realiza una descripción detallada de las principales dificultades encontradas en las residencias españolas (Del Pino, y otros 2020). Estas dificultades se han detectado, asimismo, en mayor o menor medida, en otros países de nuestro entorno (Patient Ombudsman, 2020) (Carter, 2020) (Wee y Yap, 2020).

De acuerdo con la literatura consultada, la COVID-19 ha puesto de manifiesto, en primer lugar, que ni los centros, ni las administraciones responsables estaban preparadas para hacer frente a una pandemia de estas características. Tanto el informe elaborado por el CSIC, como el informe de la Junta de Castilla y León describen cómo la respuesta de las instituciones a la crisis en los centros se fue construyendo a medida que surgían nuevos problemas, ya fuera en relación con el aprovisionamiento de material de protección o de pruebas diagnósticas, con la contratación de personal para sustituciones o refuerzo, la sectorización de los centros, la desinfección de las instalaciones, etc. Aunque la revisión realizada evidencia el esfuerzo realizado por las administraciones para prestar apoyo a los centros residenciales en la gestión de todas estas cuestiones, también denota una falta de previsión y anticipación de los problemas y necesidades que podían surgir en una situación de emergencia sanitaria. Una respuesta menos improvisada, en la que se prevean estas dificultades de antemano, permitiría intervenir con mayor prontitud, lo que podría ser determinante a la hora de detener el avance de la enfermedad por los centros.

De acuerdo con varios observadores y observadoras, otras de las cuestiones que han dificultado la gestión de la pandemia en los centros residenciales españoles —y que probablemente han influido en los malos resultados que se han producido en estos centros— son la falta de liderazgo y las dificultades de coordinación interinstitucional. Siendo la de la COVID-19 una crisis sanitaria que, sin embargo, afectaba especialmente a los centros de servicios sociales y, dentro de éstos a los centros residenciales en particular, varios autores y autoras señalan que un liderazgo menos centrado en el Ministerio de Sanidad hubiera permitido gestionar mejor la crisis en los centros residenciales. De acuerdo con estos autores y autoras, lo cierto es que la escasa intervención de los y las dirigentes políticas responsables en materia de servicios sociales en los órganos que han liderado la respuesta a la pandemia (a través de la Vicepresidencia de Derechos Sociales o del propio IMSERSO) ha hecho que no se priorice a los centros residenciales para personas mayores como infraestructuras necesitadas de especial protección frente a la pandemia (con las dificultades que ello ha supuesto para la obtención de material de protección —que en determinado momento se les ha llegado incluso a requisar para ser distribuido en centros sanitarios— y de priorización de pruebas diagnósticas entre personas alojadas en estos centros). La descoordinación institucional también se ha evidenciado a nivel operativo, principalmente a la hora de prestar atención hospitalaria a personas residentes enfermas por COVID-19. En una situación de colapso hospitalario y especialmente de los servicios de cuidados intensivos, desde los centros residenciales han surgido críticas por las dificultades para derivar residentes a centros hospitalarios y, concretamente, con respecto a los criterios de triaje para el acceso a cuidados intensivos que se les han aplicado a sus usuarios y usuarias.

En tercer y último lugar, otra de las principales dificultades con que se han encontrado los centros a la hora de gestionar la crisis sanitaria ha sido la falta de recursos materiales y de personal. Varios organismos nacionales e internacionales han puesto de manifiesto el hecho de que, en la mayoría de los países, los sistemas de servicios sociales adolecen de problemas estructurales de financiación y escasez de recursos humanos, que además se han visto acentuadas de forma coyuntural durante la pandemia (los centros han tenido que hacer inversiones y gastos adicionales en materia de prevención y han sufrido unas tasas de absentismo muy elevadas entre el personal) lo que ha mermado seriamente su capacidad para responder de manera efectiva a la situación de emergencia generada por la COVID-19. El hecho de que no se haya podido disponer de pruebas diagnósticas de forma generalizada durante las primeras semanas de la pandemia, junto con cambios de criterio por parte de las instituciones sobre la utilidad de realizar cribados periódicos entre las personas usuarias y profesionales, probablemente ha contribuido asimismo a extender la pandemia entre los centros residenciales.

Dadas las dificultades encontradas y las lecciones aprendidas sobre la gestión de la COVID-19 en los centros residenciales, los documentos revisados recogen algunas recomendaciones clave para el futuro. Las principales son:

- Integrar los centros residenciales en la planificación nacional de emergencias, designándolos como infraestructuras necesitadas de especial protección en los Planes de Preparación y Respuesta para Pandemias.
- Dotar la gestión de la crisis de un liderazgo más transversal, que incorpore a los servicios sociales y otros sectores que se han visto especialmente afectados por la pandemia.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria, mediante la articulación de espacios, mecanismos y herramientas de cooperación, colaboración y comunicación entre sanidad y servicios sociales. En este sentido, la interoperabilidad de los sistemas de información y la creación de estructuras de coordinación (como el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria que existe en Euskadi) pueden ser instrumentos clave para mejorar la articulación entre ambos sistemas.
- Mejorar las capacidades del sistema. Dotar al sistema de servicios sociales de más recursos con carácter estructural, podría tener un impacto positivo, al margen de la situación de crisis sanitaria. De cara a la gestión de la crisis, concretamente, se considera recomendable: (1) invertir en mejorar los ratios de personal y disponer de un plan y de recursos jurídicos y organizativos para reclutar personal adicional en momentos de crisis, garantizando al mismo tiempo que el movimiento de personal entre centros no suponga un riesgo adicional frente a la pandemia; (2) garantizar el acceso por parte de los centros residenciales al material de protección adecuado, siendo recomendable que las autoridades competentes monitoricen la disponibilidad de este material en los centros; (3) invertir en sistemas de cribado periódico en los centros, mediante la realización de pruebas diagnósticas a todo el personal y personas residentes.

- Mejorar la gestión y transmisión de información entre los centros y las administraciones competentes. A nivel de cada comunidad autónoma, debería invertirse en mejorar los sistemas de información de servicios sociales, creando sistemas que integren información relativa a toda la red de responsabilidad pública, ya sean centros de titularidad pública o privada, y recojan información individual clave relativa a la situación y resultados de las personas usuarias. A nivel estatal, podría tratar de armonizarse el tipo de información que deberían incluir los sistemas de información en todo el Estado, así como crear líneas de financiación para mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información autonómicos.

Bibliografía de referencia

Carter, Rachel. «Covid-19: The support UK care homes need to survive.» Vol. 369. British Medical Journal Publishing Group, 2020.

Chu, Charlene H, Simon Donato-Woodger, y Christopher J Dainton. «Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care.» Wiley Online Library, 2020.

Comas-Herrera, Adelina, E Ashcroft, y Klara Lorenz-Dant. «International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings.» International Long Term Care Policy Network [online]: Available from Itccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-prevent-and-manage-COVID19-infections-in-care-homes-11-May-2.pdf, May 2020.

Del Pino, Eloísa, y otros. «La Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores durante la COVID-19: dificultades y aprendizajes.» (CSIC-Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP)) 2020.

European Centre for Disease Control and Prevention. «Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA.» Stockholm, 2020b.

Fallon, Aoife, Tim Dukelow, Sean P Kennelly, y Desmond O'Neill. «COVID-19 in nursing homes.» Vol. 113. nº 6. Oxford University Press, 2020. 391--392.

Fresno García, José Manuel, Leticia Henar Lomeña, Raúl Ruiz Villafranca, y Fernando Álvarez Puerta. «Auditoría de los centros residenciales de Navarra ante la crisis de la COVID-19.» 2020.

Hirdes, John P, y otros. «The Long-term Care Pandemic: International Perspectives on COVID-19 and the Future of Nursing Homes.» Balsillie School of International Affairs, 2020.

Junta de Castilla y León. «El impacto del COVID19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas.» 2020.

Koshkouei, Mona, Lucy Abel, y Caitlin Pilbeam. «How can pandemic spreads be contained in care homes?» University of Oxford. Centre for Evidence-Based Medicine. 14 de abril de 2020. <https://www.cebm.net/covid-19/how-can-pandemic-spreads-be-contained-in-care-homes/> (último acceso: 23 de noviembre de 2020).

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y residencias. Versión final de 24/11/2020, presentado al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD*. Gobierno de España, 2020.

Ministerio de Sanidad. «Guía de prevención y control frente al COVID-19 en residencias de mayores y otros centros.» 24 de marzo de 2020. https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/04/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf (último acceso: 25 de noviembre de 2020).

Ministerio de Sanidad. Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. Documento técnico. Versión de 5 de marzo de 2020. Madrid: Gobierno de España, 2020.

Moraes, Edgar Nunes de, y otros. «COVID-19 in long-term care facilities for the elderly: laboratory screening and disease dissemination prevention strategies.» Vol. 25. *SciELO Public Health*, 2020. 3445--3458.

National Collaborating Centre for Methods and Tools. «Rapid Review: What is the effectiveness of cohorting virus-positive residents to shared rooms in care facilities?» junio, 2020. <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/covid-19-evidence-reviews> (último acceso: 23 de noviembre de 2020).

Patient Ombudsman. Honouring the voices and experiences of Long-Term Care Home residents, caregivers and staff during the first wave of COVID-19. Toronto: Patient Ombudsman, 2020.

Rolland, Yves, y otros. «Guidance for the Prevention of the COVID-19 Epidemic in Long-Term Care Facilities: A Short-Term Prospective Study.» Vol. 24. nº 8. Springer, 2020. 812--816.

Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud. Medidas de prevención y control de riesgo de diseminación del COVID-19 y otras enfermedades infecciosas de transmisión por contacto (incluido gotas) en las residencias de ancianos. Santiago de Compostela: Sunta de Galicia, 2020.

Wee, Shiou-Liang, y PLK Yap. «Timely Lessons from a Pandemic on the Benefits of Person Centric Care in Long Term Care Facilities.» Springer, 2020. 1--2.

ESTADISTIKA BULETINA BOLETIN ESTADISTICO

nº 17

AURKEZPENA. Behatokiko gizarte zerbitzuen sareari buruzko atalaren birmoldaketa /
PRESENTACIÓN. Remodelación del apartado sobre la red de servicios sociales del Observatorio.

PANORAMA/IKUSPEGI. A finales de 2019, 25.125 personas son atendidas desde los principales servicios y prestaciones sociales.

A FONDO. El 89,6% de las personas con dependencia en Álava recibe algún servicio de atención o prestación económica.

SAKONEAN. Desgaitasunak edo osasun arazoak dituzten arabarren gizarte-harremanak.

A FONDO. Impacto de la COVID-19 en la mortalidad en Álava.

TENDENCIAS. Medidas adoptadas para la prevención y control de la COVID-19 en las residencias para personas mayores.

► ARABAKO FORU ALDUNDIA



► DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA