

ESTADÍSTIKA BULETINA BOLETIN ESTADÍSTICO

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

19

AURKEZPENA

COVIDaren eragina biztanlerian eta gizarte-beharretan

COVID-19ak eragindako pandemiak on-dorio zuzenak izan ditu hilkortasunean, eta osasun-krisiak aldaketak eragin ditu beste esparru sozioekonomiko askotan. Horregatik, azterketa eta ikerketa berri-enek gaixotasun horrek aztergai den gaian izan duen eragina jasotzen dute, biztanleriaren bilakaeran duen eragina dela eta.

Hau horrela, Arabako Gizarte Zerbitzuen Behatokiaren hemeretzigarren buletin honek, biztanleriaren egitura-aldaketak eta heriotza-tasa, haur eta gazteen premiak eta gizarte-zerbitzuen kalitatea hobetzea jorratzen ditu.

Lehenik eta behin, gizarte-zerbitzuen sareak 2021. urtean emandako arretari buruzko datuak biltzen ditu buletin honek, abenduaren 5eko 12/2008 Legeak, Gizarte Zerbitzuei buruzkoak, jasotako kontingentzietarako baliabideen estaldura aztertuz.

Ondoren, *Sakonean* ataleko lehen artikulua *Gasteizko haurren eta nerabeen egoerari buruzko diagnostikoaren emaitza nagusiak jasotzen ditu. Lan hori Haur eta Nerabeen II. Tokiko Planaren (PLINA) barruan kokatzen da, eta Arabako hiriburuko haur eta gazteen egoera eta haien familiena ezagutzea du helburu, hainbat ikuspuntutatik: hezkuntza, osasuna, pobrezia eta aisialdia, besteak beste. Era berean, etorkizuneko planetarako gomendio batzuk ere biltzen ditu, diagnostikoaren emaitzetatik eta II. Planaren hasierako balioespenetik abiatuta.*

PRESENTACIÓN

Impacto de la COVID en la población y en sus necesidades

La pandemia causada por la COVID-19 ha tenido consecuencias directas en la mortalidad y la crisis sanitaria ha generado cambios en muchos otros ámbitos socioeconómicos. Por este motivo, los análisis e investigaciones más recientes incorporan el impacto de esta enfermedad en el objeto de estudio, dada su trascendencia en el devenir de la población.

Así pues, este decimonoveno Boletín del Observatorio de Servicios Sociales de Álava trata los cambios de estructura de la población y mortalidad, las necesidades de la población infanto-juvenil y la mejora de la calidad de los servicios sociales.

En primera instancia, se examinan los datos en torno a la atención prestada desde la red de servicios sociales durante el año 2021, analizando con detalle la cobertura de los diferentes recursos destinados a la atención de las contingencias contempladas por la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, Servicios Sociales.

Posteriormente, el primero de los artículos de la sección *A Fondo* recoge los principales resultados del estudio *Diagnóstico de la situación de la infancia y la adolescencia en Vitoria-Gasteiz*, un trabajo que se enmarca en el II Plan Local de Infancia y Adolescencia (PLINA) y que tiene como objetivo conocer la situación de la población infanto-juvenil de la capital alavesa, así como la de sus familias, desde diferentes puntos de vista. A su vez, incluye una serie de recomendaciones para futuros Planes.

Bestalde, Estatistikako Institutu Nazionalaren Biztanleria Zentsuaren azken emaitzek, 2021. urtekoak, *Sakonean* ataleko bigarren testua artikulatzen dute. Zentsu-datuetatik abiatuta, Arabako lurraldearen biztanleria-egitura aztertzen da, aurreko zentsuarekiko (2011) izandako aldaketan azterketarekin batera, eta adierazle demografiko nagusien alderaketa egiten da koadrilen arabera. Gainera, estatistika-eragiketa horren xehetasun-mailari esker, Gasteizen bizidunen biztanleriaren osaera aztertzen da.

Hirugarrenik, *Sakonean* atala itxiz, azken urteetan erregistratutako hilkortasunari eta gainhilkortasunari buruzko artikulua dago, Eusko Jaurlaritzako Berritasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Sailaren Estatistika Organo Espezifikoak bultzatutako estatistika-eragiketa oinarri hartuta, COVID-19aren ondoriozko hilkortasuna adinekoentzako egoitze-tan. IMSERSOk emandako datuek eta Euskal Autonomia Erkidegoko Fiskaltza Nagusiari igorritako COVID adierazleen asteroko txostenetatik bildutako informazioak Arabako adineko biztanleriaren hilkortasunaren joera argitzeko balio dute.

Amaitzeko, *Joerak* ataleko dokumentu-dossierrean, arreta hobetzeko zerbitzuen kalitatea neurtzearen garrantzia jorratzen da, Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea (GOFE) egiten ari den lanaren ildotik. Zehazki, berrikuspen laburtu honek adineko pertsonentzako egoitza-zerbitzuen kalitate-adierazleen definizioa eta tipologia jasotzen ditu, adierazle horiek baliabide horien kalitatea neurtzeko izan beharko lituzketen jabetza edo baldintzak azaltzearekin batera.

Por otro lado, los últimos resultados del Censo de Población del INE, correspondientes al año 2021, articulan el segundo de los textos de *A Fondo*. A partir de los datos censales, se analiza la estructura poblacional del territorio de Álava, conjuntamente con los cambios acaecidos respecto al Censo anterior (2011) y se realiza una comparativa por cuadrillas de los principales indicadores demográficos. Además, gracias al nivel de detalle de esta operación estadística, se indaga en la composición de la población residente en Vitoria-Gasteiz.

El artículo que cierra la sección *A Fondo* está dedicado a la mortalidad y sobremortalidad registrada en los últimos años, teniendo como base la operación estadística impulsada por el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, *Mortalidad por COVID-19 en residencias para personas mayores*. Los datos proporcionados por el IMSERSO y la información recopilada de los Informes Semanales de Indicadores COVID, remitidos a la Fiscalía Superior del País Vasco, sirven para ilustrar la tendencia de la mortalidad en la población mayor de Álava.

Para finalizar, en el dossier documental de la sección *Tendencias*, se aborda la importancia de la medición de la calidad de los servicios en la mejora de la atención, en línea con el trabajo que se viene realizando desde el Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS). En concreto, esta resumida revisión recoge la definición y la tipología de indicadores de calidad de servicios residenciales para personas mayores, y describe las condiciones que estos indicadores deberían cumplir para medir la calidad de estos recursos.

PANORAMA | IKUSPEGI

Un 7% de la población alavesa ha sido atendida en los principales recursos de servicios sociales durante 2021

Según la información aportada por el Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS), a finales de 2021, más de 24.600 personas estaban siendo atendidas a través de los principales servicios y prestaciones del Sistema de Servicios Sociales en Álava¹.

Cerca del 90% de estas personas eran usuarias o receptoras de recursos dirigidos a la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia y la discapacidad; un 9% utilizaba alguno de los servicios para la inclusión social y el 3% restante lo constituyen personas menores de edad en situación de desprotección y mujeres que han sido víctimas de violencia machista.

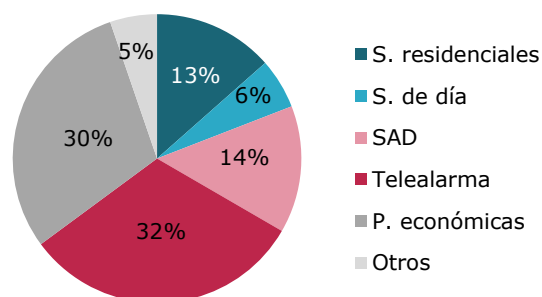
Tabla 1. Población atendida a 31 de diciembre mediante los principales servicios y prestaciones sociales, por tipo de contingencia. Álava, 2021.

	Usuarios/as	% vert.
Autonomía personal	21.525	83%
Protección	2.103	8%
Inclusión	2.232	9%
Total	25.860	100%

¹ Los datos recogidos se refieren al conjunto de servicios y prestaciones que forman parte del Sistema Vasco de Servicios Sociales de acuerdo con lo establecido en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. En este sentido, los datos no son directamente comparables con los aportados en antiguas ediciones de este Boletín (número 16 y anteriores), donde se incluían las prestaciones del Sistema de Renta de Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social, que se gestionaban desde los servicios sociales en aquel momento.

En cuanto a la tipología de prestaciones y servicios, los datos indican que casi la mitad de las personas atendidas a 31 de diciembre eran usuarias de servicios destinados a prestar apoyos o cuidados en el propio domicilio: un 32% hacían uso del Servicio Público de Teleasistencia BetiOn, y un 14% del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

Gráfico 1. Distribución de la población atendida a 31 de diciembre mediante los principales servicios y prestaciones sociales, por tipo de recurso. Álava, 2021.



Por lo demás, y a pesar de que las prestaciones para la garantía de ingresos –como la RGI o las AES– no se incluyen en estos datos, cabe destacar que un tercio de las personas atendidas por los servicios sociales perciben alguna ayuda de carácter monetario. Se trata, principalmente, de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Del mismo modo se deben mencionar los servicios residenciales —que atienden a finales de año al 13% de las personas usuarias de servicios sociales en Álava— y los recursos de atención diurna que, con el objetivo de favorecer la permanencia en el domicilio de aquellas personas que requieren una intensidad de apoyo considerable, llegan al 6% de las personas atendidas por los servicios sociales a final de año.

El resto de los servicios, entre ellos el de Atención Temprana o el de Intervención Socioeducativa, abarcan a un 5% del total de personas atendidas en la red alavesa de servicios sociales.

Unas 7.000 plazas residenciales y de atención diurna

En 2021, el Territorio contaba con un total de 5.302 plazas residenciales en centros de servicios sociales, tanto de titularidad pública como privada. La gran mayoría de éstas (82%) corresponden a plazas para personas mayores. Las plazas residenciales para personas con discapacidad y personas con enfermedad mental suponen un 7,5% adicional, por lo que el grueso de la atención residencial está dirigida al ámbito de la autonomía personal.

Más aún, hay 1.725 plazas destinadas a la atención diurna. Como sucede con la atención residencial, los recursos diurnos están destinados mayoritariamente a la atención de problemáticas relacionadas con la autonomía personal, aunque cabe señalar que, en el caso de la atención diurna, el porcentaje de plazas para personas con discapacidad resulta más elevada –1 de cada 3 plazas corresponden a la atención de este colectivo–.

Tabla 2. Plazas de atención residencial y diurna a 31 de diciembre, por colectivo de atención. Álava, 2021.

		S. resid.	S. día
Autonomía personal	Mayores	4.333	956
	Discapacidad	269	528
	Enfermedad mental	160	61
Protección	Menores	235	52
	Violencia de género	95	--
Inclusión social		210	128
Total		5.302	1.725

Teniendo en cuenta las plazas propias del Sistema, es decir, aquellas que son de titularidad pública o reciben financiación pública por medio de concertación, convenio de colaboración o Prestaciones Vinculadas al Servicio (PEVS), la cifra se sitúa en 2021 en 3.608 plazas residenciales y 1.582 plazas de atención diurna. La distribución de las plazas públicas y/o de responsabilidad pública en función del colectivo de atención es relativamente parecida a la del conjunto de las plazas, aunque destaca que son los centros para personas mayores los únicos que cuentan con plazas puramente privadas.

Tabla 3. Plazas públicas y de responsabilidad pública a 31 de diciembre, por colectivo de atención. Álava, 2021.

		S. resid.	S. día
Autonomía personal	Mayores	2.639	813
	Discapacidad	269	528
	Enfermedad mental	160	61
Protección	Menores	235	52
	Violencia de género	95	--
Inclusión social		210	128
Total		3.608	1.582

A continuación, se examinan las características de las plazas residenciales y de atención diurna en función del colectivo atendido, comenzando por el principal grupo destinatario: las personas mayores.

En 2021, el 65% de las plazas del ámbito residencial para personas de 65 y más años se ubican en residencias (2.817 plazas), un 26% en apartamentos tutelados (1.132 plazas) y cerca del 9% en viviendas comunitarias (384 plazas). Según su titularidad y gestión, el 39% de las plazas residenciales para mayores en Álava son de titularidad privada y otro 35% son privadas concertadas o financiadas con PEVS.

Por el contrario, el 86% de las plazas de atención diurna para personas mayores son de responsabilidad pública, principalmente plazas forales y municipales. En cuanto al tipo de recurso, el 65% de las plazas corresponden a los centros de día, el 21% a los Centros Rurales de Atención Diurna (CRAD) y las restantes corresponden a plazas de atención diurna en residencias.

Tabla 4. Plazas residenciales para personas mayores, por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Plazas	% del total
<i>Tipo de centro</i>		
Residencias	2.817	65,0%
Viviendas comunitarias	384	8,9%
Apartamentos tutelados	1.132	26,1%
<i>Titularidad y gestión</i>		
Forales	779	18,0%
- Gestión directa	625	14,4%
- Gestión indirecta	154	3,6%
Municipales	334	7,7%
Concertadas	390	9,0%
Privadas con PEVS	1.136	26,2%
Privadas	1.694	39,1%
Total	4.333	100%

Tabla 5. Plazas de atención diurna para personas mayores, por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº plazas	% del total
<i>Tipo de centro</i>		
Centro de día	623	65,2%
CRAD	204	21,3%
Atención diurna en residencias	129	13,5%
<i>Titularidad y gestión</i>		
Forales	401	41,9%
- Gestión directa	265	27,7%
- Gestión indirecta	136	14,2%
Municipales	337	35,3%
Concertadas	44	4,6%
Privadas con PEVS	31	3,2%
Privadas	143	15,0%
Total	956	100%

Referente a la atención a personas con discapacidad, en 2021 hay un total de 269 plazas residenciales, de las cuales un 60% se ubican en viviendas con apoyo. Aparte, el Territorio cuenta con 128 plazas en centros de día y otras 410 plazas en centros ocupacionales. Éstas últimas constituyen el 76% de las plazas no residenciales para personas con discapacidad.

Tabla 6. Plazas residenciales y diurnas para personas con discapacidad, por tipo de centro a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº plazas	% del total
<i>S. residenciales</i>		
Residencias	108	40,1%
Viviendas con apoyo	161	59,9%
Total	269	100%
<i>S. de día</i>		
Centros de día	128	23,8%
Centros ocupacionales	410	76,2%
Total	538	100%

Cabe señalar que todas las plazas residenciales y diurnas para la atención de este colectivo son de titularidad foral y un 74% están gestionadas directamente desde el Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS).

Tabla 7. Plazas residenciales y diurnas para personas con discapacidad, por tipo de gestión a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Gestión directa	Gestión indirecta	Total
S. residenciales	131	138	269
C. Ocupacionales	410	--	410
C. día	60	68	128
Total	601	206	807

En el caso de la atención a personas con enfermedad mental, son igualmente de titularidad foral –aunque gestionadas de manera indirecta por otras entidades– todas las plazas disponibles. En 2021, hay 160 plazas residenciales y 61 plazas de atención diurna (26 en centros de día y 35 en centros ocupacionales) para dar respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad mental grave o crónica en Álava.

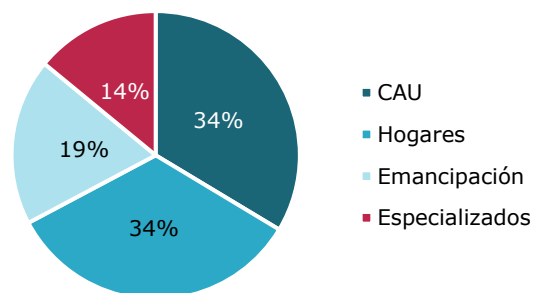
Tabla 8. Plazas en servicios residenciales y diurnos para personas con enfermedad mental, por tipo de centro a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº plazas	% del total
<i>S. residenciales</i>		
Total	160	100%
<i>S. de día</i>		
Centros de día	26	42,6%
Centros ocupacionales	35	57,4%
Total	61	100%

Además de los recursos para la promoción de la autonomía personal, la red de centros de servicios sociales dispone de 235 plazas para personas menores de edad en situación de desprotección. Un tercio de estas plazas corresponden a Centros de Acogida y Urgencias (CAU) y otro tercio se ubica en hogares donde se atiende, de manera integral, a niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección grave.

En el marco de los programas generales de acogimiento residencial de menores, el IFBS cuenta con 44 plazas (19%) en centros de preparación y pisos de emancipación. El resto de las plazas dirigidas a la atención de personas menores de edad en situación de desprotección (14%) corresponden a los programas especializados de atención.

Gráfico 2. Distribución de las plazas residenciales para niños y niñas en desprotección, por tipo de centro a 31 de diciembre. Álava 2021.



Asimismo, se dispone de servicios residenciales para la atención de mujeres en riesgo o situación de vulnerabilidad social, con un total de 95 plazas. 3 de cada 4 plazas corresponden a pisos de acogida de media-larga estancia y otras 16 plazas están destinadas a la acogida inmediata de mujeres víctimas de violencia machista y de las personas que se encuentren a su cargo.

A la par, el programa de atención a mujeres adolescentes y jóvenes gestantes y/o con hijos e hijas menores de 6 años dispone de 7 plazas para dar apoyo y atención a estas mujeres.

En función de su titularidad, las plazas residenciales específicas para mujeres son 100% públicas, siendo gestionadas de manera directa desde el IFBS o los Ayuntamientos en un 93% de los casos. Solo se gestiona de manera convenida con otra entidad el centro destinado a las jóvenes gestantes o con hijas e hijos en situación de vulnerabilidad social.

Tabla 9. Plazas en servicios residenciales para mujeres, por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº plazas	% del total
<i>Tipo de centro</i>		
Centro Acogida Inmediata	16	16,8%
Pisos de acogida	72	75,8%
Otros centros	7	7,4%
<i>Titularidad</i>		
Forales	47	49,5%
- <i>Gestión directa</i>	40	42,1%
- <i>Gestión indirecta</i>	7	7,4%
Municipales	48	50,5%
Total	95	100%

Para terminar este apartado de descripción de la red de centros de Álava, se debe mencionar que –en el ámbito de la inclusión social– el Territorio cuenta con 210 plazas residenciales, 128 plazas de atención diurna y otras 117 de acogida nocturna.

Aproximadamente un 90% de estas plazas son municipales, mientras que el restante 10% –es decir, las 47 plazas forales de los

centros residenciales, viviendas con apoyo y servicios diurnos para atender necesidades de las personas en situación social– se gestionan de manera indirecta.

Tabla 10. Plazas en servicios de inclusión social por tipo de centro y titularidad y gestión a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº plazas	% del total
<i>Tipo de centro</i>		
S. residenciales	210	46,2%
- <i>Pisos acogida</i>	171	37,6%
- <i>C. residencial</i>	39	8,6%
Atención diurna	128	28,1%
- <i>Servicio de atención diurna</i>	120	26,4%
- <i>Centro de día</i>	8	1,8%
Acogida nocturna	117	25,7%
<i>Titularidad</i>		
Forales	47	10,3%
- <i>Gestión directa</i>	0	0,0%
- <i>Gestión indirecta</i>	47	10,3%
Municipales	408	89,7%
Total	455	100%

Tras conocer la disponibilidad de plazas en la red de centros de servicios sociales, en los siguientes apartados se analizan la cobertura de los servicios y las características de la población atendida en los centros y servicios dirigidos a cada uno de los colectivos objeto de atención.

Predominio de la atención a domicilio entre las personas usuarias mayores

El fomento de la autonomía personal y la atención a las situaciones de dependencia constituye la principal contingencia atendida desde la red de servicios sociales, siendo la población mayor el grupo atendido más numeroso.

En diciembre de 2021, más de 18.500 alaveses y alavesas de 65 y más años eran usuarias de los principales servicios y prestaciones del Sistema, es decir, el 26,4% de la población mayor del Territorio.

Más de la mitad de las personas mayores atendidas (un 58%) son usuarias de servicios sociales de proximidad como el servicio de teleasistencia o el Servicio de Atención a Domicilio, recursos que favorecen la permanencia de estas personas en su medio habitual. Al mismo tiempo, 2.534 personas mayores se encuentran alojadas en servicios residenciales –donde se les ofrece atención junto con alojamiento y manutención– y otras 700 personas acuden a servicios de atención diurna.

En lo que se refiere a las prestaciones económicas, 3.676 personas perciben alguna de las prestaciones contempladas en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), lo que supone algo más del 5% de la población mayor de Álava.

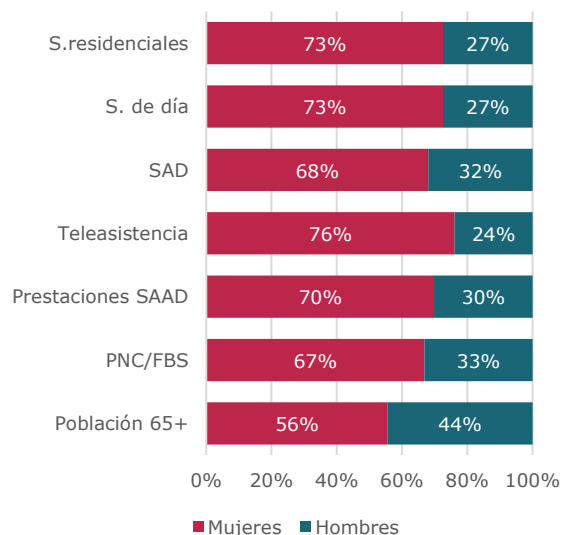
Tabla 11. Cobertura de los principales servicios para personas mayores a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	P. usuarias	Cobertura (% pob.65 y más)
S. residenciales ⁽¹⁾	2.534	3,6
S. de día	700	1,0
SAD	3.170	4,5
Teleasistencia	7.545	10,7
P. económicas SAAD	3.676	5,2
PNC/FBS	968	1,4
Total	18.593	26,4

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

Desde el punto de vista de las características, los datos indican que en torno a 3 de cada 4 personas mayores usuarias de servicios y prestaciones sociales son mujeres, lo que supone un peso relativo superior al registrado en la población (56%).

Gráfico 3. Distribución por sexo de las personas usuarias de servicios y prestaciones para mayores a 31 de diciembre, Álava 2021.



Centrándonos en la población que hace uso de servicios financiados por la Diputación Foral de Álava, se dispone de algunos datos más sobre el perfil de las personas atendidas.

Tal y como sucede al analizar el conjunto de los servicios, en el caso de los recursos forales más del 70% de las personas usuarias son mujeres, apreciándose que más de la mitad tienen 85 o más años, tanto entre las usuarias de servicios residenciales, como entre las usuarias de servicios de atención diurna.

Otro de los aspectos que es posible analizar, a partir de los datos sobre el uso de recursos forales, es el grado de dependencia de las personas atendidas. Según los datos registrados por el IFBS, prácticamente el 95% de las personas mayores usuarias de centros residenciales, y el 60% de las usuarias de servicios de atención diurna tienen reconocida una dependencia severa (Grado II) o una gran dependencia (Grado III).

Por el contrario, y de acuerdo con la propia naturaleza de la atención diurna, un 33% de las personas usuarias de los centros de día para mayores tienen reconocido un grado de dependencia moderado (Grado I) y un 8% no tiene una dependencia reconocida o no han sido valoradas.

Tabla 12. Distribución por características de las personas usuarias de servicios residenciales y diurnos para personas mayores financiados por la DFA a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	S. resid.	S. de día
Sexo		
Hombres	28,5%	27,7%
Mujeres	71,5%	72,3%
Edad		
55-74 años	10,9%	10,1%
75-84 años	27,4%	35,3%
85 o más años	61,7%	54,6%
Grado de dependencia		
Grado 0/Sin valorar	0,2%	8,3%
Grado I	4,7%	32,8%
Grado II	26,7%	34,0%
Grado III	67,4%	24,8%
Total	963	564

El 20% de las personas con reconocimiento de discapacidad es atendida por la red de servicios sociales

A finales de 2021, 4.500 personas son usuarias de servicios y prestaciones dirigidas a la atención de personas con discapacidad, lo que se traduce en un 2% de la población de entre 18 y 64 años. Considerando, de manera específica, a la población con una discapacidad reconocida igual o superior al 33%, la cobertura asciende al 20%, de la población destinataria de los servicios.

Tabla 13. Cobertura de los principales servicios para personas con discapacidad a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	P. usuarias	Cobertura población (‰) ⁽¹⁾	Cobertura específica (‰) ⁽³⁾
S. residenciales	251	1,2	11,6
S. de día	552	2,7	25,4
SAD	337	1,6	15,5
P. económicas SAAD	1.704	8,3	78,6
PNC/FBS/LISMI	1.008	4,9	46,5
At. temprana ⁽²⁾	648	31,3	29,9
Total	4.500	22,0	207,4

(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 (igual o superior al 33%).

El 60% de las personas con discapacidad atendidas perciben alguna prestación económica, sea del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia o derivadas de otros sistemas de protección como las Pensiones No Contributivas por invalidez, las pensiones del Fondo de Bienestar Social o las prestaciones derivadas de la Ley General de Discapacidad (antigua LISMI). Por otro lado, el servicio de atención temprana

atiende a finales de 2021 a un total de 648 niños y niñas de 0 a 6 años, es decir, a un 3% de la población infantil de esa franja de edad.

Tal y como cabe apreciar en la tabla 13, una característica distintiva de la atención prestada a personas con discapacidad es que –al contrario de lo que sucede con la población mayor– la cobertura de los servicios de atención diurna duplica prácticamente la que se ofrece desde los servicios residenciales.

Tabla 14. Distribución por características de las personas usuarias de servicios residenciales y diurnos para personas con discapacidad a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	S. resid.	C. día	C. ocup.
<i>Sexo</i>			
Hombres	56,6%	65,2%	51,4%
Mujeres	43,4%	34,8%	48,6%
<i>Edad</i>			
<25 años	4,4%	8,0%	5,8%
25-34 años	8,8%	26,1%	19,8%
35-54 años	42,2%	44,9%	53,4%
55 o más años	44,6%	21,0%	21,0%
<i>Grado de dependencia</i>			
Grado 0/Sin valorar	0,4%	0,0%	0,7%
Grado I	14,3%	8,7%	16,7%
Grado II	33,1%	21,7%	59,7%
Grado III	52,2%	69,6%	22,9%
Total (N)	251	138	414

Por último, la Tabla 14 muestra los datos relativos al perfil de la población atendida en recursos residenciales y diurnos para personas con discapacidad.

De estos datos, destaca, en primer término, la elevada proporción de hombres atendidos, especialmente en los servicios residenciales y en los centros de día (cercano al 60-65%). También se aprecia que el grado de dependencia de la población con discapacidad atendida es muy elevado, teniendo en cuenta que, independientemente del tipo de recurso, el 80-90% de las personas que hacen uso de los servicios a final de año tienen reconocida al menos una dependencia severa (grados II y III).

Después de todo, merece destacar el hecho de que una parte sustancial de la población atendida actualmente –particularmente cuando se consideran los servicios residenciales– supera los 55 años de edad. Las implicaciones son que, en los próximos años, en torno al 40% de la población residente actual estará en disposición de ser trasladada a centros para personas mayores; o bien, si se considera que su permanencia en los centros en los que han vivido hasta el momento constituye una prioridad, será necesario que un buen número de centros adapten las prestaciones ofrecidas a las necesidades de una población con discapacidad envejecida.

Más de 2.000 menores se encuentran bajo medidas de protección en Álava

Las situaciones de desprotección que afectan a personas menores de edad son otra de las contingencias que se atienden desde los servicios sociales. Durante 2021, el Área Menor y Familia del Instituto Foral de Bienestar Social ha recibido 122 notificaciones de desprotección infantil, correspondientes a 214 personas menores de edad.

Durante ese mismo periodo, la Diputación Foral de Álava ha asumido la tutela de 49 niños y niñas, de manera que, a 31 de diciembre de 2021, 264 personas menores de edad estaban bajo su tutela.

De éstas, en torno a una cuarta parte permanecen tuteladas desde hace cuatro o más años, lo que indica que probablemente continuarán en esa situación hasta su mayoría de edad. Tal y como se aprecia en la Tabla 15, en torno al 65% de las personas menores de edad tuteladas son chicos, y aproximadamente un 65-70% son adolescentes de entre 12 y 17 años.

Tabla 15. Características de las personas menores de edad tuteladas por la Diputación Foral a 31 de diciembre. Álava 2021.

	Nuevas tuteladas	Tuteladas a 31/12
<i>Sexo</i>		
Chicos	33 (67,3%)	165 (62,5%)
Chicas	16 (32,7%)	99 (37,5%)
<i>Edad</i>		
0-5 años	12 (24,5%)	32 (12,2%)
6-11 años	3 (6,1%)	64 (24,2%)
12-17 años	34 (69,4%)	168 (63,6%)
Total	49 (100%)	264 (100%)

Respecto a otras medidas de protección, los datos muestran que prácticamente 9 de cada 10 personas menores de edad que son atendidas desde el Sistema de Protección se encuentran bajo medidas de preservación familiar, es decir, hacen uso de servicios que pretenden mejorar las habilidades de cuidado de padres, madres o personas que ostentan la tutela, a efectos de evitar,

precisamente, la separación de los y las menores de sus familias de origen². Tal y como se aprecia en la Tabla 16, aproximadamente seis de cada diez personas menores de edad con medidas de preservación familiar reciben intervención socioeducativa básica en el marco de la atención primaria, mientras que tres de cada diez son atendidas en programas especializados, correspondientes a la atención secundaria.

Finalmente, los servicios diurnos de carácter socioeducativo para personas menores en desprotección grave atienden a finales de año a 163 niños, niñas y adolescentes, lo que supone aproximadamente un 9% del conjunto de las usuarias de programas de preservación familiar.

Tabla 16. Cobertura de los principales servicios para menores en riesgo y situación de desprotección a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	P. usuarias	% del total
Medidas de separación familiar	258	12,4%
Acogimiento residencial ⁽¹⁾	174	67,4%
Acogimiento familiar	84	32,6%
Medidas de preservación familiar	1.818	87,6%
S. de día	163	9,0%
S. de intervención socioeducativa básica	1.092	60,0%
S. de intervención socioeducativa especializada	563	31,0%
Total	2.076	100%

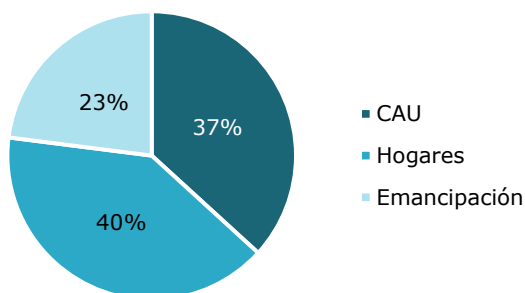
⁽¹⁾ No se incluyen los programas especializados.

² También pueden ofrecerse estos servicios a menores que se encuentran bajo la guarda de la Diputación para preparar su retorno a la familia de origen, con el fin de facilitar el proceso de reunificación.

Sea como sea, a finales de 2021, 258 chicos y chicas (12,4% de las que se atienden en el Sistema de Protección a esa fecha) se encuentran bajo la guarda del ente foral: dos de cada tres personas alojadas en servicios residenciales, y una de cada tres en acogimiento familiar. A continuación, se analizan con mayor detenimiento las características de estos chicos y chicas sujetos a medidas de separación familiar.

Por una parte, a finales de diciembre de 2021, 174 personas se alojan en servicios residenciales para personas menores de edad, dentro de los programas generales de atención: un 37% está en Centros de Acogida y Urgencias (CAU), un 40% se aloja en hogares donde atienden de manera integral las necesidades de estos niños, niñas y adolescentes; y el restante 23% se encuentra en pisos o centros de preparación a la emancipación, cuyo objetivo es orientar y facilitar la transición hacia la vida adulta. Además, se atiende a 36 menores en programas especializados, principalmente en recursos destinados a la atención de adolescentes con problemas de conducta.

Gráfico 4. Distribución de menores en programas generales de acogimiento residencial a 31 de diciembre, por tipo de centro. Álava, 2021.



Por lo que respecta a las características de las personas atendidas en los programas generales (es decir, sin tener en cuenta las 36 personas atendidas en recursos especializados), los datos disponibles indican que el 68% son niños, la mayoría son mayores de 12 años y, desde el punto de vista del origen, las personas atendidas se dividen de manera relativamente proporcional entre autóctonas (55%) y extranjeras (45%).

Tabla 17. Características de la población menor de edad en programas generales de acogimiento residencial a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº menores	% del total
<i>Sexo</i>		
Niños	118	67,8%
Niñas	56	32,2%
<i>Edad</i>		
0-5 años	10	5,7%
6-11 años	26	14,9%
12-17 años	127	73,0%
18 o más años	11	6,3%
<i>Origen</i>		
Autóctono	95	54,6%
Extranjero	79	45,4%
Total	174	100%

Por último, en lo que se refiere a la otra modalidad de guarda (el acogimiento en familias), a finales de 2021 84 niños y niñas se encuentran acogidas en esta modalidad.

La mayoría de los acogimientos (68 de los 84 en vigor a final de año, esto es el 81%) son permanentes (se prevé su mantenimiento mientras dura la situación de desprotección) y un 16,7% temporales, es decir, tienen una duración prevista inferior a dos años. En cambio, 2 niños o niñas se encuentran en acogimiento de urgencia a

final de año. Por lo demás, los datos indican que algo más de 6 de cada diez guardas se resuelven con el acogimiento del niño o la niña por parte de su familia extensa (abuelos, abuelas, tías, tíos u otros familiares).

Tabla 18. Características de la población menor de edad en acogimiento familiar a 31 de diciembre. Álava, 2021.

	Nº menores	% del total
Sexo		
Niños	46	54,8%
Niñas	38	45,2%
Modalidad de acogimiento		
De urgencia (hasta 6 meses)	2	2,3%
Temporal (hasta 2 años)	14	16,7%
Permanente	68	81,0%
Tipo de acogimiento		
En familia extensa	51	60,7%
En familia ajena	33	39,3%
Total	84	100%

El servicio foral de atención psicológica y jurídica Hegoak realiza más de mil actuaciones al año

A lo largo de 2021, 1.445 mujeres³ han sido usuarias de los distintos servicios destinados a la atención de víctimas de violencia machista y otras problemáticas sociales, es decir, en torno a 8 de cada 1.000 mujeres del Territorio han acudido a este tipo de recursos.

El 75% de las mujeres atendidas han recibido atención psicológica, mientras que un 21% ha tenido asesoramiento jurídico, am-

³ No se trata de mujeres distintas sino de usos o atenciones.

bos a través del servicio foral Hegoak, un recurso de atención especializada en violencia de género. Además, 57 mujeres víctimas de este tipo de violencia han tenido que ser alojadas en diversos servicios residenciales.

Tabla 19. Alcance de los principales servicios para víctimas de violencia de género a lo largo del año. Álava, 2021.

	Usuaris	Alcance (por 1.000 mujeres)
S. residenciales	57	0,3
S. de atención psicológica	1.089	6,4
S. de asesoramiento jurídico	299	1,8
Total	1.445	8,5

El Centro de Acogida Inmediata (CAI) atendió a lo largo del año a 34 mujeres. Es decir, prácticamente seis de cada diez mujeres que han sido atendidas en la red de centros residenciales a lo largo del año han requerido un acogimiento de urgencia. Junto con estas 34 mujeres, el centro ha alojado a 40 personas más (generalmente hijos e hijas) que estaban a su cargo.

Más aún, 23 mujeres³ han pasado a lo largo del año por los pisos de acogida de media estancia (algunas de ellas previamente atendidas en el CAI), junto con 38 personas que se encontraban bajo su tutela.

Finalmente, al margen de los recursos específicos para víctimas de violencia de género, la red de servicios sociales asume también la atención de mujeres que se encuentran en riesgo o situación de vulnerabilidad a causa de otros motivos. Concretamente, se dispone de un recurso de acogimiento temporal para embarazadas o muje-

res con hijas e hijos menores de 6 años que presentan alto riesgo de desamparo, que en 2021 ha acogido a 4 mujeres y a otros tantos niños y niñas que se encontraban a su cargo.

Tabla 20. Personas usuarias de centros residenciales para mujeres en riesgo o situación de desprotección a largo del año, por tipo de centro. Álava, 2021.

	Mujeres	Personas a cargo
Centro de Acogida Inmediata	34	40
Pisos de acogida	23	38
Otros centros residenciales	4	4
Total	61	82

Los servicios residenciales y de acogida nocturna atienden a 510 personas en situación de exclusión

Para concluir el análisis de la atención prestada durante 2021 desde la red de servicios y prestaciones sociales, en este último apartado se recogen los datos correspondientes a los servicios de inclusión social.

Teniendo en cuenta los principales recursos dirigidos a facilitar la inclusión de personas en riesgo o situación de exclusión social, los datos indican que 246 personas han sido usuarias de servicios residenciales y otras 264 han acudido a los servicios municipales de acogida nocturna que gestiona el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (el Centro Municipal de Acogida Social, el centro de atención nocturna, *Aterpe*, y el dispositivo de alojamiento invernal).

De manera adicional, 449 personas han acudido a servicios de atención diurna para la inclusión social y 745 personas han sido

atendidas por los servicios de intervención socioeducativa. En conjunto, los servicios considerados han atendido a 1.704 personas a lo largo del año, lo que representa un 5 por mil de la población del Territorio.

Tabla 21. Alcance de los principales servicios para personas en riesgo o situación de exclusión social a lo largo del año. Álava, 2021.

	Usuarios/as	Alcance (por 1.000)
S. residenciales	246	0,7
S. de acogida nocturna	264	0,8
S. de atención diurna	449	1,3
S. de intervención socioeducativa	745	2,2
Total	1.704	5,1

Para cerrar el Boletín, y a pesar de que las prestaciones de garantía de ingresos no forman parte de la Cartera de servicios y prestaciones de servicios sociales, dado su alcance e importancia, cabe recoger algunos datos sobre 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.

Tabla 22. Alcance de las prestaciones económicas para la garantía de ingresos y la inclusión social. Álava, 2021.

	Titulares en el año	Alcance (por 1.000)
Renta de Garantía de Ingresos (RGI)	11.345	34,0
Ayudas de Emergencia Social (AES)	4.307	12,9
Ayudas Especiales a Situaciones de Necesidad (AESN)	125	0,4

Según los datos proporcionados por el Servicio Vasco de Empleo - Lanbide, en 2021, un total de 1.345 personas diferentes han sido titulares de la Renta de Garantía de Ingresos en Álava, lo que supone un 3% de la población del Territorio.

Durante el mismo periodo se han concedido también 6.737 Ayudas de Emergencia Social a 4.307 unidades convivenciales y 125 personas han percibido ayudas especiales de la Diputación Foral para atender las necesidades básicas de la vida.

A FONDO | SAKONEAN

Situación de la infancia y la adolescencia en Vitoria-Gasteiz

Este artículo recoge los principales resultados del *Estudio diagnóstico sobre la situación de la infancia y la adolescencia en Vitoria-Gasteiz*⁴, trabajo realizado por el Servicio de Investigación e Información Social (SIIS) a petición del Ayuntamiento del propio municipio. Este documento se enmarca en el periodo de vigencia del II Plan Local de Infancia y Adolescencia (PLINA) de Vitoria-Gasteiz, por lo que constituye una primera valoración del impacto social de dicho Plan que servirá, a su vez, como documento de base para futuros planes.

Uno de los principales objetivos del diagnóstico ha sido conocer cuál es la situación de la población infantil y joven de Vitoria-Gasteiz, y la de sus familias, en ámbitos muy diversos como la salud, la educación, las relaciones, el ocio o la situación socioeconómica, entre otros aspectos. Con esta finalidad, se han utilizado diversas técnicas de investigación social, entre las que se encuentran: la realización de dos encuestas (una dirigida al personal técnico municipal y otra a estudiantes de Primaria y Secundaria), entrevistas con entidades del Tercer Sector, grupos de discusión con padres y madres, y el análisis de información estadística relevante.

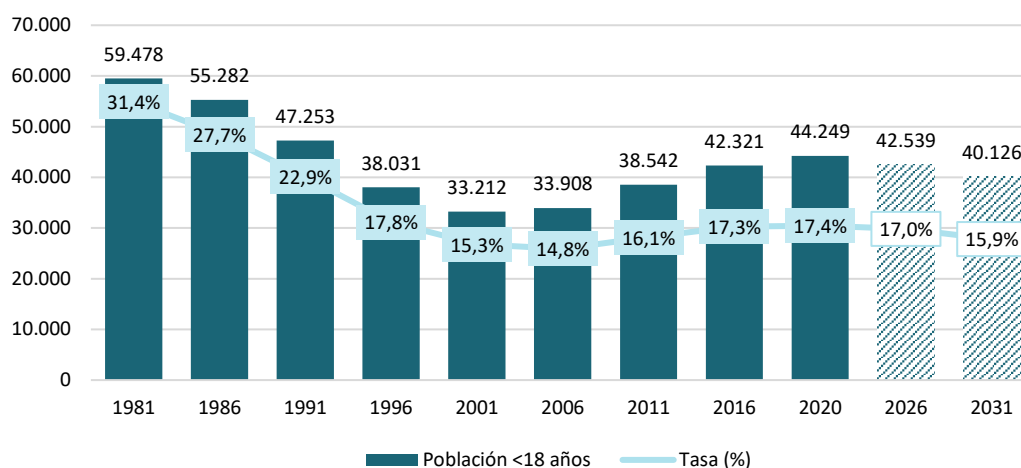
La población infantil y adolescente representa un 17% de la población de Vitoria-Gasteiz

En 2020 –año de base para el análisis de este estudio– residían en Vitoria-Gasteiz 44.249 niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 17 años, lo que representa el 17,4% de la población total. En las últimas décadas, el número de menores de 18 años se ha mantenido relativamente estable, recuperando el peso específico que alcanzaba este colectivo a mediados de los noventa. No obstante, en base a las proyecciones demográficas, es probable que, en los próximos años se reduzca su número en la ciudad.

Este previsible descenso es debido tanto al progresivo aumento de la esperanza de vida, y a un desplazamiento hacia edades más longevas de las generaciones nacidas en periodos con una alta tasa de natalidad, como a la caída de la natalidad y la fecundidad –y a un retraso en la edad media de la maternidad– lo cual está estrechamente relacionado con las condiciones laborales, económicas y de conciliación de la vida familiar y laboral.

⁴ SIIS-Centro de Documentación y Estudios, [Estudio diagnóstico de la situación de la infancia y la adolescencia en Vitoria-Gasteiz 2021](#). Vitoria-Gasteiz, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2022, 203 p.

Gráfico 1. Evolución y proyección del número y la tasa (en %) de personas menores de 18 años de Vitoria-Gasteiz. 1981-2020.



Fuentes: Eustat. Censos de Población y Viviendas (1981-2011); INE. Estadística del Padrón Continuo (2016-2020); Eustat. Proyecciones de Población (2026-2031).

Un 13,3% de las niñas, niños y adolescentes residentes en Vitoria-Gasteiz ha nacido fuera de Euskadi; el 5,4% ha nacido en otra comunidad autónoma, principalmente en Castilla y León, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía y Cataluña; y el 7,9% ha nacido en el extranjero. El porcentaje de quienes han nacido en otro país se ha mantenido prácticamente estable desde 2016 en un 7,5%, tras alcanzar su máximo en 2020 (10,2%). La población menor extranjera procede mayoritariamente de América (46,1%), especialmente, de países sudamericanos (36,4%), aunque hay que destacar que el peso relativo de quienes proceden de África –y particularmente, del Magreb– es en Vitoria-Gasteiz mayor que en Bilbao o Donostia.

Uno de cada cuatro hogares en Vitoria-Gasteiz cuenta con, al menos, una persona de 0 a 17 años

En la actualidad, una cuarta parte de los hogares de la capital alavesa cuentan con al menos una niña, niño o adolescente en el hogar, lo que equivaldría a cerca de 26.900 hogares.

Hay que destacar la reducción que se ha producido, en los últimos 20 años, en el peso específico de este tipo de hogares (pasando de suponer el 31% de los hogares en 2001 a un 25% en 2021). Este descenso es debido, principalmente, a la progresiva disminución del tamaño medio de los hogares y al aumento de los hogares unipersonales.

Otro aspecto a destacar de los datos sobre tipos familiares es que las familias se caracterizan por su cada vez mayor diversidad. En efecto, uno de cada cuatro niñas, niños y adolescentes encuestados convive en una familia diferente a la tradicional; es decir, una familia monoparental (9,8%), familia en la que madres y padres están separados (8%), familia reconstruida (4,3%), extensa (0,8%), homoparental (0,5%) o de otro tipo (0,5%).

Se reducen las situaciones de pobreza real entre la población infantil

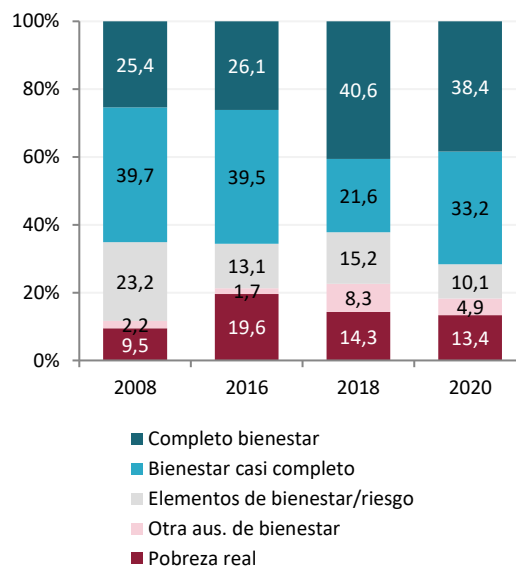
Tras el notable aumento de la tasa de pobreza real registrado entre 2008 y 2016 en Álava -periodo en el que esta cifra pasó del 4,1% al 10,4%- , la prevalencia de las situaciones de pobreza real entre las personas menores de 18 años en el Territorio se ha reducido a un 7,3%, según los últimos datos disponibles de la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS) de 2020.

Esta mejoría se ha registrado del mismo modo en la capital, Vitoria-Gasteiz, donde las situaciones reales de insuficiente cobertura de las necesidades básicas afectan en 2020 a algo más de 5.900 niños, niñas y adolescentes (13,4%), lo que supone casi 2.400 personas menos que en 2016 (19,6%). A pesar de seguir teniendo una de las tasas más elevadas de pobreza infantil de la CAPV y, a pesar, de que la incidencia de la pobreza entre la población menor continúa siendo superior a la que se da en el conjunto de la población vitoriana, resulta necesario destacar que durante el periodo 2016-2020 no solo ha disminuido la incidencia de la pobreza real⁵, sino que ha au-

⁵ La diferencia respecto a la media de la CAPV se ha reducido entre esos años, pasando de situarse 8,8

mentado el número de niños, niñas y adolescentes que se sitúan en un espacio de completo bienestar.

Gráfico 2. Distribución de la población menor en la escala pobreza/bienestar real (%). Vitoria-Gasteiz, 2008-2020.



Fuentes: EPDS 2008, 2016 y 2020 y EDSS-ENS 2018.

Al mismo tiempo, otros indicadores que retratan las situaciones de desventaja social ponen de manifiesto el incremento de la desigualdad dentro de la infancia. Tal y como recogen numerosos estudios, las situaciones de inequidad que tienen su origen en la infancia tienen consecuencias a lo largo de todo el ciclo vital, generando una transmisión intergeneracional de la pobreza y dando lugar a procesos de exclusión social.

En este sentido, son especialmente importantes los datos que aporta la EPDS sobre las situaciones de carencia material en la

puntos por encima en 2016, a posicionarse 2,2 puntos por encima, en 2020.

infancia. Para ello, se emplea una batería de 13 indicadores⁶ relativos a las necesidades básicas, educativas y de ocio, de las niñas y niños entre 1 y 15 años que la EPDS relaciona con las situaciones de pobreza en la infancia.

Los resultados muestran que, en el conjunto de la CAPV, la presencia de problemas básicos de privación ha aumentado entre los niños y niñas de 1 a 15 años (de 9,4% en 2016 a 11,6% en 2020), así como la de los problemas básicos muy graves, que ha pasado del 3,5% a un 4,1%. Aplicando esta prevalencia que resulta para el conjunto del territorio vasco (4,1%) a la población de la misma edad de Vitoria-Gasteiz, se obtendría que algo más de 1.500 niños y niñas sufren problemas de privación grave en la ciudad.

Respecto al impacto de la pandemia, los resultados de la encuesta, realizada en el marco del trabajo que aquí se resume, indican que el 18% de las niñas, niños y adolescentes de Vitoria-Gasteiz considera que la situación de su hogar ha empeorado a consecuencia de la pandemia.

⁶ Los 13 indicadores son los siguientes: (1) disponen de ropa nueva (que no sea de segunda mano); (2) disponen de dos pares de zapatos (o un par adecuado para cada época del año); (3) comen fruta fresca y verduras al menos una vez al día; (4) comen carne, pollo o pescado (o el equivalente vegetariano) una vez al día; (5) disponen de libros adecuados para su edad (al margen de los del colegio); (6) disponen de equipamiento de ocio al aire libre (bici, patines, raqueta, etc.); (7) disponen de equipamiento de ocio en casa (juguetes, juegos, etc.); (8) realizan regularmente actividades de ocio fuera de casa y con coste asociado (deporte, tocar un instrumento, organizaciones juveniles, etc.); (9) pueden celebrar las ocasiones especiales (cumpleaños, celebraciones); (10) pueden, de vez en cuando, invitar a amistades a jugar o a comer (principalmente a casa, pero también fuera); (11) pueden ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año; (12) participan en los viajes y actividades escolares por los que hay que pagar; (13) disponen de un lugar adecuado para estudiar o hacer los deberes.

Educación: valoración general positiva, aunque persiste la segregación escolar por motivos socioeconómicos

En términos comparados, los principales indicadores del ámbito de la educación de Vitoria-Gasteiz pueden considerarse positivos, en lo que concierne a la escolaridad – el 95,6% de la población de tres años está escolarizada en Educación Infantil–, los logros educativos –a los 12 años el 86% ha completado la Educación Primaria– o el abandono escolar.

Uno de los principales problemas detectados en el ámbito educativo se refiere a las diferencias socioeconómicas de origen cada vez mayores que presenta el alumnado de las redes pública y privada en Vitoria-Gasteiz y el impacto que estas diferencias tienen en los resultados académicos.

En esta materia, el Índice de Estatus Económico, Social y Cultural (ISEC) ha descendido de manera progresiva desde el año 2009 en los centros públicos de la capital, lo cual se ve traducido en un aumento de las desigualdades de origen socioeconómico entre el alumnado de la red pública y concertada.

En especial, los resultados de las evaluaciones de diagnóstico reflejan que la titularidad de la red, pública o privada concertada, es una de las principales variables con un mayor impacto en los resultados académicos. Se puede concluir, por lo tanto, que las diferencias socioeconómicas del alumnado de Vitoria-Gasteiz tienen un impacto en los resultados académicos obtenidos.

Nueve de cada diez niñas, niños y adolescentes consideran que su salud es buena o excelente

La población menor de Vitoria-Gasteiz valora de forma positiva su estado de salud general y su grado de satisfacción con la vida. De hecho, nueve de cada diez niñas, niños y adolescentes consideran que su salud es buena o excelente, y en una escala de 0 a 10 puntúan con una media de 7,33 su grado de satisfacción con la vida.

Desde una perspectiva evolutiva, cabe interpretar que, pese a que se trata de percepciones que no dejan de ser positivas, pueden haberlo sido menos a causa de la pandemia. En efecto, la satisfacción vital de las niñas, niños y adolescentes ha empeorado con respecto a 2017 y puede decirse, que se ha visto afectada por el impacto de la situación vivida durante la pandemia (en 2020). En efecto, en la primavera de 2021, entre el 25% y 30% de las niñas, niños y adolescentes señalan haber experimentado bajo estado de ánimo, irritabilidad o nerviosismo con una frecuencia al menos semanal en los últimos seis meses.

A su vez, dos de cada diez niñas, niños y adolescentes consideran que su salud física ha empeorado y un 35,2% que su estado de ánimo es peor que antes de la pandemia. Existen, asimismo, otras situaciones que han podido generar un sentimiento de preocupación entre niñas, niños y adolescentes durante este periodo. En concreto, seis de cada diez niñas, niños y adolescentes declaran que, durante los 30 días previos, han estado bastante o muy preocupados por la posibilidad de que alguien de su familia, un amigo, amiga o alguien cercano pudiera contagiarse o morir por COVID-19, así como por el tiempo que falta para volver a la situación anterior a la pandemia.

Disminuye la satisfacción con el tiempo de ocio entre la población infantil y adolescente

Aunque en términos generales en 2021 se observa un grado de satisfacción relativamente alto con el tiempo de ocio –el 48,9% de los niños, niñas y adolescentes se declaran muy satisfechos y un 42%, bastante satisfechos– la evolución de estos datos frente a los recogidos hace cuatro años revelan un cierto deterioro en este ámbito. La información recabada muestra que, en paralelo a la reducción general de la satisfacción con el ocio, se ha producido también una disminución del disfrute del tiempo de ocio compartido tanto con la familia, como con las amistades.

Si en 2017 la proporción de niños, niñas y adolescentes que declaraban disfrutar mucho del ocio familiar ascendía a casi un 56%, en 2021 este porcentaje es del 43%. En el caso del tiempo compartido con los amigos y amigas de manera presencial la proporción de quienes señalaban disfrutarlo mucho era de un 76,7%, frente a un 61,6% actual.

Los resultados desagregados en función de distintas variables sociodemográficas muestran que en este ámbito existen diferencias significativas en función del género, la edad, el origen y la discapacidad. En términos generales el grado de satisfacción con el ocio es algo mayor entre los chicos que entre las chicas. Se observa, por otra parte, que en cuestión a la edad existe un mayor nivel de insatisfacción con el ocio entre la población adolescente de más de 15 años, edad para la que se observa un notablemente mayor disfrute que para el resto de las edades más tempranas, en cuanto al ocio en soledad y un menor disfrute en lo relativo al ocio familiar.

Alta competencia subjetiva en torno a la participación en los asuntos de la ciudad

La gran mayoría de las niñas, niños y adolescentes considera que pueden ayudar a mejorar la ciudad y ocho de cada diez se sienten capaces de defender, en el marco de la ciudad, sus intereses.

Esta elevada competencia participativa contrasta, sin embargo, con la percepción relativamente extendida en torno a la escasa escucha y toma en consideración de las opiniones de niñas, niños y adolescentes. A pesar del impulso que se ha dado a las diferentes formas de participación para la población infantil y adolescente desde el ayuntamiento, se puede decir que este esfuerzo no ha conseguido llegar al público destinatario. De hecho, existe un escaso conocimiento de estos programas y actividades de participación entre las niñas, niños y adolescentes de la ciudad, algo que corrobora el personal técnico municipal con algún grado de implicación en las acciones recogidas en el Plan Local.

Uno de los aspectos valorados de forma positiva por parte de las entidades del tercer sector que trabajan en el ámbito de los derechos de niñas, niños y adolescentes es el hecho de que la participación en el Elkar-gune de Infancia y Adolescencia no esté únicamente ligada al ámbito educativo y, en esta línea, consideran conveniente reforzar las vías de acceso con el objetivo de ampliar la participación en este tipo de actividades. También se considera necesario reforzar los espacios participativos específicos para la población adolescente y para las niñas, niños y adolescentes con diversidad funcional.

Atención a las familias con hijos e hijas menores desde los servicios sociales municipales

Una de las principales conclusiones que cabe extraer a partir de los datos disponibles para el periodo 2017-2020 es que, en estos últimos años, se ha mantenido relativamente estable, en unas 4.400, el número de familias con hijos e hijas de entre 0 y 17 años atendidas por los servicios sociales municipales⁷, es decir, tanto en los Servicios Sociales de Base, como en el Servicio de Infancia y Familia y en el de Inclusión Social.

Las familias con hijos e hijas menores de edad atendidas por los Servicios Sociales de Base y sin una problemática de desprotección asociada (estas familias son la mayoría y representan un 79% en 2020) tienen, en mayor medida que en las que sí hay una problemática de desprotección, problemas de tipo económico o de falta de información.

Las familias con problemas de desprotección infantil tienen en mucha mayor medida que el resto, problemáticas asociadas a dificultades de inserción social (esta dificultad está presente en el 46% de las familias con problemáticas de desprotección, frente a un 27% de las familias sin esta problemática); a violencia de género (el 24%, frente a un 9%), a dificultades de inserción escolar (el 20%, frente a un 6%) y a problemas de ajuste psico-afectivo (el 19%, frente al 5%).

Considerando a todas las personas menores de edad atendidas por una problemática de desprotección –leve, moderada, grave o sin

⁷ Solo se tienen en cuenta aquellos expedientes familiares que han estado activos en algún momento del año.

valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil- (1.113 personas en 2020), es preciso advertir que el 49% de ellas (569 chicas y chicos) correspondían a casos valorados como desprotección moderada o grave, frente a un 51% de casos de desprotección leve o sin valoración.

Estos datos –que tampoco han variado sustancialmente en términos relativos durante los últimos cinco años– sugerirían que buena parte de la intervención municipal sigue centrándose en los estadios más avanzados del proceso de desprotección, y que por ello sigue siendo necesario seguir potenciando la detección precoz, con el fin de evitar situaciones que generen un mayor daño en los y las menores.

A propósito de su perfil, el 57% de las personas menores en riesgo de desprotección son chicos, el 52% tiene 12 o más años y el 63% de los niños, niñas y adolescentes con problemáticas de desprotección es de origen autóctono, si bien la tasa de desprotección es notablemente más elevada entre los niños, niñas y adolescentes de nacionalidad extranjera.

Por su parte, los datos de evolución sobre las situaciones de acogimiento familiar y residencial que proporciona la Diputación Foral de Araba –administración competente de todas aquellas situaciones en las que existen indicios de desprotección grave– ponen de manifiesto que durante los últimos cuatro años el número de niños, niñas y adolescentes con medidas de separación familiar ha tendido a reducirse, al igual que el número de tutelas ejercidas por la entidad foral.

La información disponible pone también de manifiesto la preeminencia del acogimiento residencial frente al familiar. En 2020, la

proporción de personas menores de edad en acogimiento familiar (sobre el total de niños, niñas y adolescentes en acogimiento) era del 36% en el conjunto del Territorio y de un 31% en Vitoria-Gasteiz.

Recomendaciones y orientaciones para el próximo Plan

Al margen de conocer la situación de la infancia y adolescencia de Vitoria-Gasteiz, el estudio que en este artículo se presenta de manera resumida proponía, como objetivos, ofrecer una valoración inicial del funcionamiento y resultados del II PLINA e identificar los principales retos a los que el próximo Plan deberá hacer frente, formulando distintas recomendaciones o líneas de actuación. Éstas son:

- Seguir fomentando la implicación de los padres y las madres en la crianza y educación de sus hijos e hijas.
- Profundizar en la participación de la infancia y adolescencia en la toma de decisiones en la ciudad.
- Avanzar en la inclusión social de los niños, niñas y adolescentes con diversidad funcional.
- Fortalecer la detección y atención temprana de las situaciones de vulnerabilidad y desprotección en la infancia.
- Visibilizar la diversidad que caracteriza a la infancia y adolescencia.
- Aumentar la oferta cultural y de ocio inclusivo en la ciudad, adaptándola a la nueva situación generada por el impacto de la pandemia.

- Avanzar en el abordaje del problema de la segregación escolar en la ciudad para asegurar la equidad.
- Atender a los aspectos del entorno urbano peor valorados desde la perspectiva de la infancia y la adolescencia.
- Promover la salud física y mental y la adquisición de hábitos saludables en la infancia y la adolescencia.

A FONDO | SAKONEAN

Nolakoa da Arabako biztanle-egitura? Zentsuen datuetatik abiatutako analisia

Hamar urtetik behin egiten den eragiketa da zentsua, populazioaren ezaugarri demografiko, sozial eta ekonomikoak xehetasun-maila handiarekin jasotzea helburu duena.

Aurreko zentsuetan ez bezala, 2021eko zentsurako datu bilketarako ez dira elkarriketak bideratu; lehen aldiz dozenaka erregistro administratibo konbinatuz egin da estatistika-operazioa, metodologia eraginkorragoa eta kalitate handiagokoa delakoan.

Artikulu honetan, Espainiako Estatistika Institutuak argitaratutako zentsu-datuetatik abiatuta Arabako biztanleria aztertzen da, 2021ean populazio-egitura nolakoa den eta erabilgarri dauden aurreko datuekin alderatuta izan den aldaketa ezagutzeko asmoz.

Gizarte arabarraren oinarrizko ezaugarriak, egitura eta bilakaera

Azken datuen arabera, Arabak 333.485 biztanle ditu, 2011ean baino %4 gehiago. Emakumeen proportzioa pixka bat handiagoa izan arren (populazio osoaren %50,7), biztanleen sexuaren araberrako banaketa paretsua da.

Adin-tarteei dagokienez, 10 pertsonatik 2k 65 urte baino gehiago dituzte, eta 16 urtetik beherako biztanleek aldiz populazioaren %15 suposatzen dute. Arabako biztanleen %9,6 atzerritarra da.

1. taula. Biztanleen egitura, sexua, adin-tarte eta nazionalitatearen arabera. Araba, 2021.

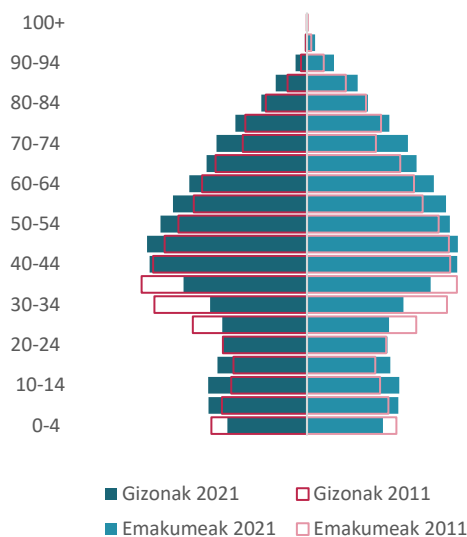
	Kopurua	Banaketa
<i>Sexua</i>		
Gizonak	164.299	% 49,3
Emakumeak	169.186	% 50,7
<i>Adin-tartea</i>		
<16 urte	51.512	% 15,4
16-64 urte	210.437	% 63,1
>64 urte	71.536	% 21,5
<i>Nazionalitatea</i>		
Espainiarra	301.540	% 90,4
Atzerritarra	31.945	% 9,6
Guztira	333.485	% 100

2. taula. Biztanleriaren egituraren bilakaera, sexua, adin-tarte eta nazionalitatearen arabera (%). Araba, 2011-2021.

	2011	2021
<i>Sexua</i>		
Gizonak	% 49,8	% 49,3
Emakumeak	% 50,2	% 50,7
<i>Adin-tartea</i>		
<16 urte	% 14,9	% 15,4
16-64 urte	% 67,1	% 63,1
>64 urte	% 18,0	% 21,5
<i>Nazionalitatea</i>		
Espainiarra	% 91,1	% 90,4
Atzerritarra	% 8,9	% 9,6
Guztira (kop.)	320.777	333.485

Aurreko biztanle-zentsuarekin konparatuz, ikus daiteke emakumeen ehunekoa pixka bat handitu dela, baita 16 urte baino gutxiagoko pertsonena eta atzerritarrena ere. Dena den, daturik deigarriena adineko pertsonen hazkundera da, %18-tik %21,5-era pasa baita hamarkada honetan.

1. grafikoa. Biztanle-piramideak. Araba, 2011 eta 2021.



2011 eta 2021eko biztanleria-piramideak behatzean ere argi ikusten da biztanleriaren zahartzea, emakume zein gizonen kasuan, biztanle kopuru gehien dituzten adin-tarteak bakoitzean gorago kokatzen baitira.

Ildo beretik, adina ardatz duten adierazle demografiko nagusiek azaltzen dute arabarren batez besteko adina 42,7 urtetik 44,3 urtetara igaro dela eta erronka demografikoaren adierazle diren zahartze- eta mendetasun-tasek gora egin dutela.

Zahartze-indizeak 65 urte edo gehiagoko biztanle kopurua 16 urtetik beherakoarekin

lotzen du, talde batak bestearekiko duen pisu neurtuz. Hau horrela, Arabako zahartze-indizea, 2021-eko zentsuaren datuen arabera, %138,9-koa da, hau da, 64 urtetik gorako 139 pertsona daude 16 urtetik beherako 100 pertsonako. 2011ean, lurraldeko zahartze-indizea %121,3-koa zen. Alegia, 2021ean duela hamar urte baino 18 adineko gehiago daude 16 urtetik beherako 100 biztanleko.

Bestalde, mendekotasun-tasak ekonomikoki produktiboak diren pertsonak (16 eta 64 urte bitartekoak) eta ikuspegi ekonomikotik menpekoak diren pertsonak (16 urtetik beherakoak eta 65 urtetik gorakoak) lortzen ditu. Tasa hau –adierazle demografikoaz gain– adierazle ekonomikotzat ere hartzen da, potentzialki aktiboa eta ez-aktiboa den biztanleriaren arteko erlazioa azaltzen baitu. Arabako tasa %58,5-ekoa da 2021-an; horrek esan nahi du potentzialki ez-aktiboa den biztanleria gehiago dagoela adin aktiboan dagoena baino.

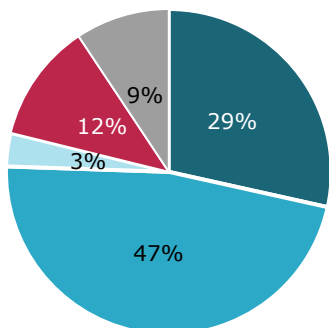
3. taula. Adierazle demografiko nagusien bilakaera. Araba, 2011-2021.

	2011	2021
Batez besteko adina	42,7	44,3
Zahartze-indizea (%)	121,3	138,9
Mendekotasun-tasa (%)	49,0	58,5

Biztanleriaren sexua, adina eta jatorria ezagutzeaz gain, biztanleria-zentsuek biltzen duten informazioak bizileku-aldaketen berri izatea ere ahalbidetzen du. Iturri honen arabera, Arabako biztanleen herenak duela hamar urte bizi zen etxebizitza berean jarraitzen du eta beste %47-k udalerririk bereko beste etxebizitza batean. Duela hamar urte oraindik jaio gabeak ziren pertsonak aintzat hartu gabe (gaur egungo biz-

tanleen %9), orduko biztanleen %87k Araban bertan bizitzen jarraitzen dute.

2. grafikoa. Biztanleriaren banaketa, duela 10 urteko bizilekua eta gaur egungoaren arabera. Araba, 2021.



- Etxebizitza berean
- Udalerrri bereko beste etxebizitza batean
- Probintzia bereko beste udalerrri batean
- Beste egoera batzuk
- Ez zen jaioa

Lurralde-desberdintasunak: kuadrillen biztanle-egituraren alderaketa

Zentsuaren udal-datuak oinarri izanda, jarraian Arabako kuadrillen ezaugarri demografikoak aztertzen dira, lurralde historikoen barne-desberdintasunak ezagutzeko helburuarekin.

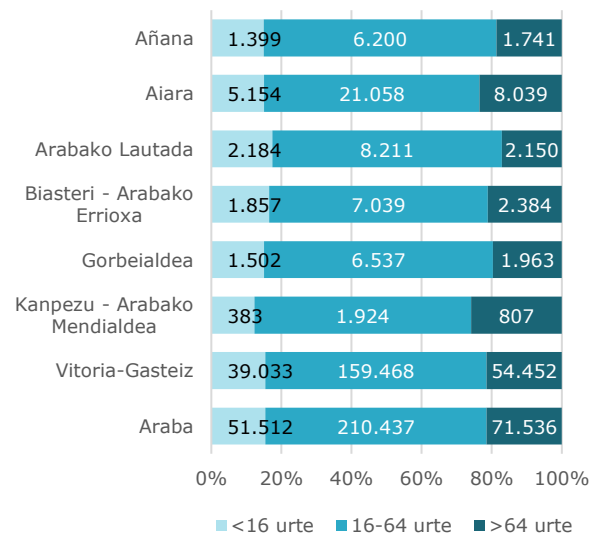
Espero bezala, datuek azaltzen dute hiriburu dela metro koadro bakoitzeko biztanle genien dituen zonaldea (915). Aiara da, Gasteizen ostean, biztanle-dentsitate gehien duen kuadrilla (103), bertan kokatzen baitira jendetsuenak diren Arabako bi udalerrri: Amurrio eta Laudio.

4. taula. Biztanle-kopurua eta dentsitatea (bizt./km²). Arabako kuadrillak, 2021.

	Kopurua	Bizt./km ²
Aiara	34.251	103,1
Añana	9.340	13,4
Kanpezu-Arabako Mendialdea	3.114	6,5
Biasteri-Arabako Errioxa	11.280	35,7
Arabako Lautada	12.545	31,7
Vitoria-Gasteiz	252.953	915,2
Gorbeialdea	10.002	21,4
Araba guztira	333.485	109,8

Ezaugarri dagokienez, Biasteri-Arabako Errioxa eta Arabako Lautada dira haur eta nerabe gehien dituzten kuadrillak –16 urte baino gutxiagoko pertsonen ehunekoa kontuan hartuta– eta Kanpezu-Arabako Mendialdea eta Aiara dira, aldiz, adinekoen proportzio altuena dutenak.

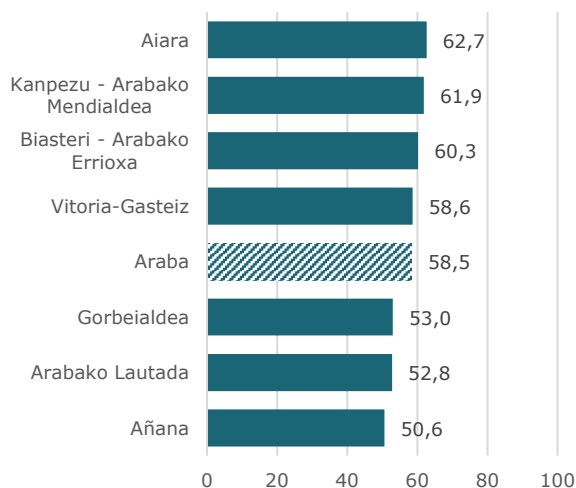
3. grafikoa. Biztanleriaren banaketa, adin-tarte handien arabera. Arabako kuadrillak, 2021.



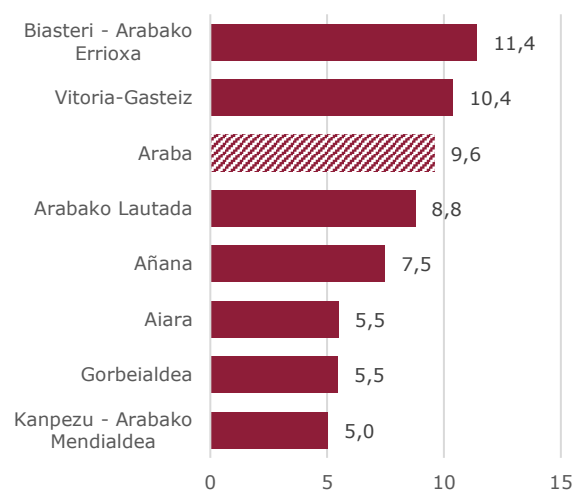
Adineko pertsonen ehuneko altuena izateaz gain, Aiara eta Kanpezu-Arabako Mendialdeko kuadrillak dira mendekotasun-tasa altuena duten zonaldeak, hauetan gutxi gorabehera potentzialki aktibo diren 100 biztanleko 62 biztanle ez-aktibo baitituzte.

Biztanleen jatorriaren ikuspegitik, 2021eko zentsuaren datuek diote Biasteri-Arabako Errioxa dela biztanle atzerritar gehien (% 11,4) dituen kuadrilla, Gasteizko eta Arabako zifra orokorra gaindituz. Baliteke datu honek bertako ekonomia-jarduerarekin erlazioa izatea, zonalde honetako gizarte-segurantzako afiliatuen herenak lehen sektore eta edarien ekoizpenean diharduelako⁸, atzerritar jatorriko langileen ehuneko handia duten sektoreak, alegia.

4. grafikoa. Mendekotasun-tasa (%). Arabako kuadrillak, 2021.



5. grafikoa. Biztanleria atzerritarren ehuneko (%). Arabako kuadrillak, 2021.



Zeintzuk dira udalerrri jendetsuenak eta zahartuenak? Eta zeintzuk dute atzerritar proportziorik handiena?

Lurraldea osatzen duten udalerrrien egoera aztertzerakoan, argi ikusten da, alde bate-tik, Vitoria-Gasteiz dela kilometro koadro bakoitzeko biztanle gehien dituen udalerrria (915,2). Biztanleria-dentsitate handiena duten udalerrrien artean kokatzen dira, halaber, lurralde-mailan biztanle kopuru handienak dituzten bi herri ere (Laudio eta Agurain). Zerrenda honetan daude Alegria-Dulantzi eta Lapuebla de Labarca ere, biztanle gutxi izan arren, lur-azalera ere txikia izanik, dentsitate handiko udalerrriak baitira.

⁸ Datu hauek, 2021/12/31ko Gizarte Segurantzako afiliazioari buruzko estatistika-informaziotik datoz.

5. taula. Biztanleria-dentsitate handieneko udalerriak (bizt./km²). 2021.

	Bizt./km ²	Kopurua
Vitoria-Gasteiz	915,2	252.953
Laudio	481,2	18.005
Alegría-Dulantzi	147,2	2.924
Lapuebla de Labarca	144,1	863
Agurain	132,6	5.022
Araba guztira	109,8	333.485

Adinaren ikuspegitik, berriz, biztanle gutxi dituzten udalerrietan (150-300 biztanle artean) ematen dira zahartze-indize altuenak, adinekoen kopurua handia izateaz gain, herri hauetan 16 urte baino gutxiagoko pertsonen kopurua baxua baita.

6. taula. Zahartze-indize handiena duten udalerriak (%). 2021.

	Zahartze-indizea	65+ kopurua
Harana	566,7	85
Lagrán	457,1	64
Mañueta	410,5	78
Añana	390,9	43
Moreda Araba	320,0	48
Araba guztira	138,9	71.536

Azkenik, biztanleen jatorria aztertuz, herri txikiak dira berriro ere taularen goialdean kokatzen direnak, udalerriak biztanleria atzerritarren proportzioaren arabera ordenatu ostean. Aurreko atalean ikusi den moduan, Biasteri-Arabako Errioxa da atzerritarren proportzio altuena duen kuadrilla, beraz, ez da harrizkoa ondorengo taulan azaltzen diren udalerriak ere bertakoak izatea.

7. taula. Biztanle atzerritarren ehuneko handiena duten udalerriak (%). 2021.

	Atzerritar tasa (%)	Atzerritar kopurua
Leza	17,8	39
Mañueta	16,4	47
Lantziego	15,4	107
Navaridas	13,3	26
Lapuebla de Labarca	12,9	111
Araba guztira	9,6	31.945

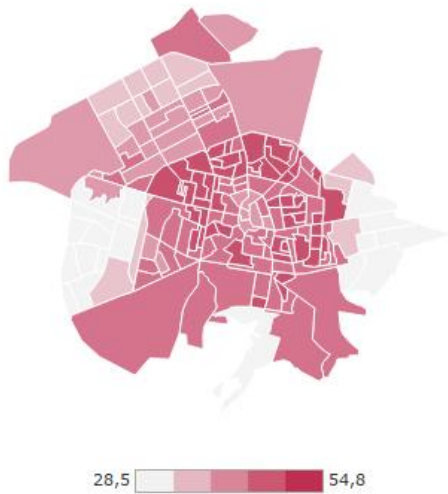
Gasteizko biztanle-egitura

Zentsu-datuen zehaztasun mailari esker, udalerrien barne-egitura ere ezagutu daiteke. Hori da, hain zuzen, eragiketa honek duen berezitasun interesgarrietakoa. Gauzak horrela, artikulu honen azken atal honetan, Gasteizko hiriko biztanleen egiturari dagozkion datu eta adierazle esanguratsuenak jasotzen dira.

Aurreko ataletan ez bezala, jarraian aurkezten diren datuak mapa bidez erakusten dira. Dena den, datuen bistaratzea hobetzeko helburuarekin, mapa hauetan ez dira ageri VI. Barrutiari dagozkion hiru sekzioak, landa guneari dagozkienak.

Ondorengo mapan ikus daitekeen bezala, Salburua, Zabalgana eta Aretxabaleta-Gardelegi auzoetako biztanleen batez besteko adina 30 urte baino gutxiagokoa da, gazteak bizi diren zonaldeak dira beraz.

1. mapa. Biztanleriaren batez besteko adina, zentsu-sekzioen arabera. Vitoria-Gasteiz, 2021.



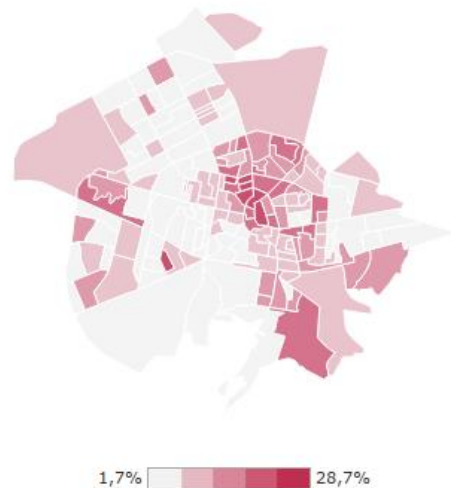
2. mapa. 65 urte eta gehiagoko biztanleriaren ehunekoa (%), zentsu-sekzioen arabera. Vitoria-Gasteiz, 2021.



deko eremuetan (El Pilarren) dute kontzentrazio-maila handiena, izan ere, horietako sekzio batzuetan, populazio osoaren herena izatera iritsi daitezke 65 urtetik gorakoak. Aitzitik, hiriburuko kanpoko auzoetan dago adineko pertsonen proportziorik txikiena, baita Alde Zaharreko sekzio batean ere – kasu horietan, adineko biztanleak zonaldean bizi diren pertsonen %2 baino gutxiago dira.

Bestalde, 3. Mapan, biztanle atzerritarren kontzentrazioari dagokionez, Alde Zaharrean eta Koroatze auzoan daude kanpotar proportzio handiena duten zentsu-atalak, horietan bizi diren biztanleen %25 eta %30 bitartean baitira atzerritarrak. Nazionalitatea zein jaiotza-herrialdea kontuan izanda, emaitzak paretsuak dira.

3. mapa. Biztanle atzerritarren ehunekoa (%), zentsu-sekzioen arabera. Vitoria-Gasteiz, 2021.



Adineko pertsoneri dagokienez, 2. Mapan ikus daitekeenez, hauek batik bat mendebalde (Txagorritxu, Gazalbide) eta iparral-

A FONDO | SAKONEAN

La sobremortalidad por COVID-19 en Álava

Es conocido que la pandemia por COVID-19 ha causado graves consecuencias tanto a nivel personal como social. También es sabido que el impacto en la mortalidad ha sido importante y que ha afectado, particularmente, a los centros residenciales para personas mayores.

Por este motivo y con el objetivo de delimitar el impacto final del coronavirus en la mortalidad, el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco ha impulsado la operación estadística denominada *Mortalidad por COVID-19 en residencias para personas mayores*.

Además de ofrecer diferentes indicadores sobre la mortalidad y la letalidad de la COVID-19 para la población mayor que vivió en centros residenciales en Euskadi y en sus tres Territorios Históricos, la principal particularidad de esta operación es que se ha procurado medir el impacto del coronavirus en términos de *sobremortalidad*; es decir, se ha tratado de cuantificar el *exceso de fallecimientos* que se han producido, en comparación con la mortalidad que hubiera sido esperable en circunstancias normales.

Incluso se han podido elaborar modelos de estimación de la sobremortalidad que permiten comparar la situación en la población mayor usuaria de centros residenciales con la población general mayor en cada Territorio, así como con la población usuaria de otros servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Depen-

dencia (SAAD), a saber, las personas con dependencia reconocida que reciben apoyo en el entorno domiciliario.

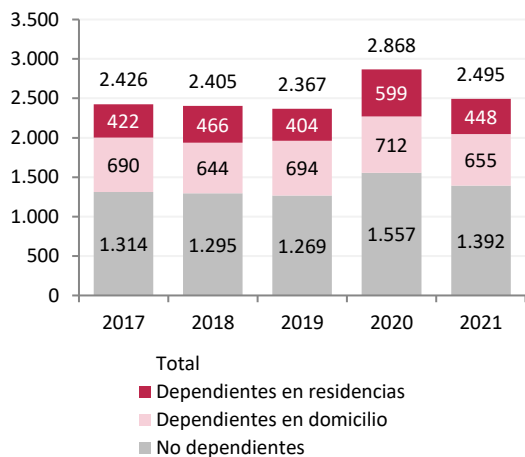
El presente artículo se centra en la información correspondiente al Territorio de Álava, con el fin de conocer con mayor detalle el impacto del virus en la mortalidad y la sobremortalidad de la población mayor y dependiente alavesa, a partir de la información proporcionada por el INE y el IMSERSO.

Evolución reciente de la mortalidad en la población mayor de Álava

Antes de comenzar con el análisis de la mortalidad durante la crisis sanitaria, resulta oportuno saber cuál ha sido la evolución de la mortalidad en años recientes, para así poder analizar la variación de las defunciones, desde un punto de vista más amplio, e identificar posibles diferencias en los patrones de mortalidad de la población mayor en Álava.

Según los datos de la Estadística de Defunciones del INE, en los años previos a la pandemia venían produciéndose al año en torno a 2.400 defunciones de personas mayores de 65 años en Álava. Las defunciones de personas dependientes, a partir de datos del IMSERSO, suponen algo menos de la mitad (45%): un porcentaje que se ha mantenido relativamente estable a lo largo de estos años.

Gráfico 1. Defunciones en la población de 65 y más años de Álava, por situación de dependencia. 2017-2021.

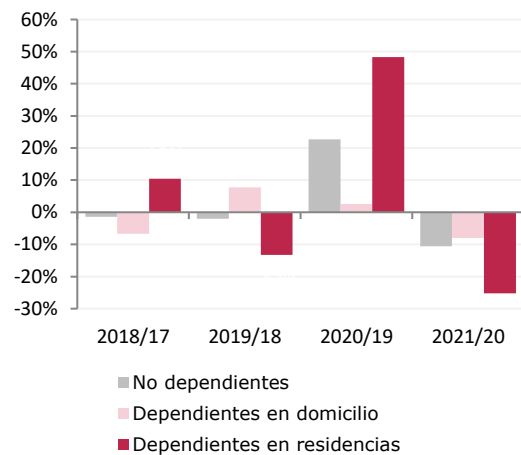


Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021.

Desde otra perspectiva, si se atiende a la variación entre 2017 y 2021 de la mortalidad en la población mayor, los datos indican que el número total de defunciones ha crecido un 3% en el Territorio alavés. Según la situación de dependencia, se observa que durante este periodo el número de defunciones de personas mayores que no se encuentran en situación de dependencia ha aumentado en un 6%, mientras que entre la población mayor dependiente esta cifra ha registrado un ligero descenso (-1%).

Sin embargo, el análisis interanual de la mortalidad pone de manifiesto que en los últimos años –de crisis sanitaria– la variación ha sido mayor, especialmente en el número de defunciones de personas mayores dependientes que residen en centros de servicios sociales. En efecto, este grupo registró en 2020 un repunte muy significativo de defunciones, pero ha tenido asimismo una reducción más notable en 2021, en comparación con el resto de los grupos.

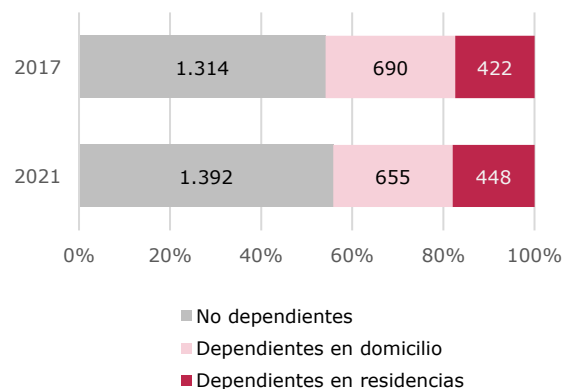
Gráfico 2. Variación interanual (en %) de defunciones en la población de 65 y más años de Álava, por situación de dependencia. 2017-2021.



Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021.

En definitiva, y a pesar de esta disparidad en la evolución de las defunciones durante el periodo de pandemia, la distribución actual de los fallecimientos en función de la situación de dependencia continúa siendo muy similar a la de 2017.

Gráfico 3. Distribución de las defunciones en la población de 65 y más años de Álava, por situación de dependencia. 2017/2021.



Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021.

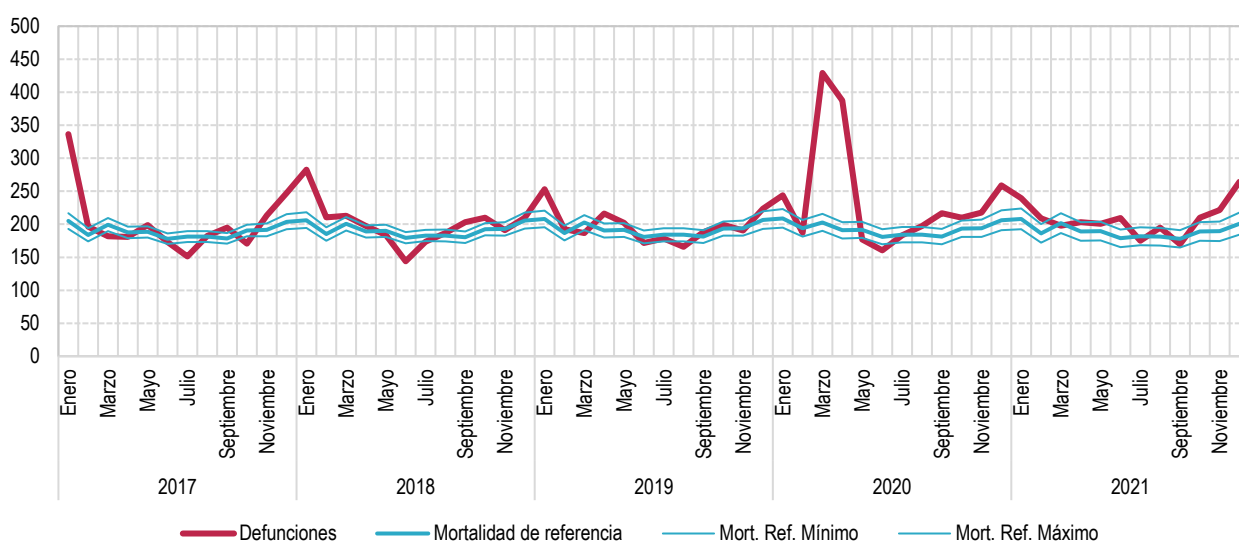
Estimación de la sobremortalidad en la población de 65 y más años

Tras observar la tendencia de la mortalidad en la población mayor de Álava, los modelos elaborados permiten estimar el exceso de defunciones registradas en 2020 y 2021, teniendo en cuenta los fallecimientos esperados en cada año. Para ello, se define la línea de mortalidad de referencia (ver gráfico 4). Esta línea de referencia se construye a partir de modelos elaborados con datos históricos de mortalidad por sexo y edad (y

eliminando periodos históricos de sobremortalidad), de manera que refleja la mortalidad que hubiera sido esperable en ausencia de alteraciones inusuales o extraordinarias⁹.

⁹ Para más información sobre la metodología utilizada para la estimación de la sobremortalidad, consultad el informe [Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores 2020-2021](#).

Gráfico 4. Evolución del número de defunciones de la población total de 65 y más años y la mortalidad de referencia, por mes. Álava, 2017-2021



Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021

Inspeccionando el gráfico 4 se aprecia que el pico de mortalidad que se produjo en el mes de abril de 2020 fue muy significativo, y que se produjeron fallecimientos fuera de lo esperado entre septiembre de ese año y febrero de 2021 y, de nuevo, al final del periodo analizado, en octubre y noviembre

de 2021. Cabe apreciar que, en años anteriores, hubo meses, particularmente en invierno, coincidiendo con las epidemias de gripe, cuando la intensidad de la mortalidad fue mayor que la habitual (muy notablemente en enero de 2017, en enero y febrero de 2018 y, con algo menos de intensi-

dad, en el mismo mes de 2019). También cabe observar que, tras estos picos de mortalidad, se suceden meses, normalmente en el periodo estival, durante los cuales el número de defunciones se reduce y se sitúa por debajo de la mortalidad de referencia (por ejemplo, julio de 2017 y junio de 2018).

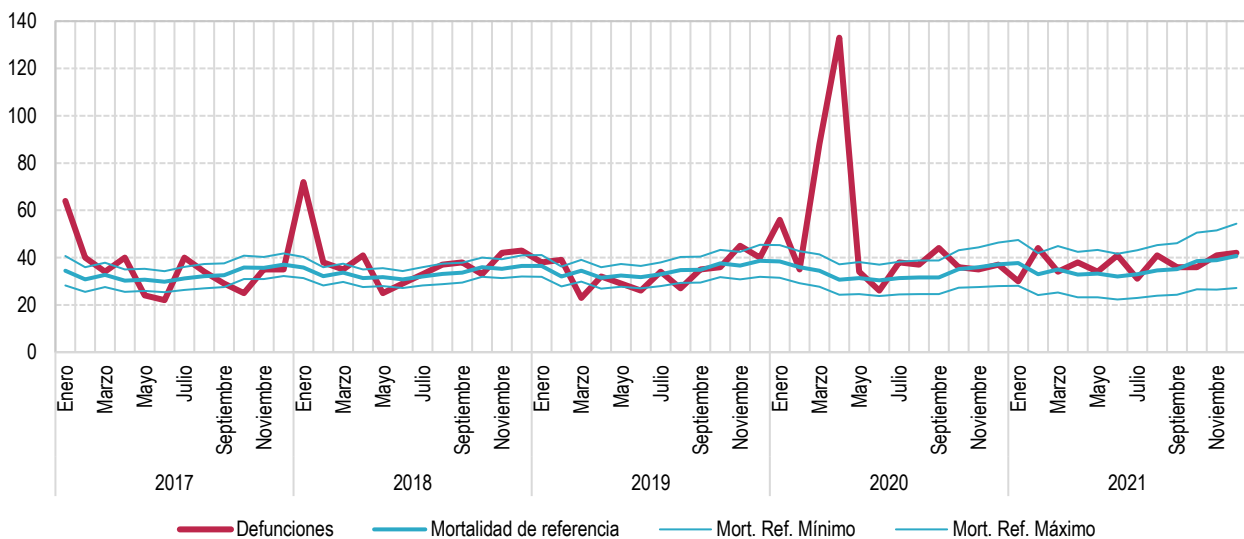
Observando los mismos datos para la población en residencias, en el gráfico 5, se constata que el año 2020, particularmente el mes de abril, fue especialmente negativo en términos de mortalidad para las personas que vivían en centros residenciales para personas mayores.

Cabe señalar, en primer lugar, a modo de precaución, el hecho de que, al tratarse de una población relativamente reducida (unas 2.300 personas usuarias y una media de 40 fallecimientos mensuales) el intervalo de confianza de la mortalidad de referencia es

más amplio que cuando se analiza la población mayor en su conjunto y, por lo tanto, existe mayor incertidumbre en la estimación. Del mismo modo, es necesario tener en cuenta, al comparar los dos gráficos 4 y 5, que las escalas son diferentes en cada uno.

Habida cuenta de lo anterior, se aprecia que los picos más significativos de mortalidad coinciden a grandes rasgos con los de la población mayor en su conjunto, aunque el impacto del coronavirus en el mes de abril de 2020 parece algo más pronunciado (comparándolo con el de enero de 2017, por ejemplo, se aprecia una mayor diferencia para la población residente), y, al contrario, durante el invierno y el otoño de 2021, en las residencias el número de defunciones se mantiene dentro de los límites de referencia, mientras que en la población general, se producen nuevos picos de exceso.

Gráfico 5. Evolución del número de defunciones de la población dependiente en residencias para personas mayores y la mortalidad de referencia, por mes. Álava, 2017-2021



Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021

A partir de los datos aportados en los gráficos, los modelos elaborados estiman el número de defunciones en exceso que se han producido durante 2020 y 2021 (ver tablas 1 y 2).

De acuerdo con las estimaciones realizadas¹⁰, en la población mayor de 65 años de Álava se han producido en estos dos años 777 defunciones en exceso, 556 en 2020 y 227 en 2021. En términos relativos, estos fallecimientos en exceso suponen un 24% y 9,7% más de los esperados, respectivamente.

Tabla 1. Número de defunciones en exceso en la población de 65 y más años de Álava, por situación de dependencia. 2020-2021.

		Exceso	IC*
Total 65+	2020	556	[406-707]
	2021	221	[49-393]
No dependientes	2020	229	[128-470]
	2021	164	[-60-388]
Dependientes en domicilios	2020	58	[-66-183]
	2021	-26	[-207-156]
Dependientes en residencias	2020	195	[108-282]
	2021	23	[-104-151]

Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021.
*IC: Intervalo de Confianza. En negrita, los valores que son estadísticamente significativos.

¹⁰ Las estimaciones se refieren a la población general mayor de 65 años, la población dependiente mayor que vive en domicilios con prestaciones del SAAD y la población dependiente mayor que recibe atención residencial en el marco del SAAD. Las estimaciones para la población mayor no dependiente se obtienen restando a los datos de habitantes y defunciones de la población general mayor del INE, los datos de población usuaria y de defunciones de personas usuarias que aporta el IMSERSO.

Tabla 2. Porcentaje de defunciones en exceso en la población de 65 y más años de Álava, por situación de dependencia. 2020-2021.

		Exceso	IC*
Total 65+	2020	24,0	[16.5-32.7]
	2021	9,7	[2-18.7]
No dependientes	2020	23,8	[9-43.2]
	2021	13,4	[-4.1-38.7]
Dependientes en domicilios	2020	8,9	[-8.5-34.6]
	2021	-3,8	[-24-31.3]
Dependientes en residencias	2020	48,3	[22-89]
	2021	5,4	[-18.8-50.8]

Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021.
*IC: Intervalo de Confianza. En negrita, los valores que son estadísticamente significativos.

Para la población en residencias, se estima un exceso significativo de 195 defunciones en 2020, lo que supone un incremento del 48,3% respecto a las defunciones esperadas para ese periodo. En cambio, en 2021 no se detecta un exceso significativo de mortalidad en esta población, probablemente gracias a que tuvieron acceso a la vacunación desde comienzos de ese año.

Las estimaciones también muestran una sobremortalidad significativa en la población mayor no dependiente del Territorio. En 2020, se produce un exceso de defunciones del 23,8% (299) y en 2021 la tendencia a la sobremortalidad se mantiene, pero en niveles algo menos elevados (13,4% de exceso, 164 defunciones).

Mortalidad atribuible a la COVID-19 en centros residenciales

Se dispone de dos fuentes que permiten conocer el número de fallecimientos de personas residentes en centros para mayores que son atribuibles a la COVID-19: por una parte, los datos remitidos por los centros a la Fiscalía Superior del País Vasco, a través de los Informes Semanales de Indicadores COVID, recogen información de fallecimientos directamente atribuibles al coronavirus. De acuerdo con esta fuente, se registraron en los centros residenciales de atención secundaria de Álava 209 fallecimientos directamente atribuibles a la enfermedad causada por el virus entre marzo de 2020 y septiembre de 2021, lo que representa un 16,6% del total de fallecimientos registrados en ese periodo. Esta fuente permite conocer el número de centros que han tenido algún contagio durante el periodo analizado, que en Álava fue del 56%, considerando el conjunto del periodo.

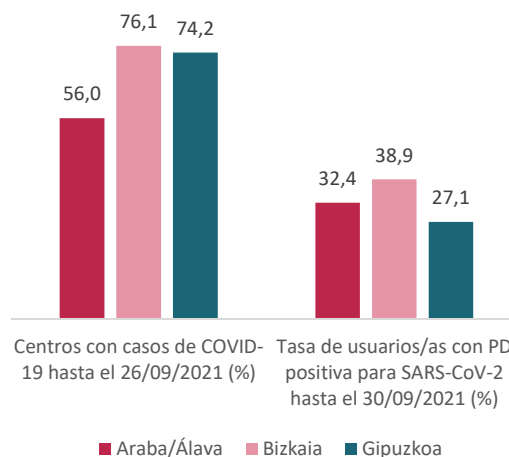
Por otra parte, los datos extraídos del Sistema de Información de Osakidetza OBI-OAS, permiten conocer el número de personas residentes distintas que han tenido un test positivo de coronavirus en el periodo analizado, así como el número de personas fallecidas en los dos meses posteriores a una prueba positiva de COVID-19 (fallecimientos directamente atribuibles o asociados al coronavirus)¹¹. De acuerdo con esta fuente, 1.273 personas residentes en centros alaveses tuvieron un resultado positivo en al menos una prueba de COVID-19, de las que fallecieron 249 (19,6%) en los dos meses posteriores al diagnóstico.

Comparando los datos aportados por estas dos fuentes para los tres Territorios Históricos, cabe realizar tres apreciaciones.

¹¹ La información hace referencia a personas con alguna prueba (PCR, antígenos o anticuerpos) positiva, y está disponible para 258 centros de Euskadi (84% de los existentes).

En primer lugar, tal y como se aprecia en el gráfico 6, la proporción de centros residenciales con contagios es considerablemente más reducida en Álava que en los otros dos Territorios. Por lo demás, la tasa de contagio se estima en un 32,4% de la población usuaria en Álava, una cifra intermedia entre las registradas en Gipuzkoa (27,1%) y en Bizkaia (38,9%).

Gráfico 6. Proporción de centros con contagios y personas usuarias con prueba positiva para SARS-CoV-2 por Territorio Histórico (%). 03/2020 – 09/2021.

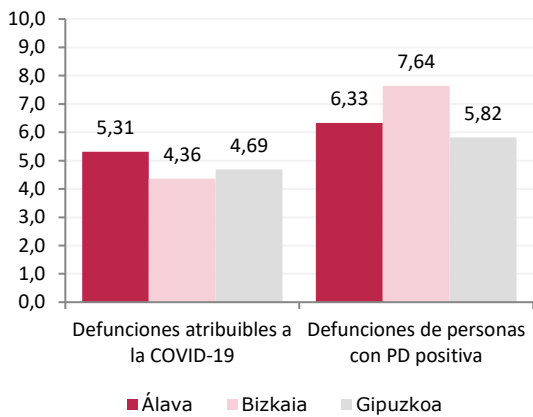


Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021. Nota: número de centros con contagios a partir de los Informes Semanales de Indicadores COVID; tasa de usuarios/as con prueba positiva a partir de OBI-OAS.

Por lo que se refiere a la mortalidad, tal y como se aprecia en el gráfico 7, la tasa de mortalidad directamente atribuible a la COVID, del 5,3% en los centros de Álava, fue algo superior a la de los otros Territorios (4,7% en Gipuzkoa y 4,4% en Bizkaia), de acuerdo con los datos aportados por los centros a la Fiscalía Superior. En cambio, al considerar los datos de Osakidetza, referidos a muertes atribuibles o asociadas al virus (es decir, fallecimientos de personas que habían tenido una prueba positiva en los dos meses

previos) se estima la tasa de los centros alaveses en un 6,3%, la de los guipuzcoanos en un 5,8% y la de los vizcaínos en un 7,6%.

Gráfico 7. Tasa de mortalidad atribuible o asociada a la COVID-19 en centros residenciales para personas mayores por Territorio Histórico (%). 03/2020-09/2021.



Fuente: Gobierno Vasco. Mortalidad COVID-19 en residencias para personas mayores. 2020-2021.
 Nota: defunciones atribuibles a la COVID-19 de los Informes Semanales de Indicadores COVID remitidos a la Fiscalía; la tasa de mortalidad de usuarios/as con prueba diagnóstica positiva, a partir de OBI-OAS.

Teniendo en cuenta estos datos –que apuntan a entre 209 y 249 defunciones atribuibles a la COVID-19 en centros residenciales de Álava entre marzo de 2020 y septiembre de 2021–, y los resultados anteriormente presentados sobre la estimación del exceso de mortalidad en el periodo analizado –que situaba el número de fallecimientos en exceso en un total de 218 para el conjunto del periodo–, cabe deducir que, prácticamente la totalidad del exceso de mortalidad que se produjo en los meses analizados, pudo deberse, efectivamente, a la enfermedad causada por el virus.

TENDENCIAS JOERAK

Medición de la calidad en los servicios sociales: el proyecto de indicadores de calidad de la Diputación Foral de Álava

Mejorar la calidad de la atención se ha convertido en uno de los principales retos para los centros de servicios sociales una vez superada la fase inicial de su desarrollo, más centrada en la expansión y estabilización de los servicios. A lo largo de los años se han ido desarrollando diferentes mecanismos para promover mejoras en este ámbito, siendo los de mayor relevancia, por una parte, el establecimiento de sistemas de acreditación e inspección de carácter obligatorio, con el objetivo de garantizar que los centros –tanto públicos como privados– alcanzan unas cotas mínimas de calidad, y, por otra, la aplicación –generalmente con carácter opcional– de sistemas de garantía de la calidad que conducen a la obtención de una certificación (ISO, FQM, etc.).

Más recientemente, la introducción en el mundo de los servicios sociales de corrientes que abogan por la práctica basada en la evidencia y la rendición de cuentas en el ámbito de las políticas públicas, junto con la disponibilidad de multitud de datos procedentes de la gestión y de la actividad inspectora, y la creciente capacidad para explotar y analizar dichos datos, han hecho surgir el interés por la utilización de indicadores numéricos que sirvan para medir y monitorizar la calidad de la atención en centros de servicios sociales.

Estos sistemas de indicadores sirven como enlace entre la teoría y la práctica, en la medida en la que obligan a quienes se encuentran en primera línea a centrarse en aspectos de la atención para los que existe evidencia de que influyen en la calidad de esta y en los resultados que se obtienen para las personas usuarias. Por otra parte, actúan como sistemas de monitorización de la calidad y como acicate para la mejora de la atención prestada, al ser utilizados como base para la aplicación de técnicas de benchmarking (tanto para la comparación entre centros o servicios, como desde una perspectiva evolutiva). Finalmente, los sistemas de indicadores de calidad se utilizan en numerosos países como medio para informar a potenciales personas usuarias sobre la calidad de la atención que prestan diferentes centros, y como herramienta para la rendición de cuentas.

La Diputación Foral de Álava ha desarrollado durante décadas numerosas iniciativas para mejorar la atención que se presta desde los servicios sociales, siendo en este sentido destacables los proyectos de evaluación de la calidad de la atención desarrollados en la década de los años 1990 en los centros residenciales de personas mayores con el sistema de garantía Kalitatea

Zainduz; el proceso de formación participativa realizado en los centros residenciales para personas con discapacidad con el objetivo de generar o afianzar en los servicios una cultura de la calidad, y que dio como resultado el manual y las guías de buenas prácticas de la colección *Vivir Mejor*; el desarrollo y pilotaje del modelo de atención centrada en las relaciones, *Gizarea*, actualmente en curso; o el reconocimiento y difusión de buenas prácticas en servicios sociales a través de los premios *BeBai*¹².

De forma complementaria a estas iniciativas de calidad de carácter cualitativo, la Diputación Foral ha considerado oportuno avanzar al mismo tiempo en la definición e implantación de una batería de indicadores cuantitativos y objetivos que permita disponer de unos datos homogéneos y comparables sobre algunos aspectos de la calidad de la atención prestada desde los servicios sociales. El proyecto se plantea como un trabajo de colaboración entre la Diputación, el Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS) y las entidades involucradas en la prestación de servicios sociales en elT, y se desarrollará de forma escalonada en las diferentes Áreas de atención del Instituto (mayores, discapacidad, menor y familia e intervención social), con el objetivo de consensuar y validar, con la participación de las y los profesionales de los diferentes servicios, públicos y privados, una batería de indicadores para monitorizar algunos aspectos de la calidad de la atención prestada. El proyecto se inicia en el mes de marzo de 2023 con los centros residenciales para personas mayores y se prevé que se disponga de la batería de indicadores para este tipo de centros consensuada y pilotada para finales de ese año.

En este artículo se resumen los resultados de la revisión de la literatura realizada en la fase preparatoria del proyecto para definir el marco conceptual relevante, e identificar indicadores utilizados en países de nuestro entorno para medir la calidad de la atención en centros residenciales para personas mayores (que constituyen, como se ha dicho, la primera modalidad de centro en la que se desarrollará el proyecto). Los indicadores identificados, junto con los resultados de una encuesta recientemente remitida a los centros residenciales de Álava para conocer los instrumentos de valoración que se utilizan en los procesos asistenciales, y la situación de partida de los centros en cuanto a la disponibilidad de sistemas de información y de medición de la calidad de la atención, servirán para realizar una preselección de los indicadores que podrían ser más adecuados para su aplicación en el contexto alavés.

Definición y tipos de indicadores de calidad

Los indicadores son instrumentos de medida que permiten expresar cualitativa y cuantitativamente aspectos de la asistencia, la organización o la gestión, a la vez que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de nuestra actividad. Cuando estos indicadores se miden de forma periódica y sistemática, nos dan información del proceso y de sus tendencias. Esto permite identificar problemas e introducir las modificaciones necesarias en el proceso para poder conseguir una mejora continua de la calidad del trabajo asistencial (ICASS, 1999). De acuerdo con la Asociación Española para la Calidad (AEC), los indicadores son medios, instrumentos o mecanismos para evaluar hasta qué punto o en qué medida se están logrando los objetivos estratégicos. Además:

¹² Ver las iniciativas en la página web de la Diputación sobre [Calidad de la Atención en los Servicios Sociales](#).

- Representan una unidad de medida gerencial que permite evaluar el desempeño de una organización frente a sus metas, objetivos y responsabilidades con los grupos de referencia.
- Producen información para analizar el desempeño de cualquier área de la organización y verificar el cumplimiento de los objetivos en términos de resultados.
- Detectan y prevén desviaciones en el logro de los objetivos.

Sin embargo, como señalan Murakami y Colombo (2013), la calidad es un concepto difícil de definir y operacionalizar para su medición en el ámbito de la atención sociosanitaria a las personas mayores. Buen número de países no recogen sistemáticamente la información sobre la calidad de los servicios prestados y muchos no han alcanzado un consenso nacional respecto a los indicadores que deben ser tenidos en cuenta y respecto a los que se debe facilitar información. Así, la medición de la calidad se ve frenada por los problemas metodológicos y por la dificultad de identificar los indicadores apropiados, y la ausencia de un mandato claro para recoger estos datos.

Desde el punto de vista operativo y metodológico, los trabajos clásicos de Donabedian, en relación con la calidad de la atención en el ámbito sanitario, se basan en la idea de que la calidad de la atención puede ser medida en términos de estructuras, procesos y resultados (*structures, processes* y *outcomes* o SPO en sus siglas en inglés). De acuerdo con Castle et al. (2010), las medidas o indicadores de estructura se refieren a las características organizacionales asociadas a la provisión de los cuidados, los indicadores de proceso se refieren a las características de las acciones hechas para o a las personas residentes, y los indicadores de resultado se centran en las situaciones o estados que se quieren alcanzar (o evitar) en las personas atendidas¹³.

En un sentido parecido, Hoffman et al. (2011), señalan que los indicadores de proceso representan el contenido, las acciones y los procedimientos propuestos por quien provee en respuesta a la condición evaluada de la persona residente, de tal forma que la calidad del proceso incluye aquellas actividades que se desarrollan en y entre profesionales sanitarios y residentes.

¹³ Para Castle et al. (2010), los indicadores estructurales –como las ratios de personal– son fáciles de medir, los datos necesarios se recogen, a menudo, de forma rutinaria y no requieren una gran inversión técnica o económica. Permiten una buena aproximación a la calidad de la atención cuando no se puede disponer de indicadores de proceso o de resultado. No obstante, tienen sus inconvenientes, en la medida en la que es posible cumplir una serie de estándares estructurales sin ofrecer una atención de calidad. Se trata, por tanto, en palabras de Donabedian, de indicadores necesarios, pero no suficientes. Los indicadores de proceso, por su parte, son fáciles de interpretar, no requieren en general ningún tipo de ajuste y permiten avanzar en la calidad de la atención. Pero pueden resultar ineficientes como indicadores de calidad, en la medida en que miden qué se ha hecho y no necesariamente el grado de adecuación de lo que se ha hecho. Este tipo de indicadores han sido objeto de crítica en la medida en que se limitan, a menudo, al registro de una serie de rutinas organizativas o asistenciales y no a su impacto sobre la calidad de vida de las personas atendidas. Los indicadores de resultado, por último, se consideran más rigurosos que los indicadores de estructura o de proceso, en la medida en que tienen en cuenta el impacto que las estructuras y procesos de atención tienen en la práctica en el estado de las personas atendidas. Los indicadores de resultado, sin embargo, también presentan importantes dificultades, como la de aislar el impacto de los procesos y estructuras asistenciales sobre el estado individual de las personas atendidas, la necesidad de ajustar los diferentes niveles de riesgo de las personas cuyos resultados se analizan, las dificultades para la recogida regular de la información necesaria, etc.

Los indicadores de resultado, por su parte, miden la situación de las personas atendidas en cuanto a su estado de salud, su calidad de vida o su bienestar psicosocial.

Adicionalmente a los tres tipos de indicadores señalados, la literatura analizada contempla indicadores de contexto y de satisfacción, que cabe diferenciar de los tres anteriores:

- Los indicadores de contexto son utilizados en algunos países para establecer las características del centro o de la población atendida y ajustar los resultados a efectos de permitir la comparabilidad de estos;
- Es también frecuente hablar de indicadores de satisfacción. Efectivamente, la satisfacción de las personas usuarias, familiares y profesionales podría considerarse un resultado de la calidad de la atención y, en este sentido, los indicadores referidos al grado de satisfacción con diferentes aspectos de la atención podrían considerarse indicadores de resultado. En la medida en la que tienen un carácter eminentemente subjetivo, a efectos de la revisión de la literatura realizada, los indicadores de resultados y de satisfacción se han considerado de forma diferente.

La diferenciación entre los indicadores de estructura, de proceso y de resultado está en parte vinculada a la importancia que, en cada modelo de indicadores, se da al concepto de calidad de vida. En ese sentido, podría decirse –aunque de forma quizá excesivamente simplista– que los indicadores de resultado están particularmente vinculados al concepto de calidad de vida y que los sistemas de indicadores que se vienen aplicando en las residencias se orientan, de forma creciente, a la medición de la calidad de vida de las personas usuarias.

Efectivamente, junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido, hoy día, en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se aspiran los servicios. En la práctica, a pesar de los avances logrados por la investigación en cuanto a la definición del concepto, aún son necesarios desarrollos similares destinados a proporcionar a profesionales y organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando en esa línea (Verdugo et al., 2010). A partir de esa idea, diversos autores y autoras han defendido la idea de orientar los sistemas de gestión de la calidad hacia la calidad de vida, frente a la gestión de la calidad de la atención que se había venido persiguiendo hasta ahora. Se trata, en ese sentido, de avanzar en un cambio de paradigma, pasando de la calidad de la atención a la calidad de vida e incorporando, a los sistemas de regulación y gestión de la calidad, el enfoque de la atención centrada en la persona (ACP)¹⁴.

¹⁴ En sentido, Martínez Rodríguez (2017), señala que “la mirada a la calidad de los servicios no siempre ha estado orientada a conseguir logros en la calidad de vida de las personas, sino que en ocasiones ha estado más vinculada a otros objetivos relacionados con la gestión de los servicios. La consciencia de esta desviación ha hecho que en estos últimos años distintos organismos internacionales apuesten por un enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) como eje estratégico orientador de la calidad de los servicios y, consecuentemente, con el desarrollo de sistemas de evaluación de la atención y/o de medición de los resultados de esta basados en el paradigma de la calidad de vida”.

Es importante señalar que la clasificación SPO no es la única válida o pertinente a la hora de clasificar los indicadores de calidad. La Asociación Española para la Calidad (AEC) diferencia cinco tipos de indicadores diferentes, en función de los aspectos que tienen en cuenta:

- Indicadores de cumplimiento, con base en que el cumplimiento tiene que ver con la conclusión de una tarea. Los indicadores de cumplimiento están relacionados con las razones que indican el grado de consecución de tareas y/o trabajos.
- Indicadores de evaluación: la evaluación tiene que ver con el rendimiento que se obtiene de una tarea, trabajo o proceso. Los indicadores de evaluación están relacionados con las razones y/o los métodos que ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.
- Indicadores de eficiencia: considerando que eficiencia tiene que ver con la actitud y la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo de recursos. Los indicadores de eficiencia están relacionados con las razones que indican los recursos invertidos en la consecución de tareas y/o trabajos.
- Indicadores de eficacia: eficaz tiene que ver con hacer efectivo un intento o propósito. Los indicadores de eficacia están relacionados con las razones que indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y/o trabajos.
- Indicadores de gestión: teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados. Los indicadores de gestión están relacionados con las razones que permiten administrar realmente un proceso.

Más allá de la diferenciación de los indicadores de calidad desde el punto de vista del tipo de indicador y de su mayor o menor vinculación con el concepto de calidad de vida y/o con la atención centrada en la persona, los indicadores de calidad aplicados en las residencias de personas mayores pueden clasificarse desde otros puntos de vista:

- *Las dimensiones y las variables consideradas.* Los indicadores recogidos en la revisión realizada se han clasificado, desde el punto de vista temático, en tres dimensiones y 40 variables. Hay que tener en cuenta, no obstante, que los distintos sistemas de indicadores de calidad analizados utilizan muy diferentes clasificaciones o agrupaciones. Por citar dos ejemplos, el trabajo de Hoffmann et al. (2011), centrado en indicadores de resultado, diferencia cinco dominios –calidad de vida, calidad de los cuidados, liderazgo, rendimiento económico y contexto–, mientras que el proyecto Ancien (Dandi y Casanova, 2012), distingue cinco dimensiones: efectividad, seguridad, sensibilidad o capacidad de respuesta (*responsiveness*) y coordinación. El sistema de indicadores desarrollado en su día en Cataluña, por citar un ejemplo más cercano, establecía por su parte cuatro grandes dimensio-

nes: atención a la persona y la familia; relaciones y aspectos éticos de la atención; coordinación y continuidad de la atención; y aspectos organizativos del centro.

En lo que concierne a las variables a las que hacen referencia los indicadores de calidad, en el citado trabajo de Hoffman et al. se identifican 94 indicadores relacionados con la calidad de la atención, la calidad de vida, el rendimiento económico y el liderazgo. Por su parte, Dandi y Casanova (2012), en el marco del proyecto ANCIEN recogieron hasta 390 indicadores utilizados en nueve países de Europa, clasificándolos desde el punto de vista del contexto institucional (residencial, comunitario, domiciliario), la dimensión de la calidad a la que hacen referencia (efectividad, seguridad, sensibilidad, coordinación) y los elementos básicos del sistema (estructura o *inputs*, procesos, y resultados o *outcomes*). En cualquier caso, en un trabajo posterior, Murakami y Colombo (2013) señalan que los indicadores de efectividad y seguridad más utilizados se refieren a seis aspectos o variables concretas: la prevalencia de las escaras o úlceras por presión, la incidencia de las caídas y las fracturas provocadas por caídas, la incidencia de las restricciones físicas, la incidencia de casos de sobremedicación y errores en la administración de fármacos, la prevalencia de pérdida involuntaria de peso y la incidencia de la depresión.

- *La fuente de información necesaria para el cálculo del indicador.* Desde el punto de vista operativo, la fuente de información necesaria para el cálculo del indicador resulta una cuestión esencial. De acuerdo con Hoffmann (2011), hay varios métodos empíricos de investigación social que se aplican en la investigación sobre la calidad de vida en las residencias –entrevistas directas con residentes, representantes de familiares cercanos y/o personal de enfermería; observación del comportamiento de las y los residentes, recogida de información objetiva sobre aspectos físicos, sociales y ambientales–, cada una de las cuales presenta sus propias ventajas e inconvenientes. En cualquier caso, la definición de una batería de indicadores debe considerar cuidadosamente si la información necesaria se va a recoger mediante encuestas a las personas residentes o a sus cuidadoras y cuidadores, mediante inspecciones u observaciones directas por parte de terceras personas, mediante los sistemas propios de registro de información derivados de la gestión rutinaria del centro o mediante otros métodos alternativos. En ese marco, tienen particular importancia la utilización de escalas de valoración que, como en el caso de las escalas de la familia InterRAI, se administran de forma periódica a las personas usuarias, en la medida en la que permiten recoger, de forma regular y sistemática, un amplio número de datos útiles para la elaboración de indicadores de resultado¹⁵.

Los indicadores recogidos en la revisión realizada se han agrupado en seis grandes categorías, que no son mutuamente excluyentes: inspección u observación directa; documentación de gestión; encuesta a centros; encuesta a familiares o personas cercanas; encuesta a residentes; y encuesta al personal.

¹⁵ Resulta de particular interés el uso del *Minimum Data Set* del sistema de valoración Inter-RAI que se realiza en Estados Unidos, en otros países de Europa y América. De acuerdo con Carpenter y Hirdes (2013), el uso cada vez más frecuente de las herramientas de valoración permite obtener datos de gran calidad de cara a la planificación de los servicios.

- *El modo de recogida de la información necesaria para el cálculo del indicador.* Por sus implicaciones prácticas y metodológicas, el modo de recogida resulta una cuestión esencial. En ese sentido, los diversos sistemas tienden a utilizar tres grandes estrategias o aproximaciones: los indicadores de base individual (que se agregan después de forma variable) con valores diferentes para cada persona atendida, los indicadores que se recogen a partir de información correspondiente al conjunto del centro residencial (con lo que la definición del centro o unidad básica de medida resulta esencial) y los indicadores mixtos, que se obtienen a partir de una muestra de residentes de un centro concreto y que se extrapolan al conjunto del mismo.
- *El entorno en el que se aplican los indicadores.* Aunque se trata de una diferenciación más operativa, es posible diferenciar los indicadores en función del entorno en el que se prestan los cuidados (residencial, domiciliario, comunitario, informal, etc.).
- *El carácter cuantitativo o cualitativo del indicador.* Finalmente, resulta esencial tener en cuenta el carácter cuantitativo o cualitativo del indicador o, en otros términos, el carácter subjetivo u objetivo de este. Si bien es cierto que los indicadores subjetivos pueden traducirse en valores numéricos, y viceversa, es posible distinguir indicadores que pueden ser considerados cuantitativos o numéricos –por ejemplo, aquellos que indican un porcentaje– y aquellos cualitativos o nominales –por ejemplo, aquellos que cuentan con opciones de respuesta categóricas–.

Condiciones que debe cumplir un buen sistema de indicadores

La revisión de la literatura internacional en el marco de este proyecto, y la propia labor de selección e identificación de los indicadores de calidad utilizados en diversos países, permite plantear una primera reflexión sobre las condiciones que debe cumplir un buen indicador, considerado de forma individual, así como las condiciones que debe cumplir una buena batería de indicadores de calidad para ser aplicada en el marco de la atención residencial a personas mayores. Hoffman (2011) destaca, por ejemplo, en relación con los indicadores de resultado, los siguientes:

- *Fiabilidad y validez.* La fiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido de que si aplicamos repetidamente el instrumento a la misma persona u objeto produce iguales resultados. La validez se refiere al grado en que un instrumento mide el concepto que pretende medir y no otra subyacente a la anterior. Fiabilidad y validez han de traducirse en el mayor grado posible de homogeneidad en la medición del indicador, independientemente de la persona o centro responsable de su medición.
- *Consistencia interna y parsimonia.* Uno de los principales riesgos del uso de múltiples indicadores se refiere a la posible inconsistencia de los resultados. Ello obliga a considerar cui-

dadosamente el número de indicadores incluidos en el modelo, toda vez que un número excesivamente reducido de indicadores podría resultar engañoso y llevar a conclusiones equivocadas, mientras que un número excesivamente amplio introduce un mayor riesgo de confusión (Castle, 2010). Debería, por tanto, aplicarse el principio de parsimonia, en función del cual, de un conjunto de variables explicativas, debe seleccionarse la combinación más reducida y simple posible, teniendo en cuenta la varianza residual, la capacidad de predicción y la multicolinealidad.

- *Viabilidad.* Se debe prestar atención a los recursos necesarios para recabar la información adecuada para construir el indicador, pues el tiempo, los recursos económicos y las consideraciones éticas condicionan la disponibilidad de la información. Cabe recordar, además, que la viabilidad de los procesos de recogida de la información está estrechamente relacionada con la propia fiabilidad y validez de los indicadores, en la medida en que los indicadores basados en datos que resultan muy difíciles de recoger tienen en general un menor grado de fiabilidad.
- *Cuantificabilidad.* Incluso en los casos basados en información cualitativa, los indicadores deben ser en la medida de lo posible cuantificables para facilitar el proceso de evaluación comparativa y poder validar el progreso.
- *Claridad en la definición.* Independientemente de que se trate de un indicador de carácter subjetivo, la validez y fiabilidad a la que se ha hecho referencia requiere de la mayor claridad posible en la definición del indicador, de forma que pueda ser operativizado de la misma forma por parte de las diferentes personas o entidades que aplican el indicador. Ello hace necesario definir pormenorizadamente el método de cálculo para indicadores cuantitativos.
- Posibilidad de definir *estándares de cumplimiento.* Algunos de los criterios señalados – fiabilidad, validez, cuantificabilidad– contribuyen a dotar a los indicadores de calidad de la posibilidad de definir estándares de cumplimiento –utilizando diversas metodologías–, al objeto de determinar los rangos de valores que pueden considerarse óptimos, adecuados o insuficientes.

Por otra parte, es preciso hacer referencia a otras consideraciones de tipo operativo o metodológico que deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar una batería de indicadores de calidad aplicable a la atención residencial. Las fundamentales son dos:

- *El ajuste del riesgo.* Un elemento fundamental en lo que se refiere al cálculo de los indicadores, especialmente los de resultado, se refieren al ajuste de los resultados a las caracte-

rísticas específicas del *case-mix* de cada centro, en la medida en la que la situación de las personas usuarias determinará, sin lugar a duda, los resultados¹⁶.

- El posible *sesgo de detección*, que se refiere a aquellos casos en los que una práctica asistencial de mayor calidad lleva a una mayor capacidad de detección de estructuras, procesos o resultados negativos, que no se detectan, precisamente, en los casos en los que se presta una atención de menor calidad (Castle, 2010).

Cuadro 1. Propiedades deseadas de un indicador de calidad para la realización de comparaciones externas

Propiedades
- Demostrar consistencia en intervalos de tiempo consecutivos cuando se aplica en diversos centros o áreas geográficas
- Tener un número suficiente de residentes en riesgo en el denominador del indicador.
- Tener suficiente prevalencia o incidencia en el entorno residencial.
- Abordar áreas de calidad de la atención que son importantes o relevantes para los diversos agentes (personas usuarias, profesionales de disciplinas varias, personal de administración y gestión, investigadores/as, etc.).
- Tener validez de contenido en la definición del indicador incluyendo numerador, denominador, exclusiones clínicas al denominador y covariables utilizadas para el ajuste del riesgo.
- Tener un ajuste de riesgo apropiado en la definición del indicador para eliminar los posibles sesgos relacionados con el perfil de las personas atendidas.
- No ser influenciado indebidamente por el sesgo de verificación que surge de las diferencias en las habilidades de evaluación o la vigilancia del personal al evaluar a las personas usuarias.
- Tener relación directa con las capacidades de intervención del centro y con sus prácticas asistenciales. Ello implica que el centro puede mejorar los resultados medidos mediante el indicador con prácticas mejoradas de atención en ese dominio.
- Demostrar capacidad de respuesta o capacidad para detectar cambios significativos en el rendimiento del centro.
- Demostrar una relación clara, en la dirección esperada, con las prácticas asistenciales u otras relaciones teóricamente hipotetizadas (validez de constructo).

Fuente: Elaboración propia a partir de Berg et al., 2002.

¹⁶ De acuerdo con Hoffmann (2011), "el ajuste de riesgo de los indicadores (como también la eliminación del riesgo) tiene una especial trascendencia para las comparativas de los servicios y las instituciones. El ajuste de riesgos implica excluir factores que no dependen del servicio llevado a cabo por la institución, pero que, en cualquier caso, influyen en la medición del indicador (por ejemplo, la edad, las enfermedades previas y el perfil de las necesidades de cuidados). El efecto de *neutralización* del ajuste de riesgo puede evitar, por ejemplo, que instituciones en las que la mayoría de sus residentes tienen un alto grado de necesidad de cuidados u otras circunstancias (por ejemplo, un alto porcentaje de personas con demencia) muestren peores resultados que las que tienen residentes con menor necesidad de cuidados y asistencia".

Clasificación general de los indicadores identificados: dimensiones y variables

A partir de la revisión de la información de los países seleccionados se ha construido una base de datos que contiene un total de 1.378 indicadores que tratan de medir la calidad de la atención en centros residenciales para personas mayores. Los indicadores identificados se han clasificado en 40 variables que pertenecen a tres dimensiones y hacen referencia a los siguientes tres ámbitos específicos: a) características y gestión del centro, b) cuidados y vida cotidiana y c) enfermería y asistencia médica.

Tal y como puede observarse en la tabla 1, los 1.378 indicadores se distribuyen de manera no equilibrada entre los tres ámbitos. El 44,3% de todos los indicadores identificados –611 de 1.378– pertenecen a la dimensión de los cuidados y la vida cotidiana. La dimensión de enfermería y asistencia médica agrupa el 28,8% de los indicadores identificados (397 en total) y la dimensión que mide las características y gestión del centro el restante 26,8% (en conjunto, 370).

El número de variables que componen cada una de las dimensiones igualmente varía. La primera de ellas, que hace referencia a las características de gestión del centro, está formada por ocho variables, donde destacan principalmente los indicadores referentes al ámbito de los recursos humanos y la formación (89 indicadores), al ámbito de los ingresos, gastos y costes (69 indicadores), la coordinación y colaboración (49) y la gerencia y gestión (47).

La segunda de las dimensiones hace referencia a la dimensión de los cuidados y la vida cotidiana y es la más numerosa de las tres, tanto en número de indicadores, como en número de variables, 18 en concreto. El 28,6% de los indicadores identificados dentro de esta dimensión pertenecen al ámbito de la atención centrada en la persona (63 indicadores), la atención individualizada (58) y la participación de la persona residente en su cuidado (54). Es también numerosa la cantidad de indicadores localizados que hacen referencia a las restricciones físicas (50), la comunicación y relación con el personal (47), la seguridad o riesgos dentro del centro residencial (41) y los derechos de las personas residentes (39). En contraste, tan sólo se han identificado 8 indicadores en el ámbito de los malos tratos.

Finalmente, la tercera de las dimensiones (relacionadas con la atención médica y de enfermería) está formada por catorce variables, entre las que destacan las úlceras por presión, que aglutinan el 16,3% del total de indicadores dentro de esta dimensión –65 del total de 397–. Asimismo, se han clasificado dentro de la variable denominada autonomía y dependencia 49 indicadores, dentro de las variables referidas al tratamiento médico 44, y la capacidad cognitiva y comunicativa de la persona residente, 32 indicadores.

Tabla 1. Número de indicadores identificados en la revisión clasificados en función del ámbito y de la variable a la que se refieren

Dimensión	Variable	Nº de indicadores
Características y gestión del centro (370)	▪ RRHH & formación	89
	▪ Ingresos, gastos y costes	69
	▪ Coordinación & Colaboración	49
	▪ Gerencia & gestión	47
	▪ Ocupación/Plazas/Servicios prestados	40
	▪ Establecimiento & equipamiento	36
	▪ Sistemas y recursos tecnológicos e informáticos	23
	▪ Protección de datos	17
Cuidados y vida cotidiana (611)	▪ ACP	63
	▪ Atención individualizada	58
	▪ Participación	54
	▪ Restricciones físicas	50
	▪ Comunicación y relación con el personal	47
	▪ Seguridad/Riesgos	41
	▪ Derechos	39
	▪ Acogida/convivencia/red social	36
	▪ Quejas/Recomendaciones/Sanciones	35
	▪ Higiene & cuidados	30
	▪ Caídas	27
	▪ Comidas	26
	▪ Nivel de atención y satisfacción global	24
	▪ Cuidados paliativos & Gestión de la muerte	23
	▪ Programa actividades	22
	▪ Salidas del centro	15
	▪ Valoración integral	13
▪ Malos tratos	8	
Enfermería y asistencia médica (397)	▪ Úlceras	65
	▪ Autonomía & Dependencia	49
	▪ Tratamiento médico	44
	▪ Capacidad cognitiva & comunicativa	32
	▪ Alimentación & nutrición	30
	▪ Conducta, comportamiento, estado de ánimo	30
	▪ Incontinencia	28
	▪ Peso	25
	▪ Hospitalizaciones	23
	▪ Fármacos	20
	▪ Vacunación	19
	▪ Dolor	15
	▪ Infecciones	13
	▪ Estado de salud	4
	Total de indicadores identificados	

Los indicadores identificados a partir de esta revisión, junto con los resultados de la encuesta realizada a los centros residenciales de Álava para conocer el tipo de instrumentos de valoración que utilizan y las variables asistenciales que registran, servirán como base para realizar una preselección de los indicadores más apropiados de cara a su aplicación en el proyecto, tanto en términos del consenso existente a nivel internacional sobre su validez para medir la calidad de la atención, como de la disponibilidad de información en los centros para minimizar el coste de su utilización.

Bibliografía de referencia

Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (2012) L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Serie: Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, Saint Denis. 105 páginas.

ASCOF (2018) The Adult Social Care Outcomes Framework 2018/2019. 62 páginas.

Berg, K. et al. (2002) Identification and Evaluation of Existing Nursing Homes Quality Indicators. *Health Care Financing Review*, vol.23, num.4. 19-36.

Care Inspectorate (2018) A quality framework for care homes for older people for use in self-evaluation, scrutiny, and improvement support. Versión 1: julio 2018, 52 páginas.

Care Quality Commission (2017) Key lines of enquiry, prompts and ratings characteristics for adult social care services, 61 páginas.

Care Quality Commission (2018) The state of health care and adult social care in England 2017/2018. 130 páginas.

Carpenter, I. et Hirdes, J.P. (2013) Using interRAI Assessment Systems to Measure and Maintain Quality of Long-Term Care. In: *A Good Life in Old Age) Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD/European Commission, 2013.

Castle, N.G. et Ferguson, J.C. (2010) What is nursing home quality and how is it measured? *Gerontologist*, 50(4): 426-442.

Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana. Indicadores para la mejora de la atención residencial. Residencias de Personas mayores de la Comunidad Valenciana. 111 páginas.

Dandi, R.; Casanova, G. (2012) Quality Assurance Indicators of Long-Term Care in European Countries. European Network of Economic Policy Research Institutes. 128 páginas.

Donabedian, A. (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol.1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1985) The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

European Centre for Social Welfare Policy and Research (2010) Quality Management by Result-Oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People.

Guidance for residential aged care services on the Quality Indicators in Residential Aged Care Pro-gram.

Herr, A.; Nguyen, T.V; Schmitz, H. (2015) Does Quality Disclosure Improve Quality? Responses to the Introduction of Nursing Home Report Cards in Germany. Düsseldorf University Press.

Hoffmann, F. et Leichsenring, K. (2011) Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Policy Brief.

Hoffmann, F., (coors.) (2010). Measuring progress: indicators for care homes. Viena, European Centre for Social Welfare, 95 páginas.

Hutchinson, A., et al, (2010) The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review, BMC Health Serv Res. 10: 166.

Institut Català d'Assistència I Serveis Socials. Generalitat de Catalunya. Indicadors de qualitat: serveis residencials assistits per a gent gran. 110 páginas.

Martínez Rodríguez, T. (Dic.2017-Mar2018) Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátria, Vol.31(3):83-89.

Murakami, Y. et Colombo, F. (2013) Regulation to improve quality in long-term care. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care, OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.

OCDE/European Commission (2013) A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Scottish Government, Health and Social Standards (2018) My support, my life.

Schalock, R.I.; Verdugo, M.A. (2007) El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, vol.38 (4), núm.224, 21-36.

Verdugo, M.A.; Arias, L.E. et Navas, P. (2010) Aplicación del paradigma de calidad de vida: construcción de escalas de evaluación e investigación. En Verdugo, M.A., Crespo, M. et Nieto, T. (Coords) Aplicación del paradigma de calidad de vida, pp.19-38. Salamanca, INICO.

ESTADISTIKA BULETINA BOLETIN ESTADISTICO

nº 19

AURKEZPENA. COVIDaren eragina biztanlerian eta gizarte-beharretan /
PRESENTACIÓN. Impacto de la COVID en la población y en sus necesidades.

PANORAMA/IKUSPEGI. Un 7% de la población alavesa ha sido atendida en los principales recursos de servicios sociales durante 2021.

A FONDO. Situación de la infancia y la adolescencia en Vitoria-Gasteiz.

SAKONEAN. Nolakoa da Arabako biztanleria-egitura? Zentsuen datuetatik abiatutako analisia.

A FONDO. La sobremortalidad por COVID-19 en Álava.

TENDENCIAS. Medición de la calidad en los servicios sociales: el proyecto de indicadores de calidad de la Diputación Foral de Álava.

► ARABAKO FORU ALDUNDIA



► DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA