

ESTADÍSTIKA BULETINA BOLETIN ESTADÍSTICO

ARABAKO GIZARTE ZERBITZUEN BEHATOKIA
OBSERVATORIO DE SERVICIOS SOCIALES DE ÁLAVA
www.arabakobehatokia.net

7

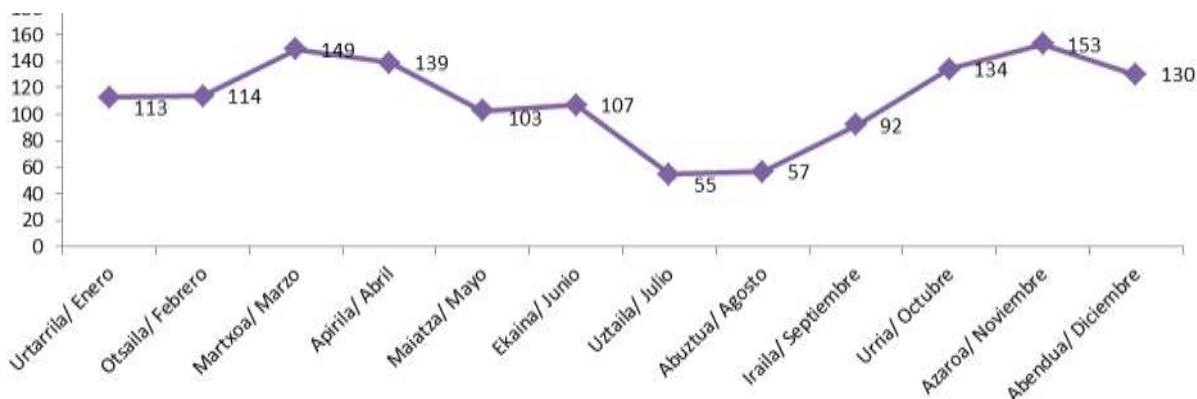
AURKEZPENA

Gizarte zerbitzuen Behatokiak 1.300 bisitari baino gehiago izan ditu 2011 urtean zehar.

2011ko urtarrila eta Abendua bitartean, Gizarte-Zerbitzuen Behatokiko web orriak 1.687 bisita jaso zituen, 1.346 erabiltzaile desberdinengandik, 2009ko erabilpen maila mantenduz, oro har. Web-a bisitatu zuten hamar erabiltzailetik zortzi inguru lehenengo aldiz izan ziren Behatokian, gainontzeko %20a, berriz, aurretik webgunea ezagutzen zuten erabiltzaileak izan ziren.

Hilabeteko bisitari kopurua nahiko egonkor mantendu da, oro har, hilabeteko 100dik gora pertsonetan, udako hilabeteetan izan ezik, webgunearen erabilera zertxobait murriztu baita hilabete horietan. Batez besteko bisitari kopurua hilabeteko 112,2koa izan da.

Grafikoa 1. Arabako Gizarte Zerbitzuen Behatokiko webguneari izandako bisitari kopurua hilabeteka. Urtarrila - abendua 2011.



PRESENTACIÓN

El Observatorio de Servicios Sociales recibe a más de 1.300 visitantes en 2011.

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 la página web del Observatorio de Servicios Sociales recibió un total de 1.687 visitas de 1.346 usuarios distintos, una cifra similar a la que se obtenía en 2009. Prácticamente 8 de cada diez personas que han visitado el sitio lo han hecho por primera vez, mientras que el 20% restante fueron personas que ya lo habían visitado anteriormente.

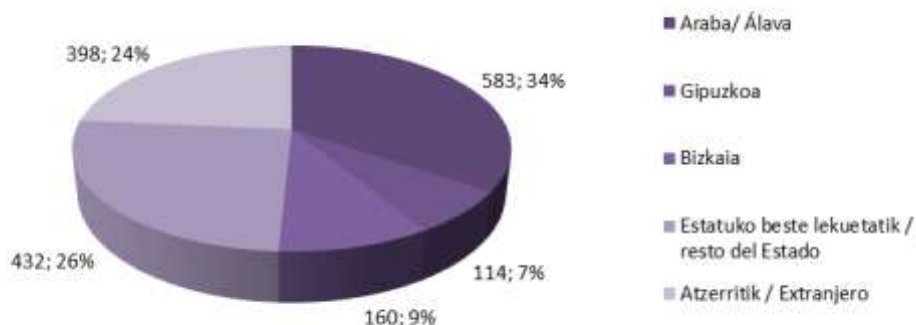
El número de visitantes se mantiene relativamente estable, por lo general, por encima de los 100 mensuales, salvo en los meses de verano, cuando la actividad es algo menor. El promedio es de 112,2 visitantes por mes.

Gráfico 1. Evolución del número de visitantes a la web del Observatorio de Servicios Sociales de Álava por mes. Enero-diciembre 2011

2011ean izandako bisita gehienak, 1.687tik 583, edo %34,5, Arabatik egin dira (Vitoria-Gasteiztik, Batik bat). Bisiten laurdena inguru Espainiako beste autonomia erkidego batzuetatik egin dira eta antzeko proportzio bat (%23,6) atzerriko herrialde desberdinetatik etorri dira, hala nola, Mexikotik (78 bisita), Estatu Batuetatik (61 bisita), Kolonbiatik (35 bisita), Erresuma Batutik (30 bisita), Alemaniatik (30 bisita), Argentinatik (18 bisita) eta Ekuadorretik (17 bisita). Bizkaia eta Gipuzkoatik etorri dira, hurrenez hurren, bisitarien %9 eta %7.

Azkenik, azpimarratu behar da, halaber, Arabako eta Euskal Autonomi Erkidegoaz kanpoko bisitari espainiarrak izan direla, hain zuzen, bisita bakoitzean orri kopuru handiena kontsultatu dituztenak: bisita bakoitzeko batez beste 4,6 eta 4,5 orri, hurrenez hurren.

Grafikoa 2. Behatokian izandako bisita kopuruaren banaketa, erabiltzaileen jatorriaren arabera. Urtarrila – abendua 2011.



La mayoría de las visitas habidas en 2011, 583 de las 1.687, o el 34,5%, han sido realizadas desde Álava (fundamentalmente desde Vitoria-Gasteiz). Una cuarta parte de las visitas han venido desde otros lugares de España y un porcentaje similar se han realizado desde diversos países del extranjero (23,6%), entre ellos México (78 visitas), Estados Unidos (61 visitas), Colombia (35 visitas), el Reino Unido (30 visitas), Alemania (30 visitas), Argentina (18 visitas) y Ecuador (17 visitas). De Bizkaia y de Gipuzkoa han provenido un 9% y un 7% de las visitas totales, respectivamente.

Finalmente, cabe destacar también que son los visitantes alaveses y los de otras comunidades autónomas españolas los que mayor número de páginas consultan por visita, 4,6 y 4,5 páginas de promedio, respectivamente.

Gráfico 2. Distribución de las visitas a la página web del Observatorio por lugar de procedencia. Enero - diciembre 2011.

Grafikoa 3. Bisita bakoitzean ikusitako orri kopuruaren batez bestekoa, erabiltzailearen jatorriaren arabera. Urtarrila – abendua 2011.

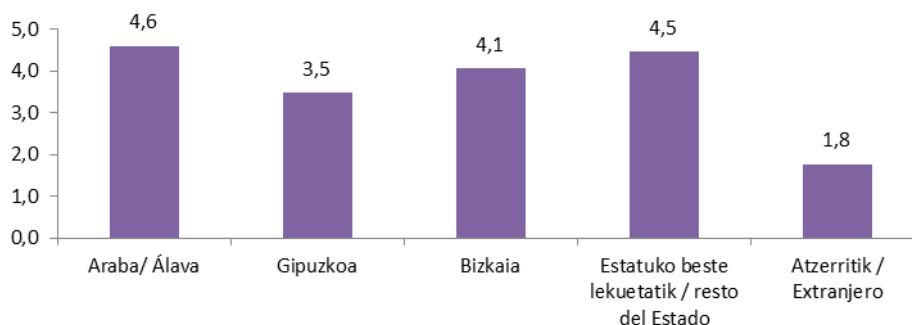


Gráfico 3. Promedio de páginas consultadas por visita, por lugar de procedencia de la persona usuaria. Enero – diciembre 2011.

Buletinaren edukiak eta egitura

Arabako Gizarte Zerbitzuen Behatokiko zarpigarren estatistika-buletin honetan, gizarte-zerbitzuek 2010ean zehar izandako jarduerari buruzko funtsezko datuak jasotzen dira.

Ikuspegi atalean, sistemari eta bere erabiltzaileei buruzko osoko irudi bat eskaintzen da, ondoren aztertuko diren gaiak testuinguruan ipini ahal izateko. Bigarren ataleko hiru artikuluetan Arabako egoitzetan eta eguneko zentroetan lan egiten duten pertsonen buruzko datuak jasotzen dira –buletin honetan lehenengo aldiz azaltzen direnak–, lehenik eta behin, menpekotasuna duten pertsonen ezaugarriak eta eskaintzen zaien zaintza aztertzen dira ondoren, eta zaintza intentsiboa behar duten pertsonen eskura dituzten baliabideak jorratzen dira, hirugarrenik.

Contenidos y estructura del boletín

En este séptimo boletín estadístico del Observatorio de Servicios Sociales de Álava se sintetizan los principales datos sobre la actividad de los servicios sociales durante el año 2010.

La sección *Panorama* ofrece una visión global del conjunto del sistema y de sus personas usuarias, aportando las coordenadas para situar los artículos posteriores, en los que se analizan en mayor detalle datos sobre el personal ocupado en los centros residenciales y diurnos alaveses –con datos que se explotan por primera vez en este boletín–, sobre las características de las personas dependientes usuarias del sistema y la atención que se les presta, y sobre la cobertura que se les ofrece a las personas que precisan atención intensiva.

Azkenik, *Joerak* ataleko dossier dokumentalean, zenbait herrialdetan, erdibideko arreta mota berri gisa, ospitaleetako larrialdi zerbitzuetan hedatzen ari diren gizarte-eskuhartze taldeak jorratzen dira.

Artikuluak, talde hauek garatzeko motibazioak zeintzuk izan diren eta gaurdaino buruturiko ebaluazio-lanetan bildutako emaitzak errebasatzen dira.

Finalmente, el dossier documental de la sección *Tendencias* está dedicado a los equipos de intervención social basados en los servicios de urgencias hospitalarias, como nueva modalidad de atención intermedia que se está extendiendo en algunos países de nuestro entorno.

El artículo revisa cuál ha sido la motivación para la creación de dichos equipos, y los principales resultados que han obtenido las distintas evaluaciones llevadas a cabo hasta el momento.

PANORAMA | IKUSPEGI

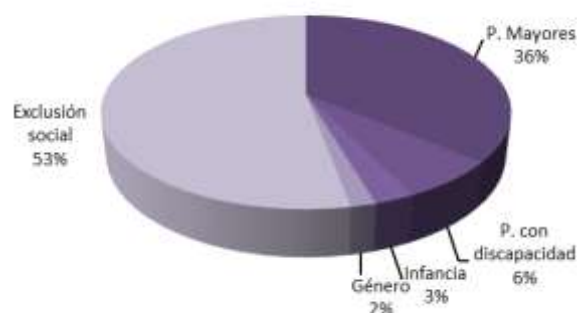
Las prestaciones económicas suponen algo más de la mitad de los servicios sociales concedidos en 2010.

A lo largo de 2010, 50.312 personas fueron usuarias de algún tipo de servicio o prestación de servicios sociales, lo que supone un 16% de la población alavesa¹. Los servicios y prestaciones económicas para personas en situación de pobreza o de exclusión social fueron los más utilizados, con más de 26.600 personas usuarias; seguidos de los servicios de atención a situaciones de dependencia, que fueron solicitados por más de 21.400 personas, la mayoría de ellas personas mayores con limitaciones en su autonomía. Los servicios dirigidos a dar respuesta a situaciones de desprotección de mujeres y personas menores de edad, por su parte, tuvieron cerca de 2.200 personas usuarias a lo largo de 2010.

Prácticamente la mitad de las personas que han acudido a los servicios sociales a lo largo de 2010, el 48%, han sido receptoras de prestaciones económicas, incluidas las prestaciones previstas en la Ley de Dependencia, las de la Ley para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social, así como las pensiones no contributivas de la Seguridad Social y del Fondo de Bienestar Social. En total, 24.305 personas fueron receptoras de estas prestaciones a lo largo del año.

¹ No se refiere a personas distintas, ya que una misma persona puede ser usuaria de varios servicios durante el año e, incluso, simultáneamente.

Gráfico 1. Distribución de las personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año, por tipo de colectivo. Álava 2010.



Nota: En el caso de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar y de la Prestación Vinculada al Servicio no se dispone de datos sobre personas usuarias a lo largo del año desglosados por edad, porque la distribución se ha estimado a partir de los datos sobre personas usuarias a 31 de diciembre.

Los servicios residenciales, con 6.448 personas usuarias a lo largo del año, fueron el segundo tipo de recurso más demandado en 2010, suponiendo un 13% del total de personas atendidas en los servicios sociales alaveses. Los servicios de integración socio-laboral fueron utilizados por algo más de 5.900 personas a lo largo del año, lo que supone un 12% del conjunto de personas atendidas, y el servicio de ayuda a domicilio, con prácticamente 5.000, recogió el 10% de la demanda total de atención. Otro servicio importante, en términos del volumen de personas usuarias, es el servicio telefónico de emergencia, que fue utilizado por algo más de 4.300 personas, el 9% de las atendidas por los servicios sociales alaveses en 2010.

Gráfico 2. Distribución de las personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año, por tipo de servicio. Álava 2010.



Desde la perspectiva de las tres contingencias que, de acuerdo con la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, deben ser atendidas desde el Sistema de Servicios Sociales –a saber, la dependencia, la desprotección y la exclusión social–, el 56,8% de las personas que fueron beneficiarias de algún servicio o prestación social en 2010, 28.595 personas, requirieron atención para prevenir situaciones de pobreza y exclusión social. La mayoría de estas personas, prácticamente siete de cada diez, fueron receptoras de prestaciones económicas, incluidas la Renta de Garantía de Ingresos (RGI), la Prestación Complementaria de Vivienda (PCV), las Ayudas de Emergencia Social (AES), así como las pensiones no contributivas y del Fondo de Bienestar Social y los complementos de pensiones que concede la Diputación Foral. Los servicios de incorporación sociolaboral –incluidos en la tabla bajo el epígrafe “otros servicios”– cubrieron algo más de una quinta parte de las necesidades detectadas en el ámbito de la pobreza y la exclusión social, mientras que los servicios residenciales y de alojamiento dieron cobertura en torno al 8,5% de quienes requerían apoyos en este ámbito.

Las situaciones de dependencia suponen la segunda contingencia con más demanda: 19.545 personas atendidas por este motivo a lo largo del año, o un 38,8% del total de las personas usuarias de servicios sociales. Una cuarta parte de las personas dependientes reciben apoyo en el domicilio a través del servicio de ayuda a domicilio y una proporción similar es perceptora de prestaciones económicas, fundamentalmente la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). El servicio telefónico de emergencia da cobertura a un 22,7% de las personas atendidas a lo largo del año en Álava por motivos de dependencia o pérdida de autonomía, mientras que los servicios más pesados –los servicios residenciales, centros de día y ocupacionales– atienden a prácticamente 5.000 personas, una cuarta parte de las que reciben recursos de apoyo para la promoción de la autonomía personal.

Las personas atendidas por motivos de desprotección –ya sea por desprotección infantil o por violencia de género– suponen en torno a un 4% del conjunto de personas que utilizaron los servicios sociales alaveses en 2010. La mayoría de estas personas – 1.500 o el 69,1%– acceden a servicios de apoyo psicológico (564), apoyo socioeducativo (569) y asesoramiento jurídico (220), incluidos en el epígrafe “otros servicios” en la tabla 1. Los servicios residenciales –en los que se incluyen los centros para personas menores de edad en situación de desprotección y para mujeres víctimas de maltrato, así como el acogimiento familiar de niños y niñas– atienden cerca de una cuarta parte de la demanda total por motivos de desprotección.

Tabla 1. Distribución de las personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año, por tipo de contingencia atendida. Álava 2010.

Absolutos	Servicios residenciales	Servicios de día	SAD	Prestaciones económicas	Otros	Total
Dependencia	3.637	1.361	4.932	5.171	4.444	19.545
Desprotección	515	90	66	-	1.501	2.172
Pobreza y exclusión	2.433	1.051	-	19.134	5.977	28.595
Total	6.585	2.502	4.998	24.305	11.922	50.312
% Horizontales						
Dependencia	18,6	7,0	25,2	26,5	22,7	100,0
Desprotección	23,7	4,1	3,0	-	69,1	100,0
Pobreza y exclusión	8,5	3,7	-	66,9	20,9	100,0
Total	13,1	5,0	9,9	48,3	23,7	100,0
% verticales						
Dependencia	55,2	54,4	98,7	21,3	37,3	38,8
Desprotección	7,8	3,6	1,3	0,0	12,6	4,3
Pobreza y exclusión	36,9	42,0	0,0	78,7	50,1	56,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

El número de personas usuarias se mantiene estable respecto a 2009.

El número de personas que recibieron atención de los servicios sociales en 2010 se ha mantenido relativamente estable, pasando de las más de 50.500 personas atendidas en 2009 a algo más de 50.300 en 2010. En términos relativos, esto supone un descenso del 0,4% en el número de personas atendidas a lo largo del año.

Por colectivos, todos los sectores –salvo el de la atención a mujeres que sufren violencia doméstica y el de la exclusión social– ven ligeramente reducido el número de personas atendidas. En términos relativos, el mayor descenso –un 2,7% respecto a 2009– se produce en el ámbito de las personas con discapacidad, aunque en términos absolutos tiene mucho mayor peso el descenso que se observa en el número de personas mayores atendidas, que se reduce en 400 personas respecto al año anterior. En el ámbito de la infancia, si bien, en tér-

minos relativos, el descenso es similar al que se produce en los otros dos colectivos, su impacto en el conjunto de personas atendidas es mucho menor: apenas 35 personas usuarias menos que en 2009.

Las prestaciones de lucha contra la pobreza siguen incrementando su alcance.

En 2010, 17.000 personas fueron usuarias de las prestaciones de lucha contra la pobreza, lo que supone un incremento del 2% respecto a 2009.

La aprobación, en diciembre de 2008, de la Ley 18/2008 para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social supuso la sustitución de la Renta Básica por la Renta de Garantía de Ingresos (RGI), así como la creación de una nueva prestación –la Prestación Complementaria de Vivienda o PCV– para cubrir, mediante una prestación de derecho, los gastos asociados al alquiler de las personas perceptoras de la RGI.

Tabla 2. Evolución del número de personas usuarias a lo largo del año, por colectivo, e incremento porcentual. Álava 2007-2010.

	2007	2008	2009	2010	2007-2010 (%)	2009-2010 (%)
Mayores	14.965	18.118	18.563	18.140	21,2	-2,3
Discapacidad	1.982	3.148	3.371	3.349	69,0	-0,7
Infancia	889	1.102	1.386	1.351	52,0	-2,5
Género	603	574	838	857	42,1	2,3
Exclusión social	19.083	23.650	26.285	26.615	39,5	1,3
Total	37.522	46.592	50.513	50.312	34,1	-0,4

Estas modificaciones en la normativa reguladora de las prestaciones de lucha contra la pobreza han supuesto, por una parte, una importante reducción del número de personas usuarias de AES, ya que, anteriormente, estas ayudas se concedían mayoritariamente para sufragar gastos relacionados con el alquiler de la vivienda habitual. Tal y como estaba previsto en la normativa, la mayoría de las personas que han dejado de percibir las AES en 2010 – concretamente el 88,5%– han pasado a ser titulares de la PCV, que ha contado con 4.336 perceptores/as lo largo de 2010.

Por otra parte, la creación, en el marco de la mencionada Ley para la Garantía de Ingresos y la Inclusión Social, de la PCV ha supuesto también la derogación del Decreto Foral 78/2006 de 13 de diciembre que regula la Prestación Asistencial de Garantía Mínima (PAGAMI), una prestación dirigida a complementar las cuantías de las personas perceptoras de la Renta Básica y de las pensiones no contributivas hasta el nivel del Salario Mínimo Interprofesional para las personas residentes en el Territorio Histórico de Álava. Hasta el momento de su derogación, en agosto de 2010, 1.492 personas habían tenido acceso a la prestación, lo que supone una reducción del 34,7% respecto a 2009.

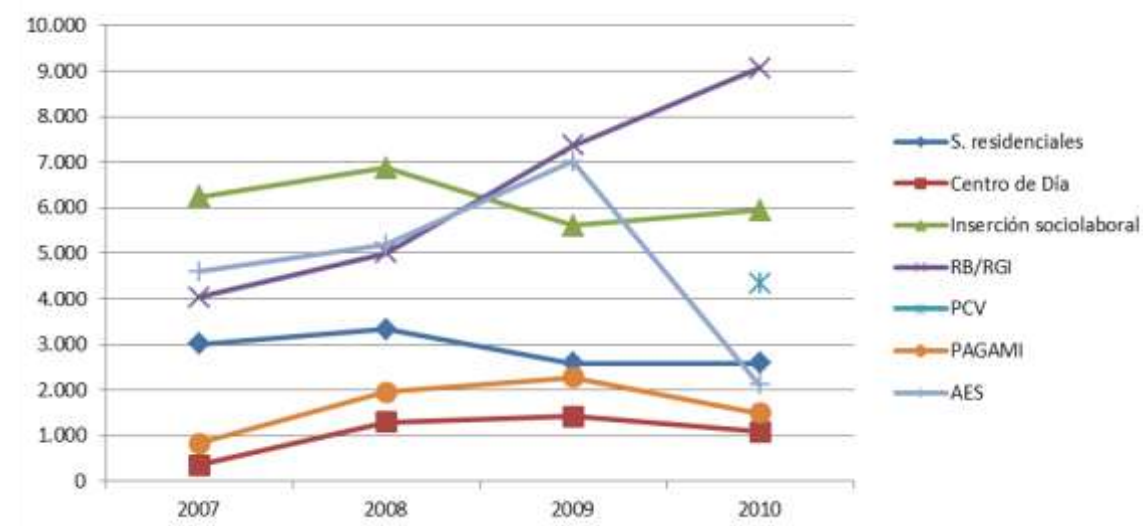
Al mismo tiempo, cabe destacar que la Renta de Garantía de Ingresos (RGI), que constituye la principal red de seguridad frente a la pobreza en Euskadi, ha incrementado el número de unidades convivenciales perceptoras, pasando de tener algo más de 7.000 titulares en 2009 a más de 9.000 en 2010. Este importante incremento –del 23,1%– se debe, sin duda, por una parte, a la extensión de situaciones de precariedad económica como consecuencia de la crisis, pero también a la creación, en el marco de la mencionada Ley 18/2008, de una nueva modalidad de renta complementaria de los ingresos del trabajo, con lo que se amplía, para los hogares con alguno de sus miembros empleados, el límite en cuanto a los ingresos máximos admitidos para percibir la prestación. Esto ha supuesto que hogares con bajos ingresos, que antes no tenían acceso a la Renta Básica, actualmente puedan percibir la Renta de Garantía de Ingresos.

Por lo que se refiere a los servicios en especie dirigidos a la población en riesgo o en situación de exclusión, los centros de día han sufrido un importante descenso en el número de personas atendidas –13,8% respecto a 2009– aunque, debido a su menor alcance, su peso relativo en el conjunto de personas atendidas por motivos relacionados con la pobreza o la exclusión social

es muy reducido. Al margen de esta reducción en el uso de servicios diurnos, los dos servicios más significativos en la atención a este colectivo –a saber, los servicios residenciales y los de integración socio-laboral– han mantenido o ampliado el número de personas atendidas. Los servicios residen-

ciales se han mantenido estables en torno a 2.600 personas usuarias al año, y los programas de incorporación laboral han incrementado su alcance en un 5,9%, pasando de en torno a 5.600 personas atendidas a lo largo del año 2009, a prácticamente 5.950 en 2010.

Grafico 3. Evolución de las personas usuarias de servicios sociales para personas en riesgo o en situación de exclusión social a lo largo del año, por tipo de prestación. Álava 2007-2010.



Se reduce ligeramente el alcance de los servicios para personas mayores

En el ámbito de la atención a personas mayores se observa una reducción del 2,3% en el número de personas atendidas a lo largo del año. Aunque, en términos relativos, carece prácticamente de importancia, el peso de este colectivo en el Sistema de Servicios Sociales hace que su impacto –

algo más de 400 personas atendidas menos que en 2009– sea bastante significativo.

En términos absolutos, el descenso más significativo corresponde al servicio de ayuda a domicilio, que cuenta con 644 personas usuarias menos que en 2009, es decir una reducción del 12,2% respecto a 2009 y del 30% respecto a 2007, primer año para el que se dispone de datos en el Observatorio.

Tabla 3. Evolución del número de personas usuarias de servicios sociales para personas mayores a lo largo del año, por tipo de servicio, e incremento porcentual. Álava 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	2007-2010 (%)	2009-2010 (%)
S. residenciales	2.981	3.185	2.865	2.954	-0,9	3,1
Cortas estancias en residencias	399	249	177	243	-39,1	37,3
Centro de Día	421	547	547	553	31,4	1,1
CRAD	147	153	155	176	19,7	13,5
Atención diurna en residencias	21	76	110	79	276,2	-28,2
Cortas estancias en CD	20	10	6	7	-65,0	16,7
SAD	6.697	6.453	5.291	4.647	-30,6	-12,2
Telealarma	2.254	3.257	4.219	4.308	91,1	2,1
PNC ancianidad	678	678	679	696	2,7	2,5
FBS jubilación	104	105	113	109	4,8	-3,5
Complemento de PNC	838	878	790	587	-30,0	-25,7
PECEF*	-	1.971	3.020	2.895	46,9	-4,1
PEVS/AIRE**	405	556	591	886	118,8	49,9
Total	14.965	18.118	18.563	18.140	21,2	-2,3

Notas:

* En el caso de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar, dado que no se dispone de datos sobre personas usuarias a lo largo del año desagregados por edad, la cifra se ha estimado a partir de datos sobre personas usuarias a 31 de diciembre.

**Los datos de 2007 se refieren a la Ayuda económica Individual de Ingreso en Residencias privadas. A partir de 2008, se recogen los datos sobre la Prestación Económica Vinculada al Servicio. En el caso de esta última prestación, dado que no se dispone de datos sobre usuarios a lo largo del año desagregados por edad, la cifra se ha estimado a partir de datos sobre personas usuarias a 31 de diciembre.

Además del servicio de ayuda a domicilio, el descenso de personas usuarias también afecta a la prestación vinculada al servicio (PEVS), al complemento de la Pensión No Contributiva (PNC) y a la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) –con 309, 203 y 125 titulares menos al año respectivamente^{2,3}. En términos

relativos, por otra parte, la reducción en el número de personas usuarias ha sido especialmente significativo en el caso de la atención diurna que se presta en centros residenciales, que ha reducido su alcance en un 28,2% respecto a 2009. La pensión del Fondo de Bienestar Social por jubilación también ha reducido su alcance, aunque en mucha menor medida, siendo en este caso

² Como ya se ha indicado, la modificación de la normativa referida a las prestaciones de lucha contra la pobreza ha supuesto la derogación del Decreto Foral 78/2006 de 13 de diciembre que regula la Prestación Asistencial de Garantía Mínima (PAGAMI), en la que se incluía la prestación complementaria de la PNC, lo que explica la reducción en el número de personas perceptoras de esta prestación.

³ Respecto a la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar, hay que señalar que en el Observatorio no se dispone de datos sobre personas perceptoras a lo largo del año diferenciados por edades, por lo que la cifras se han estimado a partir de datos sobre personas titulares de la prestación a 31 de diciembre de 2010, en cuyo caso sí es posible diferenciar entre perceptores mayores y menores de 65 años.

el descenso en el número de personas perceptoras solo del 3,5%.

Los servicios para personas con discapacidad mantienen su alcance

En conjunto, los servicios para personas con discapacidad mantienen su alcance – con un ligero descenso del 0,7% en el número de personas atendidas entre 2009 y 2010–, aunque se observan importantes diferencias en función del tipo de servicio. El servicio de ayuda a domicilio reduce el número de personas atendidas en 146, es

decir, prácticamente una tercera parte de las personas atendidas en 2009. Asimismo, se produce un descenso en las ayudas económicas previstas en la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI), debido fundamentalmente a la supresión, por Real Decreto 1/1994, de las modalidades de Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos y de Subsidio por Ayuda de Tercera Persona, con lo que éstas modalidades se conceden únicamente a personas que ya tenían reconocido el derecho a las mismas con anterioridad a la entrada en vigor de la citada norma.

Tabla 4. Evolución del número de personas usuarias de servicios sociales para personas con discapacidad a lo largo del año, por tipo de prestación, e incremento porcentual. Álava 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	2007-2010 (%)	2009-2010 (%)
S. residenciales	268	367	270	286	6,7	5,9
CD	106	114	122	122	15,1	0,0
Centro ocupacional	363	386	381	389	7,2	2,1
SAD	397	536	431	285	-28,2	-33,9
S. de atención temprana	72	135	79	136	88,9	72,2
PNC invalidez	573	582	632	649	13,3	2,7
FBS enfermedad	90	89	83	92	2,2	10,8
LISMI	113	100	92	84	-25,7	-8,7
PECEF*	-	825	1.265	1.276	-	0,9
PEVS*	-	14	15	29	-	93,3
PEAP	-	-	1	1	-	0,0
Total	1.982	3.148	3.371	3.349	69,0	-0,7

Notas

* En el caso de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar y de la Prestación Económica Vinculada al Servicio, dado que no se dispone de datos sobre personas usuarias a lo largo del año desagregados por edad, la cifra se ha estimado a partir de datos sobre personas usuarias a 31 de diciembre.

Al margen de los estas reducciones, los principales servicios dirigidos a la cobertura de las necesidades sociales de las personas con discapacidad han mantenido o incre-

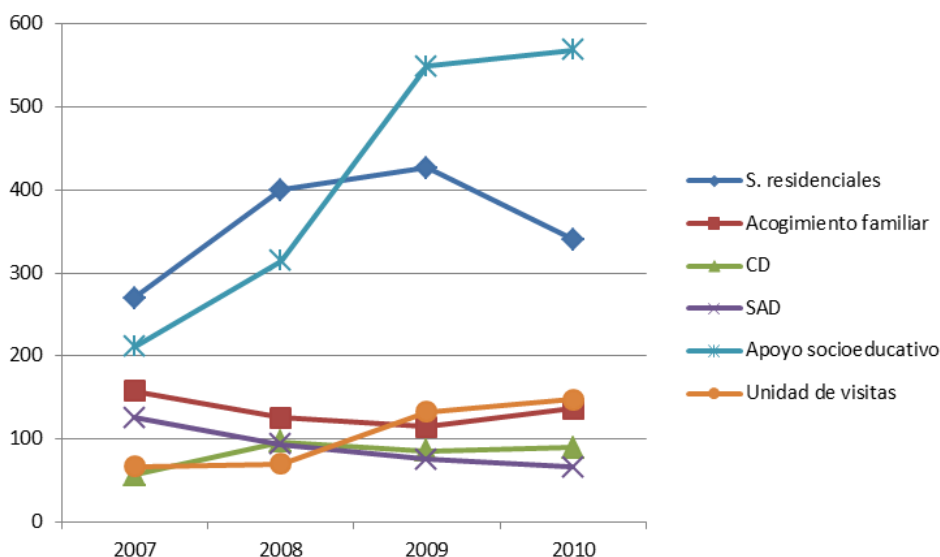
mentado su alcance respecto a 2009: así, por ejemplo, el servicio de atención temprana ha crecido un 72,2%, volviendo a los niveles de atención de 2008; los servicios

residenciales han crecido prácticamente un 6%; los centros ocupacionales un 2,1%; la Pensión No Contributiva por invalidez un 2,7%; y la pensión del Fondo de Bienestar Social un 10,8%.

En el ámbito de la protección a la infancia, la reducción que se observa en el total de personas atendidas respecto a 2009, se explica fundamentalmente por una disminución en el número de personas menores de edad extranjeras no acompañadas presentes en el territorio, lo que ha conllevado una importante reducción –del 20%– en el uso de servicios residenciales. De hecho,

este es el único servicio, junto con el de ayuda a domicilio, que ha registrado una reducción en el uso. Por el contrario, los servicios de acogimiento familiar han incrementado su alcance en un 19%, los centros de día han crecido prácticamente un 5% y los servicios de apoyo socioeducativo, cuyo objetivo consiste en prevenir las situaciones de desamparo de niños, niñas y adolescentes, y evitar la adopción de medidas de separación familiar, también han mantenido la tendencia creciente de los últimos años, con un incremento del 3,6% respecto a 2009.

Gráfico 4. Evolución del número de personas usuarias de servicios sociales para la infancia, por tipo de servicio. Álava 2007- 2010



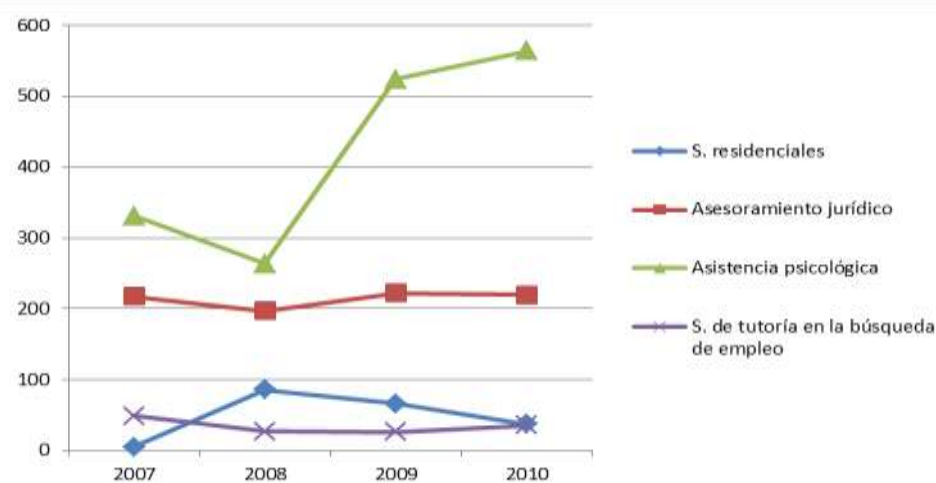
La atención a mujeres víctimas de violencia doméstica es, como ya se ha apuntado, uno de los sectores de atención que, teniendo en cuenta el conjunto de prestaciones disponibles, no ha sufrido un descenso en el

número de personas atendidas a lo largo del año. Dentro de este colectivo se aprecia también, no obstante, que determinados servicios –como los residenciales o los de asesoramiento jurídico– tienden a reducir

su alcance, mientras que los programas de apoyo para la búsqueda de empleo y, especialmente, los diversos servicios de asistencia psicológica –ya sea para víctimas de

violencia doméstica, agresiones sexuales o para hombres maltratadores– siguen una tendencia creciente, con un incremento del 7,6% entre 2009 y 2010.

Gráfico 5. Evolución del número de personas usuarias de servicios sociales para mujeres víctimas de violencia doméstica, por tipo de servicio. Álava 2007-2010



Los servicios para personas mayores los que menos diferencias territoriales presentan.

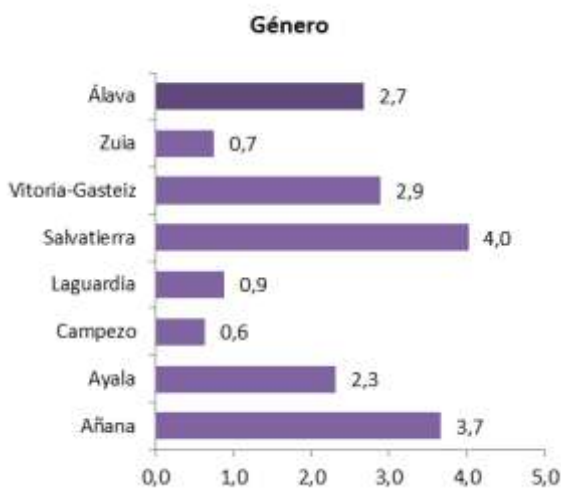
En términos de cobertura, los servicios sociales alaveses atendían, en diciembre de 2010, a prácticamente 28.250 personas, lo que equivale al 8,9% de la población. Por cuadrillas, es en Salvatierra, con un 9,7% de la población atendida, donde mayor cobertura se alcanza, seguida de Vitoria-Gasteiz, con un 9,1% y Campezo, con un 8,6%. Zuia y Ayala, son las cuadrillas con una menor cobertura, con un 6,9% y un 7,7% de la población atendida, respectivamente.

Tabla 5. Personas usuarias y cobertura de los servicios sociales por cuadrillas. Álava 2010

	P. usuarias a 31/12/2010	Cobertura (por 1.000 hab.)
Añana	699	80,1
Ayala	2.624	76,7
Campezo	275	86,5
Laguardia-Rioja Alavesa	905	79,7
Salvatierra	1.180	96,8
Vitoria-Gasteiz	21.651	90,9
Zuia	651	69,1
Álava	28.245	89,0

Por colectivos, es en el ámbito de la atención a mujeres que sufren violencia de género donde mayores diferencias existen entre las cuadrillas. En la atención a este colectivo, Salvatierra, que es la que mayor cobertura ofrece –4 personas usuarias por 1.000 habitantes–, quintuplica la cifra de Campezo, donde sólo existen 0,6 usuarias de servicios para personas víctimas de la violencia doméstica por 1.000 habitantes. Añana y Vitoria-Gasteiz, con 3,7 y 2,9 personas usuarias por 1.000 habitantes, respectivamente– son las otras dos cuadrillas que destacan en la atención a este colectivo.

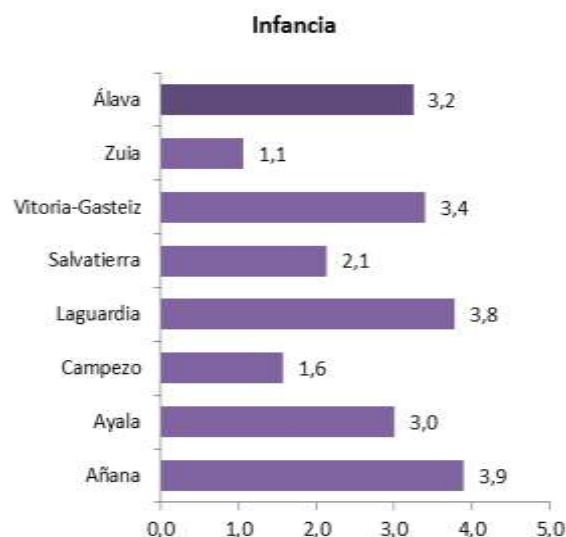
Gráfico 6. Cobertura de los servicios sociales para mujeres que sufren violencia de género, por cuadrillas. Álava 2010



En el caso de la atención a la infancia, las diferencias entre cuadrillas son también muy significativas: mientras que en Añana la cobertura de los servicios dirigidos a la atención de personas menores en situación o riesgo de desprotección –incluidos los servicios residenciales, el acogimiento familiar, los centros de día, la ayuda a domicilio, el servicio de apoyo socioeduca-

tivo y las unidades de visitas supervisadas– era de 3,9 personas usuarias por 1.000 habitantes, en Zuia tan sólo llegaba a 1,1 personas menores atendidas por 1.000 habitantes.

Gráfico 7. Cobertura de los servicios sociales para la infancia, por cuadrillas. Álava 2010.

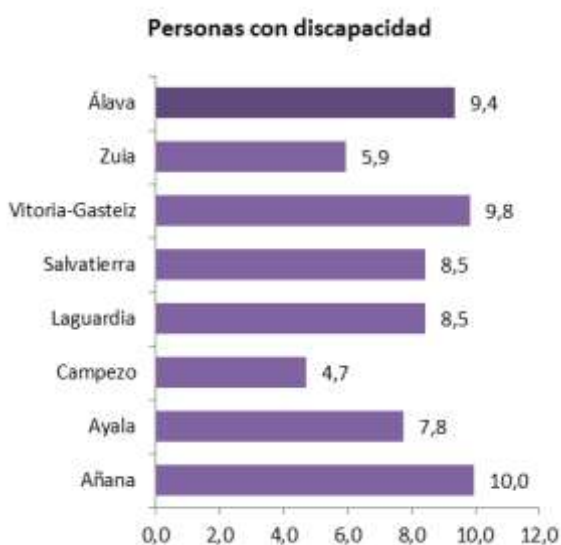


En el ámbito de la exclusión social, es Vitoria-Gasteiz la que mayor incidencia de situaciones de pobreza y exclusión padece y, también donde existe una mayor concentración de personas extranjeras en situación de precariedad económica o con dificultades de integración. Por este motivo, la cobertura de los servicios para este colectivo en la capital –un 3% de la población– triplica prácticamente la de Añana, que es la cuadrilla con una menor cobertura (1,1%). Por otra parte, Salvatierra y Ayala tienen niveles de cobertura próximos a los de la Capital –2,8% y 2,3%, respectivamente– Mientras que Laguardia-Rioja Alavesa, Zuia y Campezo se encontrarían muy por debajo en la cobertura de servicios para este sector de la población.

Gráfico 8. Cobertura de los servicios sociales para las personas en situación de exclusión social, por cuadrillas. Álava 2010



Gráfico 9. Cobertura de los servicios sociales para personas con discapacidad, por cuadrillas. Álava 2010.

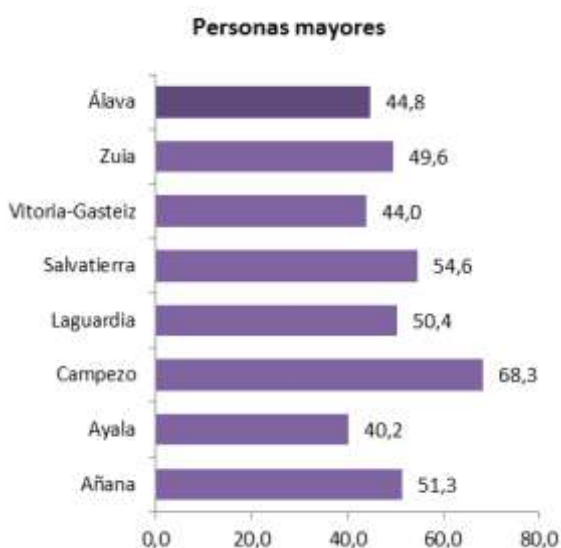


En el caso de los servicios y prestaciones para personas con discapacidad, se observa una clara distinción entre dos cuadrillas –Zuia y Campezo– con coberturas inferiores a 6 personas atendidas por 1.000 habitantes, y el resto de las zonas del territorio, donde se alcanzan coberturas de entre un 8 y un 10 por mil. En este caso, es Añana la cuadrilla con una mayor cobertura –del 1%–, seguida de Vitoria-Gasteiz, con un 0,98%. Estas cuadrillas duplican la cobertura existente en Campezo en lo que se refiere a la atención de personas con discapacidad.

Finalmente, en el ámbito de la atención a personas mayores, las distintas zonas del territorio se encuentran mucho más igualadas en cuanto a la cobertura que ofrecen. En este sentido, la diferencia existente entre la cuadrilla con una mayor cobertura –a saber, Campezo–, excede en un 68,9% la cobertura de Ayala, diferencia mucho menor que la que se observaba en los servicios dirigidos a otros colectivos como el de las mujeres víctimas de violencia doméstica o el de las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección.

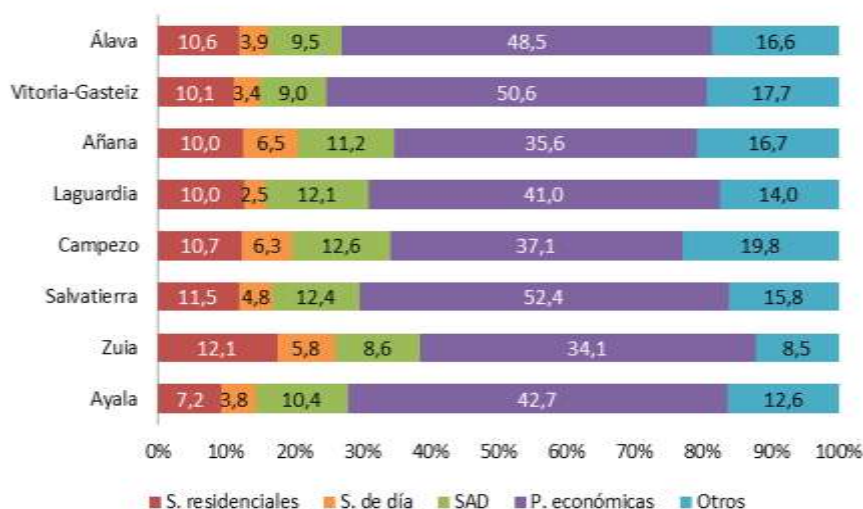
Además de Campezo, destacan en la atención a personas mayores, las cuadrillas de Salvatierra –con una cobertura del 5,4%–, Añana –con un 5,1%– y Laguardia-Rioja Alavesa, con un 5%. El resto de las cuadrillas se sitúan por debajo de esa cifra aunque, como ya se ha dicho, las diferencias son relativamente más reducidas que en la atención a otros colectivos.

Gráfico 10. Cobertura de los servicios para personas mayores, por cuadrillas. Álava 2010.



Por tipos de prestación, las mayores diferencias entre cuadrillas se observan en los servicios de día; la cuadrilla de Añana, la que tiene una mayor cobertura de atención diurna –incluidos los centros de día para personas mayores, para personas con discapacidad, para personas menores en situación de desprotección y para personas en situación de exclusión, así como los centros rurales de atención diurna, las plazas de atención de día en residencias y los centros ocupacionales para personas con discapacidad y enfermedad mental– ofrece una cobertura de 6,5 personas usuarias por 1.000 habitantes, 2,5 veces más que en Laguardia-Rioja Alavesa. Campezo y Zuia son las otras dos cuadrillas con una mayor cobertura, 6,3 y 5,8 personas usuarias a 31 de diciembre por 1.000 habitantes, respectivamente. El resto de las cuadrillas alavesas se sitúan por debajo de 5 personas usuarias por 1.000 habitantes.

Gráfico 11. Distribución de la cobertura de los servicios sociales por cuadrillas y tipo de servicio. Álava 2010



También existen diferencias entre cuadrillas, aunque más reducidas, en la cobertura de los servicios residenciales –en los que se incluye también el acogimiento familiar de personas menores de edad en situación de desamparo. En este caso, es la cuadrilla de Zuia la que mayor cobertura ofrece –12,1 personas usuarias por 1.000 habitantes–, principalmente por el elevado número de personas atendidas en servicios para personas mayores en esta zona del territorio. Ayala, por su parte, es la cuadrilla con menor cobertura, menos de la mitad que en el caso de Zuia. Al margen de estas dos cuadrillas con la máxima y mínima cobertura, las diferencias son más pequeñas, oscilando entre las 10 personas usuarias por 1.000 habitantes en Laguardia-Rioja Alavesa y 11,5 en Salvatierra.

En el caso de las prestaciones económicas –incluidas tanto las dirigidas a personas dependientes como a personas con bajos ingresos– las diferencias territoriales son menores, aunque la cuadrilla con una mayor cobertura –en este caso Salvatierra– supera en un 53,8% la de la cuadrilla de Zuia. La capital, Vitoria-Gasteiz, con 50,6 personas usuarias atendidas por 1.000 habitantes, ofrece una cobertura cercana a la de Salvatierra, mientras que Añana y Campezo se situarían más próximas a la cuadrilla de Zuia, con 35,6 y 37,1 personas usuarias por 1.000 habitantes, respectivamente.

A FONDO | SAKONEAN

Los centros residenciales y de atención diurna alaveses dan empleo a 2.797 personas en 2010.

En 2010, el personal propio remunerado que trabajaba en los servicios residenciales y de atención diurna alaveses ascendía a 2.787 trabajadores y trabajadoras, o 2.536,1 en equivalentes a jornada completa⁴. Esto supone el 1,9% de la población alavesa ocupada y un 3% de la población ocupada en el sector servicios en ese año.

A la hora de interpretar estas cifras, hay que tener en cuenta, no obstante, que los datos sobre personal que se recogen en el Observatorio tienen dos importantes limitaciones: en primer lugar, porque sólo se incluyen los centros residenciales y de atención diurna, dejando al margen al personal ocupado en otros servicios y programas, así como al personal técnico de los ayuntamientos y de la propia Diputación Foral que se encargan de la planificación y la gestión de los servicios. En segundo lugar, porque no recoge el personal subcontratado, es decir, el personal que no es contratado directamente por la entidad gestora de los servicios.

En este sentido, cabe destacar que la estadística oficial del Eustat recogía, para el año 2009, la existencia de 4.562,2 trabajadores/as a dedicación plena equivalente en el conjunto del sector de los servicios sociales alaveses, incluyendo el personal subcontratado de atención directa, el doble, por lo tanto, de la cifra recogida en el Observatorio⁵. Por otra parte, la misma fuente indica que, de este personal, el 64,5% estaría ocupado en centros residenciales y de atención diurna, una cifra relativamente coherente con la que se dispone en este Observatorio.

Por colectivos, la mayoría del personal propio empleado en servicios de carácter residencial y diurno en Álava, 1.780,2 trabajadores/as a dedicación plena equivalente o el 69,9% del total, están ocupados en la atención a personas mayores; 375,28 personas, o el 14,7%, son profesionales del ámbito de la discapacidad; 190,1, o el 7,5%, atienden a niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección; 96,5, o el 3,8% son del ámbito de la enfermedad mental; y 94,3 trabajadores, el 3,7% del total, se dedican a la atención de personas en situación de exclusión social.

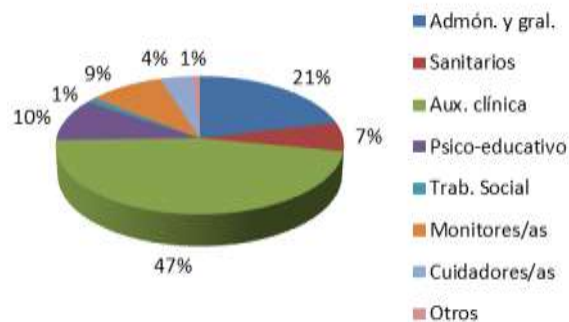
⁴ Los equivalentes a jornada completa se calculan a partir de las horas trabajadas en el año, tomando como estándar una jornada anual de 1.700 horas.

⁵ Eustat Estadística de Entidades y Centros, 2009.

Tabla 1. Nº de trabajadores propios de los centros residenciales y diurnos. Álava 2010.

	S. residenciales		S. de día		Total	
	Nº de trabajado- res/as	Personal a DPE	Nº de trabajado- res/as	Personal a DPE	Nº de trabajado- res/as	Personal a DPE
P. mayores	1.754	1.640,2	168	139,9	1.922	1.780,2
Discapacidad	266	240,0	163	135,1	429	375,2
Infancia	185	174,6	19	15,5	204	190,1
Enfermedad mental	118	91,1	7	5,3	125	96,5
Exclusión social	95	82,6	12	11,7	107	94,3
Total	2.418	2.228,6	369	307,5	2.787	2.536,1

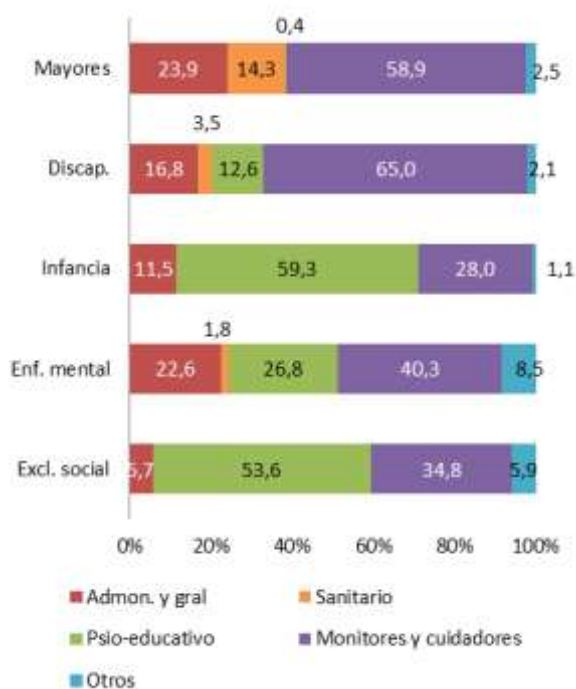
Atendiendo a la categoría profesional, la mayoría del personal propio de los servicios residenciales y diurnos –1.184,3 trabajadores/as a dedicación plena equivalente, o el 47% del total– son auxiliares de clínica, profesión muy habitual en los centros residenciales para personas mayores. Una quinta parte del personal propio, 542,3 profesionales a dedicación plena, son trabajadores/as de administración y servicios generales (directores y gerentes, auxiliares administrativos y personal de limpieza y hostelería, fundamentalmente). Un 10% del personal está compuesto por psicólogos, pedagogos y educadores sociales, y un porcentaje similar, el 9%, son monitores, profesionales todas ellas con elevada representación en los ámbitos de la discapacidad y la protección de personas menores de edad. El 7% de la plantilla de los servicios residenciales y de día es personal sanitario, incluidos los médicos, enfermeros/as y los fisioterapeutas. Finalmente, los cuidadores/as que no tienen la titulación de auxiliares de clínica representan en torno al 4% de la plantilla propia de los centros y los y las trabajadoras sociales son un 1%.

Gráfico 1. Distribución del personal propio a DPE de los centros residenciales y diurnos por categoría profesional

Tal y como se aprecia en el gráfico siguiente, el personal psico-educativo –psicólogos, pedagogos y educadores sociales– representan la mayoría del personal en los centros dirigidos a la infancia en situación de desprotección y a las personas en situación de exclusión social. En ambos tipos de centros, además, los monitores y cuidadores representan entre un 30% y algo más de una tercera parte del personal propio total. En los centros para personas mayores y

para personas con discapacidad el personal cuidador representa en torno a un 60-65% del personal total, diferenciándose principalmente por el hecho de que, en los centros para personas mayores, este personal cuidador se complementa con personal sanitario –médicos y fisioterapeutas, fundamentalmente–, mientras que en los centros dirigidos a personas con discapacidad se trata de profesionales del ámbito de la psicología y la educación social.

Gráfico 2. Distribución del personal propio de los servicios residenciales y diurnos por colectivo atendido y categoría profesional. Álava 2010



Por lo que se refiere al personal de administración y servicios generales, tienen un peso específico relativamente elevado en el caso de los centros para personas mayores y personas con enfermedad mental –algo más de una quinta parte del personal pro-

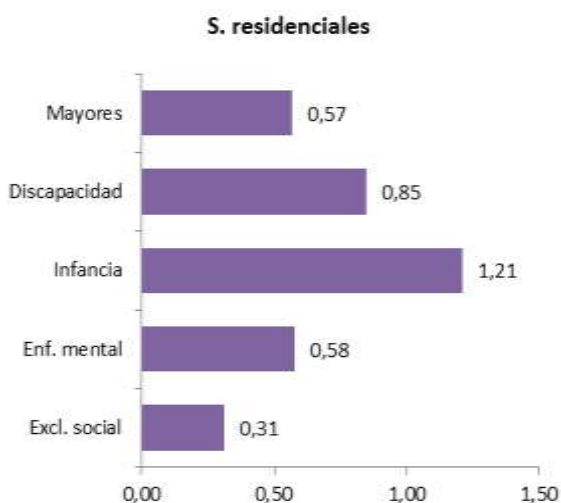
pio– mientras que su importancia es algo menor en el caso de las personas con discapacidad –16,8%–, y también en el de la infancia –11,5%– o en el de la exclusión social (5,7%).

Los centros residenciales para personas con discapacidad y para la infancia en situación de desprotección los mejor dotados en personal

En términos de ratios de atención, es decir, del número de trabajadores/as a dedicación plena equivalente por plaza, son los centros para la infancia y para personas con discapacidad los que disponen de mayor dotación de personal, si se consideran los servicios de carácter residencial; y los centros para personas en situación de exclusión social, si se consideran los servicios diurnos. En el caso de los servicios residenciales, los centros para menores tutelados por el Ente Foral (centros de acogida de urgencia y pisos y hogares funcionales) y los pisos de emancipación para jóvenes cuentan, por término medio, con 1,21 profesionales por plaza, una ratio que es prácticamente 4 veces mayor que la existente en pisos y centros para personas en situación de exclusión social, que son los que menor presencia de personal tienen.

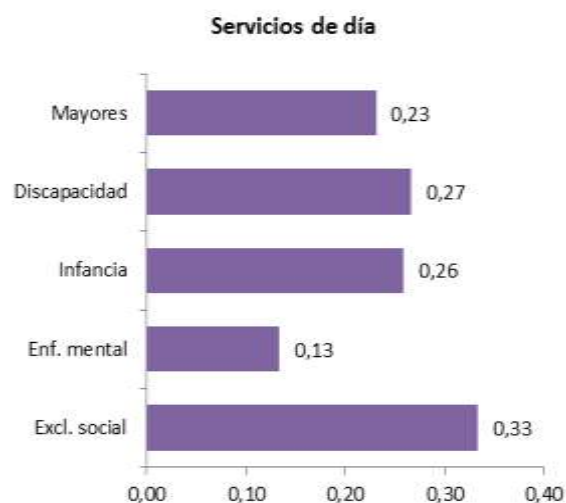
Los servicios residenciales para personas con discapacidad –pisos asistidos y hogares de grupo– con 0,85 trabajadores/as a dedicación plena equivalente por plaza, son los segundos mejor dotados, por encima de los servicios para personas con enfermedad mental y para personas mayores, que disponen, de media, de 0,58 y 0,57 profesionales por plaza, respectivamente.

Gráfico 3. Ratio de trabajadores/as a DPE por plaza en servicios residenciales, por colectivo atendido. Álava 2010.



En el caso de los servicios de día, los centros de baja exigencia dirigidos a la población más excluida cuentan con un trabajador o trabajadora a dedicación plena equivalente por cada 3 plazas, una ratio algo más elevada que la que se da, por término medio, en centros de día y ocupacionales para personas con discapacidad –0,27 profesionales a dedicación plena por plaza– o en los centros para la infancia en situación o en riesgo de desprotección, que cuentan con 0,26 profesionales por plaza. Los centros para personas mayores –incluidos tanto los centros de día asistidos y psicogeríatricos, como los Centros Rurales de Atención Diurna, de mucha menor intensidad– disponen, de media, de aproximadamente un trabajador o trabajadora a dedicación plena por cada 5 plazas. Finalmente, los centros ocupacionales para personas con enfermedad mental disponen de algo más de un profesional a dedicación plena para cada 10 plazas.

Gráfico 4. Ratio de trabajadores/as a DPE por plaza en servicios diurnos, por colectivo atendido. Álava 2010.



Con todo, hay que tener en cuenta que las ratios medias que se acaban de referir enmascaran importantes diferencias en función del tipo de centro concreto de que se trate y de las características de la población atendida en los mismos.

En el caso de los centros para personas mayores, los centros residenciales para personas dependientes cuentan con 0,62 profesionales/as por plaza, mientras que en las viviendas comunitarias y en los apartamentos tutelados para personas mayores con mayor grado de autonomía la dotación de personal es casi un 50% menor: 0,35 profesionales a dedicación completa por plaza. En el caso de los servicios diurnos, también se observan importantes diferencias entre los centros de día asistidos y psicogeríatricos, destinados a personas con elevados grados de dependencia –0,28 y 0,27 profesionales a jornada completa por plaza, respectivamente–, y los Centros Rurales de Atención Diurna, dirigidos a la po-

blación mayor frágil de la zona rural alavesa, con 0,13 profesionales por plaza disponible.

Gráfico 5. Ratio de trabajadores/as propios a DPE en servicios para personas mayores, por tipo de servicio. Álava 2010.



Entre los centros para personas con discapacidad también se aprecian diferencias muy importantes en función de la tipología concreta de centro y de las características de la población atendida. Al igual que en el caso de las personas mayores, los centros residenciales, dirigidos a personas con discapacidades severas y/o profundas, disponen, por término medio, de un profesional a jornada completa por plaza disponible, mientras que los hogares de grupo y pisos asistidos, donde conviven personas con discapacidad que mantienen un mayor grado de autonomía, tienen una dotación media de 0,67 trabajadores/as a dedicación plena por plaza. Entre los servicios de atención diurna, cabe distinguir entre los centros de día, propiamente dichos, que disponen de prácticamente un profesional a jornada completa por cada 2 plazas, y los cen-

tros ocupacionales, más ligeros, con un profesional por cada 5 plazas.

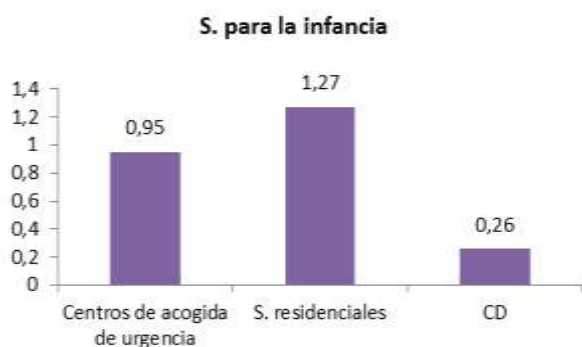
Gráfico 6. Ratio de trabajadores/as propios a DPE en servicios para personas con discapacidad, por tipo de servicio. Álava 2010.



En el caso de los servicios para personas menores de edad en situación de riesgo de desprotección o de desamparo, también existen diferencias, aunque éstas no son tan importantes como en el caso de los mayores o las personas con discapacidad. Los centros de acogida de urgencia dispondrían de algo menos de un trabajador por plaza, mientras que los pisos y hogares funcionales estarían algo mejor dotados, con prácticamente 1,3 trabajadores a dedicación plena por plaza disponible. En este caso, además, las diferencias no se deben tanto a diferencias en el grado de necesidad de las personas usuarias, como a la configuración de los propios centros: mientras que los centros de acogida de urgencia, por su carácter de centros de acogida inmediata y de corta estancia, son estructuras relativamente grandes, que pueden superar las

30 plazas por centro, los servicios residenciales de media-larga estancia son pisos y hogares de pequeño tamaño, lo que exige una mayor dotación de personal.

Gráfico 7. Ratio de trabajadores/as propios a DPE en servicios para la infancia, por tipo de servicio. Álava 2010.

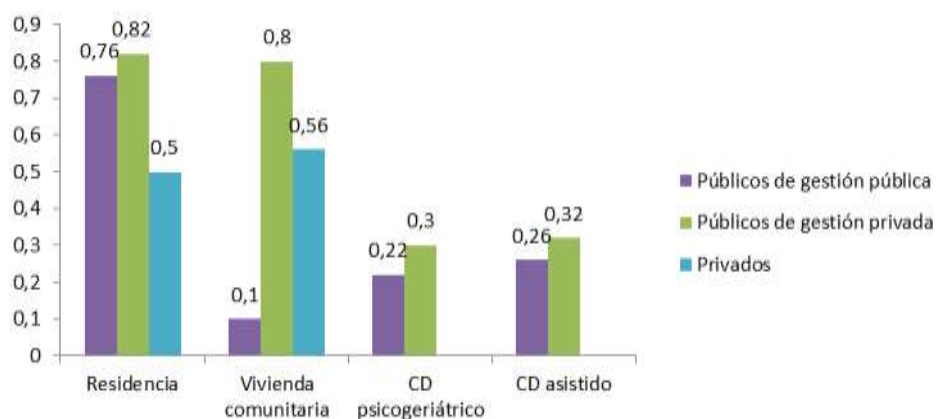


En el resto de colectivos –enfermedad mental y exclusión social– no existe una variedad suficiente de centros residenciales y diurnos como para justificar un análisis comparativo por tipos de centro.

Diferencias en la dotación de personal de los centros para personas mayores por titularidad

En el caso de los centros dirigidos a personas mayores, debido a la mayor abundancia y variedad de centros, resulta posible la comparación de la ratio de atención entre centros de distinta titularidad y gestión. En este sentido, se observa que, en general, son los centros de titularidad pública gestionados por entidades privadas los que mayor ratio de personal tienen. En parte, las diferencias con respecto a los centros públicos de gestión directa pueden ser debidas al hecho de que el Observatorio no recoge datos sobre personal subcontratado, probablemente más abundante en los primeros. En el caso de las viviendas comunitarias, por otra parte, se debe sobre todo a la naturaleza de los servicios: mientras que las viviendas comunitarias de gestión indirecta atienden a una población con un grado de dependencia moderado o severo, los servicios públicos de gestión directa son viviendas municipales de la zona rural alavesa, que se dirigen a la población mayor autónoma.

Gráfico 8. Ratio de trabajadores/as propios a DPE en centros para personas mayores, por tipo de servicio y titularidad del centro.



Cabe destacar, en cualquier caso, en relación con las diferencias existentes en función de la titularidad y gestión de los centros, que son los de titularidad privada los que menor ratio de personal tienen, llegan-

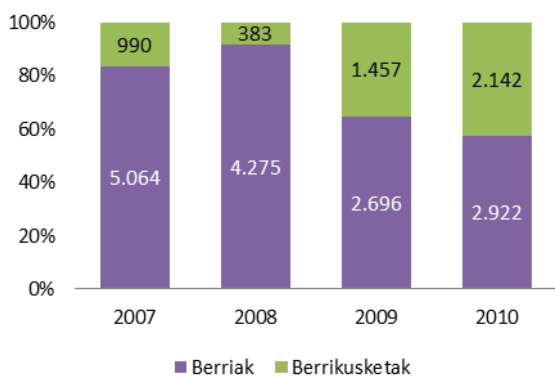
do a ser la diferencia del 39% respecto a los servicios públicos de gestión indirecta en el caso de los centros residenciales, y del 30% en comparación con las viviendas comunitarias públicas de gestión privada.

A FONDO | SAKONEAN

Arabako biztanleen %3,2 menpekotasun egoeran aurkitzen da.

2010. urtean zehar, Arabako Foru Aldundiko Balorazio eta Orientazio Zerbitzuak 5.064 pertsoneri egin zien menpekotasun-balorazioa, hau da, Arabako biztanleen %1,6ri. Aztertutako kasuetatik 2.922, alegia, balorazio guztien %57,7, lehenengo aldiz baloratutako pertsonenak izan ziren eta 2.142, berriz, menpekotasun mailaren berrikusketak.

1. Grafikoa. Menpekotasun mailaren balorazioak, motaren arabera. Araba, 2007-2010.



Azken urteko kasuen mugimendua aipatutakoa izan bada, Gizarte Zerbitzuen Behatokia jasotako datuen arabera, 2006ko abenduan, Autonomia Pertsonala Sustatu eta Menpekotasuna duten Pertsonen Zaintzarako 39/2006 Legea onartu zenetik, 19.929 pertsoneri burutu zaie menpekotasun mailaren balorazioa Araban; horien %75 lehen aldiz baloratutako kasuak. Hala eta guztiz ere, normala den bezala, kasu berrien kopuruak orekatzen jo du urteek aurrera egin hala, eta berrikusketak, aldiz,

ugaritu egin dira, legedia indarrean izan zen lehen urtean balorazio guztien %16,3 baino ez izatetik, gaur egun egiten diren menpekotasun-azterketen %42 baino gehiago izatera pasa direlarik.

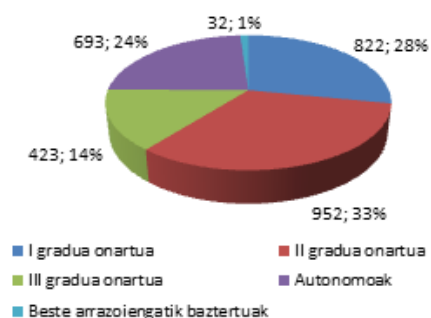
2010. urteko menpekotasun-balorazio berrien tramitazioari dagokionez, datuen arabera, hamar azterketatik sei inguru, %61,4, hain zuzen, pertsonak oinarriko gizarte-zerbitzuetan eskaera egiten duenetik 40 egun baino gutxiagoko epean burutzen dira. Prozedurak bizkortzen jo du, gainera, urteen buruan. Izan ere, 2007an ez ziren %40ra iristen 40 egun baino gutxiagoko epean burutzen ziren balorazioak.

1. Taula. Menpekotasun-balorazio berriak, tramitazioan igarotako denboraren arabera. Araba 2007-2010

	2007	2008	2009	2010
Eskaera egin eta, gehienez, 40 eguneko epean	2.150	1.774	1.575	1.655
Eskaera egin eta 40 egun baino gehiagoko epean	2.914	2.501	1.121	1.267
Guztira	5.064	4.275	2.696	2.922

Egindako menpekotasun-balorazioen ebazpenei dagokionez, berriz, 2010ean aztertutako kasu berrien hiru laurdeni, 2.197 pertsoneri hain zuzen, menpekotasun egoera onartu zaie: 423 pertsoneri menpekotasun handia, 952ri menpekotasun larria eta 822 pertsoneri menpekotasun ertaina. Baloratutako 693 kasutan ez da aurkitu menpekotasun egoera onartzeko moduko zailtasunik eta, ondorioz, pertsona autonomotzat jo da; 32 kasutan, berriz, balorazio-eskaera baztertu egin da forma-arazoengatik.

2. Grafikoa. Baloratutako kasu berrien banaketa, izandako ebazpenaren arabera. Araba 2010.



Menpekotasunaren inguruko legedia onartu zenetik, menpekotasun larriena, III. Gradua, onartu zaien pertsona kopurua nabarmen murriztu da, horiek izan baitziren, azken finean, zerbitzuak jasotzeko eskubidea izan zuten lehenak eta, ondorioz, lehenengo urteetan haienak izan ziren balorazio-eskaera gehienak. Geroztik, gorabeherekin bada ere, menpekotasun arinagoak dituzten pertsonen eskaerak ugaritu egin dira.

2. Taula. Baloratutako kasu berrien bilakaera, izandako ebazpenaren arabera. Araba 2007-2010.

	2007	2008	2009	2010
I gradua onartua	765	1.039	775	822
II gradua onartua	1.306	1.216	866	952
III gradua onartua	2.519	1.078	467	423
Autonomoak	474	942	555	693
Beste arrazoiengatik baztertuak			33	32
Guztira	5.064	4.275	2.696	2.922

Menpekotasunaren prebalentzia eta menpekotasuna duten pertsonen funtsezko ezaugarriak.

2010eko abenduaren amaieran, Foru Aldundiko erregistroan izena emanda zeuden 10.275 pertsona, menpekotasun egoera onartua zutenak; hau da, Arabako biztanleen %3,2. Pertsona horietatik 6.321, edo %61,5, emakumezkoak ziren eta, ondorioz, euren artean menpekotasunaren prebalentzia gizonezkoen artean baino 1,6 aldiz handiagoa da. Sexuen arteko desberdintasun hori, adinari loturiko eritasun gehiengantzat gertatzen den bezala, emakumezkoen bizi-itxaropen luzeagoari eta, ondorioz, pertsona zaharrenen artean emakumeak gehiago izateari egotzi dakiok.

3. Taula. Menpekotasunaren prebalentzia sexuen arabera (Aldundiko erregistroan izena emanda dauden pertsonak 2010-12-31ean). Araba 2010.

	Menpekotasuna duten pertsonak	Biztanleak	Prebalentzia (%)
Gizonak	3.954	158.322	2,5
Emakumeak	6.321	159.030	4,0
Guztira	10.275	317.352	3,2

Prebalentziari buruzko datu hauek Espainiako Estatistika Institutuko azken datu ofizialekin alderatuz gero, antzekotasun handiak atzematen dira. Erakunde horren 2008 urteko *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (EDAD) inkestako datuak erabiliz, adibidez, EAerako lortuko litzatekeen prebalentzia biztanleen %3,35ekoa litza-

teke⁶, Arabarako Gizarte Zerbitzuen Behatokia datuetan oinarrituz ezagutzen denaren oso antzekoa, beraz.

Adinaren arabera, Araban menpekotasuna onartua duten pertsonen hiru laurdenak, 7.656 pertsona, hain zuzen, 65 urtetik gorako pertsonak dira, eta menpekotasunaren prebalentzia %13,9koa da euren artean. Adin horretatik beherako biztanleen artean, berriz, %1ak du onartua menpekotasun egoera.

4. Taula. Menpekotasunaren prebalentzia adinaren arabera (Aldundiko erregistroan izena emanda dauden pertsonak 2010-12-31ean). Araba 2010.

	Menpekotasuna duten pertsonak	Biztanleak	Prebalentzia (%)
65 urte baino gutxiago	2.619	262.371	1,0
65 urte edo gehiago	7.656	54.981	13,9
Guztira	10.275	317.352	3,2

Menpekotasun mailari dagokionez, 2010 urtearen amaieran Aldundiaren erregistroetan izena emanda zeuden 10.275 pertsonetatik 3.891k -%37,9-k beraz- menpekotasun maila handiena zuen onartua; 3.929k -edo %38,2k-, menpekotasun larria; eta 2.455ek -hau da, %23,9k-, menpekotasun ertaina. Bestalde, aipatzekoa da adineko pertsonen artean menpekotasun maila larriena sarriagotan ematen dela gazteen artean baino. Izan ere, menpekotasunen bat onartua izanik 65 urteak beteak zituzten pertsonen kasuan, hamarretik lau ziren

⁶ Datu hau estimazio bat da, inkestako mikrodatuei Menpekotasuna Baloratzeko Baremoaren aplikazioa simulatuz lortu dena.

gradu larriena onartua zutenak; pertsona gazteagoen artean, aldiz, menpekotasun mailaren bat onartua zutenen laurdenak baino ez zuen gradu hori.

5. Taula. Menpekotasuna onartua duten pertsonak, adina eta menpekotasun mailaren arabera (Aldundiko erregistroan izena emanda dauden pertsonak 2010-12-31ean). Araba 2010.

	65 urte baino gutxiago	65 urte edo gehiago	Guztira
I Gradua	719	1.736	2.455
II Gradua	1.234	2.695	3.929
III Gradua	666	3.225	3.891
Guztira	2.619	7.656	10.275

Zutabeko %

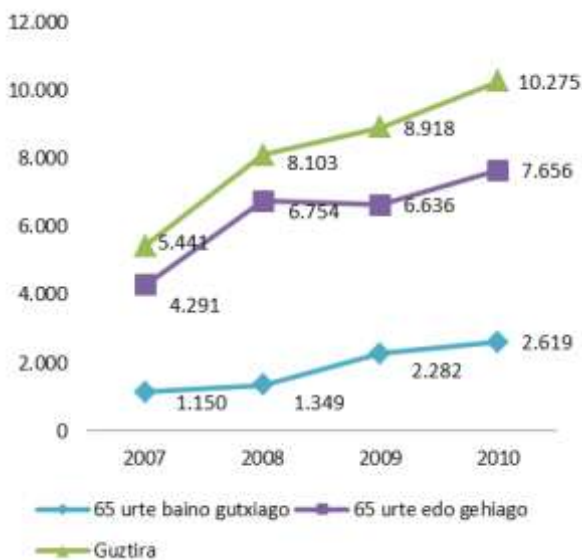
I Gradua	27,5	22,7	23,9
II Gradua	47,1	35,2	38,2
III Gradua	25,4	42,1	37,9
Guztira	100,0	100,0	100,0

2007 eta 2010 urteen arteko bilakaerari dagokionez, azkenik, %88,8ko hazkuntza izan da menpekotasun mailaren bat onartua duten arabarren kopuruan. Joera hori normalizat har daiteke, menpekotasunaren onarpena Estatuan eskubide berria den neurrian. Espero izatekoa da, bestalde, datozen urteetan kopuru horrek egonkortzera egitea, eta hala gertatzen ari dela dirudi, azken urteko hazkuntza 2007 eta 2008 artekoa baino askoz murriztagoa izan dela kontutan hartuta.

Deigarriago dira, agian, menpekotasuna duten pertsonen hazkuntza horretan adinaren arabera ematen diren desberdintasunak. Izan ere, 65 urtetik gorakoen artean menpekotasuna duten pertsona kopurua 2007 eta 2010 bitartean %78,4 hazi bada, adin horretatik beherakoen artean hazkuntza askoz handiagoa izan da: %127,7, hain

zuzen. Adin taldeen arteko alde hauek azaltzeko hipotesietako bat izan daiteke adineko pertsonen menpekotasunaren inguruko legedia onartu aurretik babesgabetsun larria pairatzen zutela eta, ondorioz, menpekotasunaren inguruko legedia onartu bezain pronto hasi zirela haien balorazio-eskaerak. Ezgaitasunak dituzten pertsonen artean, agian, beharrak hobeki aseak zeuden lehendik ere, eta, ondorioz, menpekotasunaren azterketa egiteko eskaerak ez ziren legediaren lehen urteetan pilatu, geroa baizik. Azalpena dena dela, oro har menpekotasuna onartua duten pertsona kopurua bikoiztu egin da 2007 urtea ezker.

3. Grafikoa. Menpekotasuna onartua duten pertsona kopuruaren bilakaera, adinaren arabera. Araba 2008-2010.



Menpekotasuna duten pertsonen eskaintzen zaien arreta

2010 urte amaieran, menpekotasunen bat zuten 10.022 pertsona –Aldundiko erregistroan izena emanda zeudenen %97,5– gizarte-zerbitzuetako erabiltzaileak ziren⁷: horietatik 1.783, edo %17,8, egoitza zerbitzuetan artatuta zeuden –1.530 adineko pertsonentzako zerbitzuetan eta 253 ezintasunak dituzten pertsonentzako zentroetan–, eta gainontzekoek, 8.239 pertsonak, euren ingurunean mantentzeko laguntzak jasotzen zituzten.

Menpekotasuna duten pertsonen, oro har, gizarte-zerbitzuetatik eskaintzen zaien estaldura honek, hala ere, desberdintasun handiak ezkututzen ditu, menpekotasun mailaren arabera. Horrela, adibidez, menpekotasun handia duten pertsonen kasuan estaldura %125,3koa izatera iristen da. Honek esan nahi du, menpekotasun maila hori duten pertsonen laurdena inguruk zerbitzu bat baino gehiago duela bere esku. Menpekotasun larria –II. gradukoa– duten pertsonen kasuan ere, behar egoeran zeudenak baino gehiago ziren abenduaren amaieran zerbitzuak jasotzen zituztenak –%6,6 gehiago, hain zuzen–; menpekotasun ertaina zutenen kasuan, aldiz, gehienez lautik bat ziren gizarte-zerbitzuen laguntza jasotzen zutenak.

⁷ Zerbitzu eta prestazioen erabiltzaile diren menpekotasuna duten pertsonen zenbatzeko orduan ezin izan da kontutan hartu aldi bereko zerbitzuen erabilera, beraz, litekeena da emandako kopurua, Menpekotasunen Arretarako Sistemaren zerbitzuen bat jasotzen duten pertsonen gainestimazio bat izatea.

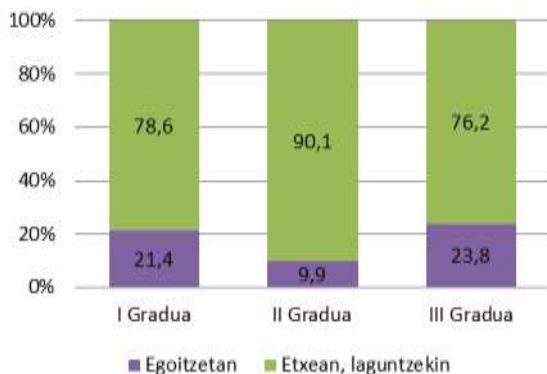
6. Taula. Gizarte-zerbitzuen erabilera menpekotasuna duten pertsonen artean, eta zerbitzuen estaldura, menpekotasun mailaren arabera. Araba 2010.

	Menpekotasuna duten pertsonak 2010-12-31ean	Gizarte-zerbitzuetan artatuak 2010-12-31ean			Estaldura (%)
		Egoitzetan	Etxean, laguntzekin	Guztira	
I Gradua	2.455	205	752	957	39,0
II Gradua	3.929	416	3.773	4.189	106,6
III Gradua	3.891	1.162	3.714	4.876	125,3
Guztira	10.275	1.783	8.239	10.022	97,5

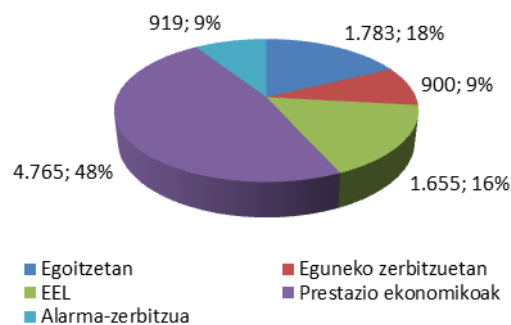
Gizarte-zerbitzuek menpekotasun maila desberdina duten pertsonen eskaintzen dieten estaldurari dagokionez desberdintasunak nabarmenak badira, ez da hainbesteko alderik atzematen zaintza motaren arabera. Izan ere, menpekotasun maila larriena eta arinena duten pertsonen kasuan oso antzekoa da egoitzetan artatuta daudenen proportzioa (bostetik bat inguru). Menpekotasun maila ertaina dutenen kasuan, berriz, askoz murriztagoa da proportzio hori: ia hamarretik bat.

Zerbitzu motaren arabera, azkenik, 2010eko abenduan gizarte-zerbitzuen erabiltzaile ziren pertsonen ia erdiak -%48k, hain zuzen- prestazio ekonomikoak jasotzen zituen (Etxeko Zaintzetarako Prestazio Ekonomikoa, 4.112k eta Zerbitzuari Loturiko Prestazioa, 652k). Data horretan artatuta zeudenen %18 egoitzetan zainduta zegoen; %16k etxez etxeko laguntza-zerbitzua jasotzen zuen; %9 eguneko zerbitzuetako erabiltzaile zen (eguneko zentroak, landa-zentroak eta lantegiak), eta beste hainbestek alarma-zerbitzua jasotzen zuten.

4. Grafikoa. Menpekotasuna duten pertsonen banaketa, menpekotasun maila eta zaintza motaren arabera (%). Araba 2010.



5. Grafikoa. Urte amaieran gizarte-zerbitzuen erabiltzaile ziren menpekotasuna zuten pertsonak, jasotako zerbitzu motaren arabera. Araba 2010



A FONDO | SAKONEAN

Las alternativas residenciales y de día adquieren mayor peso en la atención a personas que requieren apoyos de alta intensidad.

A finales de 2010, los alaveses y alavesas con necesidad de atención intensiva contaban con 3.047 plazas residenciales y 675 plazas de atención diurna⁸. Además, 621 personas recibían atención domiciliaria con una intensidad superior a 10 horas semanales por persona usuaria.

Tabla 1. Plazas en centros de alta intensidad y personas usuarias de SAD intensivo, por colectivo destinatario. Álava 2010.

	Plazas residenciales		Plazas diurnas		Usuarios SAD > 10 h/semana	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
P. mayores	2.576	84,5	489	72,4	571	91,9
P. con discapacidad	273	9,0	110	16,3	43	6,9
infancia y juventud	198	6,5	76	11,3	7	1,1
Total	3.047	100,0	675	100,0	621	100,0

Tal y como se aprecia en la tabla, la gran mayoría de estos recursos, –prácticamente

⁸ Se excluyen, por no considerarlos de alta intensidad, los siguientes tipos de recursos: en el caso de los servicios residenciales, las viviendas comunitarias y los apartamentos tutelados para personas mayores, así como los servicios residenciales para mujeres víctimas de violencia doméstica y para personas en situación de exclusión social. En el caso de los servicios diurnos, los centros rurales de atención diurna, los centros ocupacionales y los centros de día para personas en situación de exclusión social.

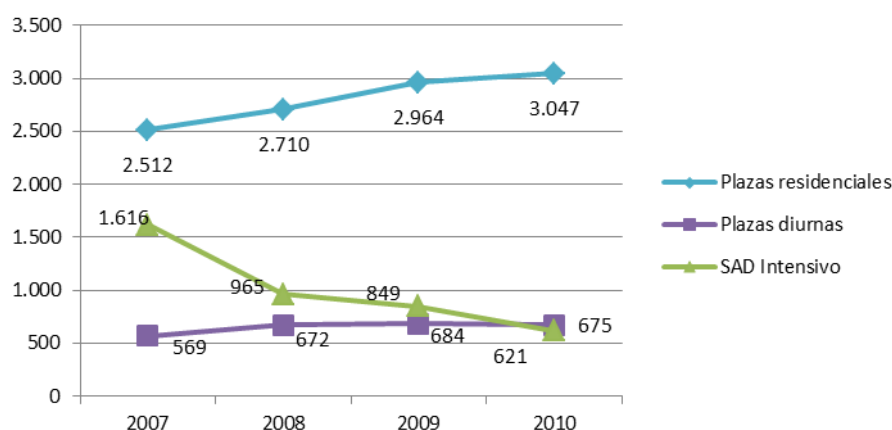
el 84% si se tienen en cuenta todas las modalidades de atención– están dirigidos a personas mayores dependientes. En total, este colectivo cuenta con 2.576 plazas residenciales –303 de las cuales son de atención psicogeriatrica–, 489 plazas de atención diurna –103 de ellas psicogeriatricas– y 571 servicios de atención domiciliaria intensiva. Esto se traduce en una cobertura de 6,6 plazas de alta intensidad por 100 personas mayores.

Tabla 2. Plazas y cobertura de los servicios de alta intensidad para personas mayores, por tipo de servicio. Álava 2010.

Tipo de servicio	Plazas	Cobertura (por 100 p. mayores)	
S. residenciales	R. psicogeriatrica	303	0,55
	R. asistida	2.273	4,13
	Total	2.576	4,69
S. diurnos	CD psicogeriatrico	103	0,19
	CD asistido	250	0,45
	AD en residencias	136	0,25
	Total	489	0,89
SAD (>10h/semana)	571	1,04	

Por lo que se refiere a la evolución en los últimos años, la oferta de servicios de alta intensidad se ha incrementado respecto a 2007, primer año para el que se dispone de datos en el Observatorio de Servicios Sociales de Álava, si se consideran los servicios residenciales y diurnos. En aquel momento, se disponía de 2.512 plazas residenciales y 569 plazas de atención diurna, lo que significa que en el periodo analizado se ha producido un incremento del 23,3% y del 18,6%, respectivamente, en el número de plazas ofertadas. Por el contrario, el número de personas con atención domiciliaria intensiva ha sufrido una importante reducción –del 61%– en el mismo periodo.

Gráfico 1. Evolución de las plazas en centros de alta intensidad y de las personas usuarias de SAD intensivo. Álava 2007-2010



Si se compara la oferta alavesa de servicios de alta intensidad para personas mayores con la de otros países europeos⁹, se observa que la cobertura residencial en Álava es algo superior a la existente en Suecia y Dinamarca –los dos países con coberturas más elevadas–, significativamente mayor que en Gales y Finlandia, y casi triplica la cobertura que se obtiene en Inglaterra.

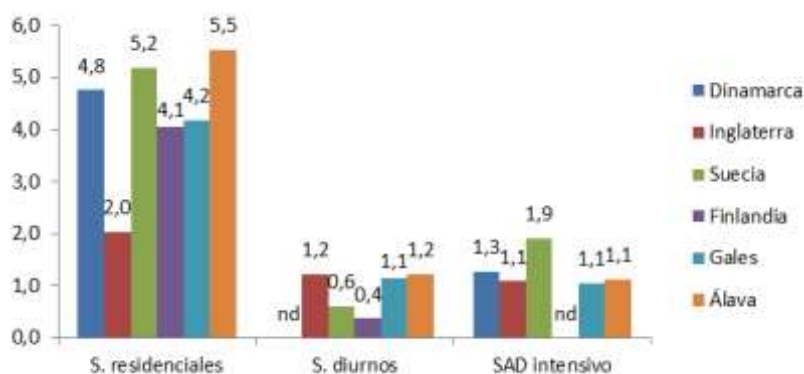
En el caso de los servicios diurnos, se aprecia una clara diferencia entre los países anglosajones, con coberturas similares a la alavesa, y los países nórdicos, donde la oferta de plazas de atención diurna es de la mitad o menos.

La cobertura de la atención domiciliaria intensiva en Álava es similar a la del resto de

los países analizados, salvo Suecia, donde la proporción de la población de 60 y más años que recibe apoyo intensivo en el domicilio es un 72% mayor. No obstante, se debe tener en cuenta que la definición de apoyo intensivo varía ligeramente de un país a otro, con lo que las cifras no son directamente comparables (salvo en el caso de Álava y Gales, donde sí se utiliza la misma definición). En este sentido, la cobertura danesa, además de ser ligeramente superior a la que se da en Álava, se refiere a las personas usuarias que reciben más de 12 horas semanales de atención, con lo que las diferencias serían algo más abultadas de lo que se deduce de los datos recogidos. De la misma manera, en Inglaterra se consideran usuarias de la modalidad intensiva del servicio de atención domiciliaria aquellas personas que no sólo reciben más de 10 horas semanales de atención, sino también 6 o más visitas por semana. Si se compararan en igualdad de condiciones los servicios ingleses tendrían que tener, por lo tanto, una cobertura superior a la alavesa.

⁹ Los datos que se ofrecen a continuación se deben interpretar con cautela, puesto que, a la dificultad de seleccionar servicios totalmente análogos, que es inherente a la comparación internacional, se añade, en este caso, la dificultad ligada al hecho de estar comparando datos a nivel nacional con los de un territorio, que además tiene un peso poblacional muy inferior.

Gráfico 2. Cobertura de los servicios de alta intensidad en Álava, Dinamarca, Finlandia, Gales, Inglaterra y Suecia por tipo de servicio. (Tasas por 100 personas mayores). 2010.



Fuente: Diputación Foral de Álava, *National Adult Social Care Intelligence Service* (Inglaterra), *StatsWales* (Gales), *Socialstyrelsen* (Suecia), *Sotkanet* (Finlandia), *StatBank Denmark* (Dinamarca).

Notas: (1) En Álava los servicios residenciales incluyen únicamente las plazas en residencias y centros residenciales. Se excluyen, por tanto, las alternativas residenciales más ligeras como las viviendas comunitarias en Álava, las llamadas "protected dwellings", "general dwellings" y "other dwelling for elderly people" en Dinamarca, los "Sheltered Homes" en Inglaterra o la tipología de "Service Housing" en el caso de Finlandia. (2) Los servicios diurnos son, en el caso de Finlandia, servicios a tiempo parcial (*Part-time care*) por lo que incluyen servicios diurnos y nocturnos no residenciales. (3) Se considera SAD intensivo el que supone: más de 10 horas semanales de atención en Álava y Gales, más de 12 horas semanales en Dinamarca, más de 50 horas mensuales en Suecia y 10 o más horas y al menos 6 visitas semanales en Inglaterra.

Demanda de servicios de alta intensidad para personas mayores

A pesar de contar con una importante oferta de servicios de alta intensidad para personas mayores, a finales de diciembre de 2010 existía una lista de espera de 503 personas para su ingreso en servicios residenciales y de día para este colectivo, con la siguiente distribución por tipo de recurso: 243 personas para residencias asistidas, 199 para residencias psicogerítricas, 18 para centros de día asistidos y 43 para centros de día psicogerítricos¹⁰.

¹⁰ Hay que tener en cuenta que, durante el tiempo que permanecen en lista de espera, la mayoría de estas personas perciben algún servicio o prestación (la Prestación Económica Vinculada al Servicio, la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar, ayuda a domicilio y/o telealarma, fundamentalmente) por lo

Tabla 3. Plazas en residencias y centros de día para personas mayores y demanda de plazas por tipos de servicio. Álava 2007.

	Plazas 2010	Lista de espera (31-12-2010)	Demanda sobre oferta (%)*
Residencia psicogerítrica	303	199	65,7
Residencia asistida	2273	243	10,7
CD psicogerítrico	103	43	41,7
CD asistido	250	18	7,2

Nota: * Importancia de la demanda en relación con la oferta existente a 31 de diciembre de 2010 en cada modalidad de servicio

que a finales del año 2010 únicamente el 12% de las personas en lista de espera no contaba con ningún tipo de prestación foral.

Comparando esta lista de espera con los servicios existentes en 2010 se observa que, en términos relativos, la mayor demanda corresponde a los centros psicogerátricos, principalmente residencias, pero también centros de día: la demanda de estos servicios supone, respectivamente, el 65,7% y el 19,4% de la oferta existente, mientras que la demanda de residencias y centros de día asistidos supondría sólo el 7,2% y el 10,7% de las plazas existentes en diciembre de 2010, respectivamente.

Atención domiciliaria intensiva

Puesto que el mantenimiento en el entorno habitual es uno de los principios básicos del Sistema Vasco de Servicios Sociales, un aspecto de interés respecto a la atención de las personas mayores que precisan de apoyo intensivo es conocer cuántas de estas personas reciben apoyos en su domicilio. En diciembre de 2010, 567 personas recibían más de 10 horas semanales de atención por parte del servicio de ayuda a domicilio fofal, y 4 personas recibían 25 horas semanales o más. En conjunto, las personas con atención domiciliaria intensiva suponían el 20,4% de las personas usuarias del servicio a 31 de diciembre.

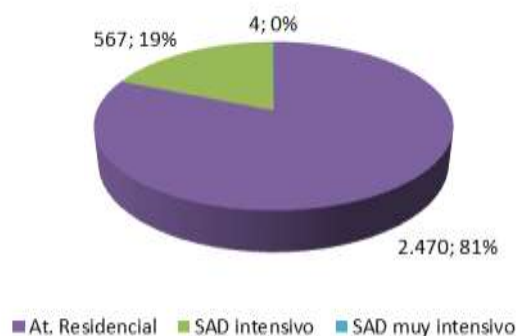
Tabla 4. Usuarios/as e intensidad media de las modalidades intensivas de atención domiciliaria para personas mayores. Álava 2010.

SAD intensivo	Usuarios/as a 31/12	Intensidad media*
Entre 10 y 25 horas/semana	567	13,7
Más de 25 horas/semana	4	29,5

Nota: *Horas semanales de atención por persona usuaria

Si se considera que el conjunto de personas mayores que reciben atención intensiva en Álava está formado por las personas atendidas en residencias y centros residenciales, más las que reciben atención domiciliaria con una intensidad superior a 10 horas semanales por persona usuaria¹¹, los datos disponibles indican que prácticamente una de cada cinco personas con necesidades de atención intensiva reciben dicho apoyo en sus domicilios.

Gráfico 3. Distribución de las personas mayores que reciben atención intensiva (domiciliaria y residencial) por modalidad de la atención prestada. Álava 2010.



Cabe destacar que este indicador se utiliza en algunos sistemas de evaluación de la calidad de los sistemas de servicios sociales –como el *Performance Assessment Framework* británico– para medir el equilibrio existente entre atención residencial y domiciliaria. En el marco de estos sistemas de evaluación, el valor obtenido para Álava en

¹¹ A la hora de determinar el número total de personas mayores que reciben atención intensiva no se incluye a personas atendidas en centros de día, presuponiendo que la gran mayoría de estas personas reciben a su vez atención domiciliaria y, por consiguiente, ya están siendo incluidas cuando se tiene en cuenta a las personas usuarias del SAD.

2010 –19% de personas que requieren una alta intensidad de apoyo atendidas en el domicilio– se consideraría un resultado a mejorar, siendo los valores óptimos para este indicador los situados entre el 20% y el 59%.

Por otra parte, es preciso señalar que la situación respecto a este indicador ha ido empeorando a lo largo del periodo para el que se dispone de datos en el Observatorio de Servicios Sociales: Así, por ejemplo, en 2007, las personas mayores con alta intensidad de apoyos que recibían atención en sus domicilios era del 38%; en 2008, se redujo al 26%; en 2009 se mantuvo relativamente estable, en un 24%; y en 2010 se ha vuelto a reducir, hasta el 18,8%.

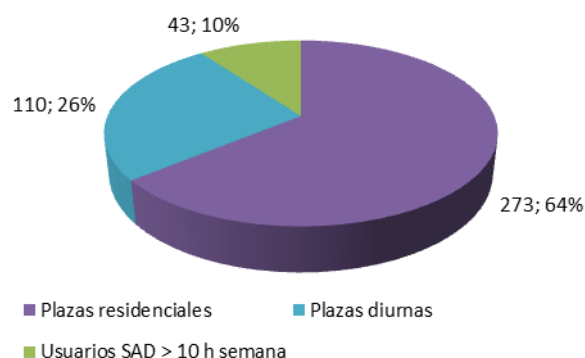
Tabla 5. Evolución de la proporción de personas mayores que reciben atención intensiva en el domicilio, respecto al total de personas que reciben atención intensiva (domiciliaria y residencial). Álava 2007-2010.

	2007	2008	2009	2010
SAD intensivo	1.487	871	776	571
S. residenciales	2.425	2.475	2.462	2.470
% con apoyos en el domicilio	38,0	26,0	24,0	18,8

Atención intensiva para personas adultas con discapacidad

Las personas adultas con discapacidad que, debido a su elevado grado de dependencia, precisan de una atención intensiva disponían, a finales de 2010, de 426 plazas en servicios de alta intensidad: 273 de ellas (64%) en servicios residenciales, 110 (un 25,8%) en centros de día asistenciales y 43 (un 10%) en la modalidad intensiva del servicio de ayuda a domicilio.

Gráfico 4. Distribución de las plazas de alta intensidad para personas con discapacidad por tipo de servicio. Álava 2010.



Nota: No se incluyen las plazas en centros ocupacionales

En conjunto, estas cifras arrojan una cobertura de 2 plazas por mil habitantes de 18 a 64 años, 22,5 plazas por mil personas con discapacidad censadas en el registro de discapacidad, o un 71,4% de quienes tienen reconocida una discapacidad superior al 65%.

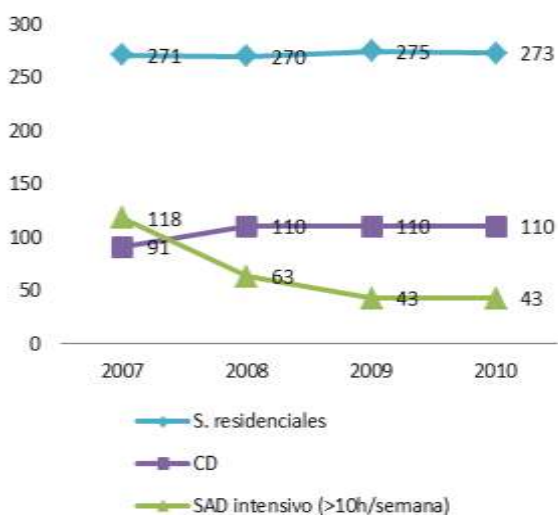
Tabla 6. Cobertura de los servicios de alta intensidad para personas con discapacidad por tipo de servicio. Álava 2010

	Plazas	Cober. 1	Cober. 2	Cober. 3
Servicios residenciales	273	1,3	14,4	45,7
S. Diurnos	110	0,5	5,8	18,4
SAD > 10 h semana	43	0,2	2,3	7,2
Total	426	2,0	22,5	71,4

Nota: Cobertura 1: por 1.000 habitantes de 18 a 64 años
Cobertura 2: por 1.000 personas con discapacidad registradas a 31/12/2010
Cobertura 3: por 1.000 personas con discapacidad >65% registradas a 31/12/2010

Por lo que se refiere a la evolución de los servicios de alta intensidad para este colectivo, su cobertura ha disminuido en el periodo para el que se dispone de datos en el Observatorio, debido a la reducción del número de personas con un servicio de ayuda a domicilio de carácter intensivo. En efecto, mientras que los servicios residenciales y los centros de día han mantenido o aumentado ligeramente su número de plazas, el número de personas con apoyo domiciliario intensivo se ha reducido en un 63,5% respecto a 2007. En diciembre de 2010, 43 personas adultas con discapacidad recibían más de 10 horas semanales de apoyo por parte de los servicios de ayuda a domicilio, con una intensidad media de 12,5 horas semanales por persona usuaria.

Gráfico 5. Evolución de las plazas de alta intensidad para personas con discapacidad, por tipo de servicio. Alava 2007-2010.



Al igual que en el caso de las personas mayores, esta disminución del número de personas usuarias que reciben apoyo intensivo

en el domicilio significa que la atención residencial adquiere mayor protagonismo en la atención de este colectivo, al contrario de lo que promulga el principio de atención comunitaria de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

Servicios de alta intensidad para personas menores de edad

En diciembre de 2007, 198 de las 281 plazas de carácter intensivo para personas menores de edad en situación de riesgo grave o desamparo eran plazas residenciales –62 de ellas de acogida inmediata o urgencia; 76, el 27%, eran plazas de centro de día; y 7, el 2,5%, eran plazas de atención domiciliaria de más de 10 horas semanales de intensidad¹². En conjunto, estos servicios alcanzaban una cobertura de 559,3 plazas por cien mil habitantes menores de 18 años: 394,1 plazas por cien mil en el caso de los servicios de carácter residencial; 151,3 en el caso de los centros de día y 13,9 en el caso de la atención domiciliaria intensiva.

¹² Adicionalmente 122 niños y niñas estaban acogidos en familias el 31 de diciembre de 2010. Aunque las familias de acogida prestan un servicio de 24 horas de atención a las personas menores de edad acogidas, se ha optado por no incluir el acogimiento familiar como servicio de alta intensidad, en tanto que generalmente la atención que prestan las familias de acogida no es de carácter profesional.

Tabla 7. Distribución de las plazas y la cobertura de los servicios de alta intensidad para la infancia y la juventud, por tipo de servicio. Álava 2010

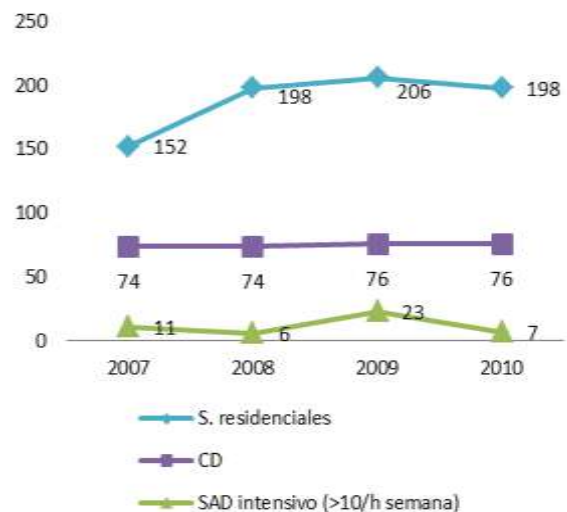
	Plazas	% Vertical	Cober. 1	Cober. 2
Servicios residenciales	198	70,5	394,1	14,7
CD	76	27,0	151,3	5,6
SAD intensivo (>10/h semana)	7	2,5	13,9	0,5
Total	281	100,0	559,3	20,8

Nota: Cobertura 1: Tasa por 100.000 personas menores de edad
Cobertura 2: Tasa por 100 personas usuarias de servicios sociales para la infancia y la juventud

En términos de la cobertura que ofrecen las modalidades intensivas de atención respecto al conjunto de personas atendidas a lo largo del año por los servicios sociales dirigidos a la infancia y la juventud, suponen aproximadamente una quinta parte del total.

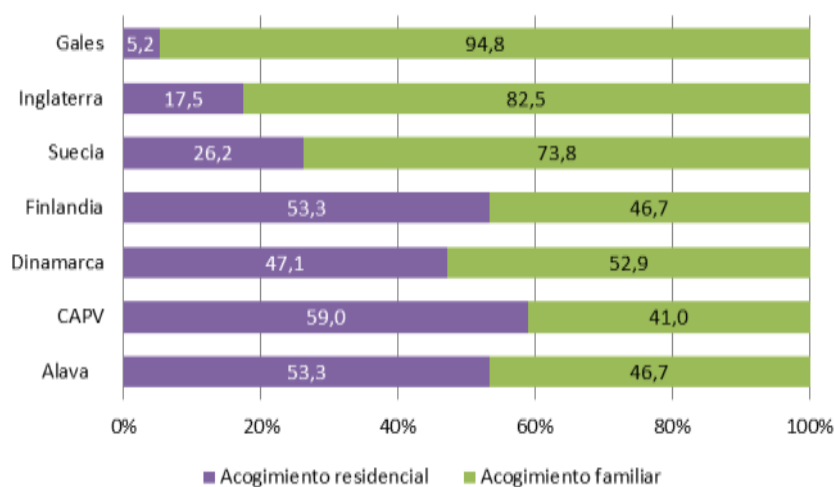
Respecto a la evolución que han tenido los servicios de alta intensidad para la infancia y la juventud en los últimos años, la oferta de servicios se ha incrementado en un 18,5% respecto al año 2007, si se consideran todos los servicios de carácter intensivo en su conjunto, aunque dicha tendencia se ha invertido en el último año. Desde 2009, se ha reducido el número de plazas residenciales y, sobre todo, el de personas atendidas en la modalidad intensiva de ayuda a domicilio.

Gráfico 6. Evolución de los servicios de alta intensidad para la infancia y la juventud, por tipo de servicio. Álava 2007-2010.



Un indicador de interés respecto a la atención que reciben las personas menores de edad desde los servicios sociales se obtiene de comparar la atención en servicios residenciales y el acogimiento familiar, que constituye la alternativa al acogimiento residencial en aquellos casos en los que resulta preciso ofrecer a la persona menor un alojamiento sustitutivo, bien porque se considera necesario para su bienestar separarla de su familia de origen, bien porque sus tutores legales no pueden hacerse cargo de ella temporal o definitivamente.

Gráfico 7. Distribución de las personas menores de edad sujetas a medidas de separación familiar por tipo de medida y país. 2010.



Fuentes: Álava: IFBS. Datos a 31 de diciembre; Gipuzkoa: Behagi. Datos a 31 de diciembre; Bizkaia: Memoria DFB. Datos a 31 de diciembre; Dinamarca: Statbank Denmark. Datos a 31 de diciembre; Finlandia: Sotkanet. Datos a 31 de diciembre; Suecia: Socialstyrelsen. Datos a 1 de noviembre; Inglaterra: Department for Children Schools and Families. Datos a 31 de marzo; Gales: StatsWales. Datos a 31 de marzo.

Notas: En el caso de Inglaterra y Gales, el número de personas en acogimiento residencial se ha estimado a partir de la proporción de personas en acogimiento residencial en el conjunto del colectivo de personas menores de edad en el sistema de protección, incluidas las que se encuentran atendidas por razones de discapacidad o de problemas de conducta.

Los datos disponibles para Álava indican que algo más de la mitad de las guardas de personas menores de edad, el 53,3%, se realizan mediante acogimiento residencial. Esta proporción es relativamente mayor que en otros países europeos, especialmente los anglosajones, donde el acogimiento

en familias constituye la opción más extendida. En los países nórdicos, especialmente en Finlandia y Dinamarca, la distribución de las guardas de personas menores de edad en situación de desprotección es similar a la que se da en Álava y en la CAPV.

TENDENCIAS JOERAK

El trabajo social desde los servicios de urgencias: una nueva modalidad de atención intermedia.

La introducción de equipos de trabajo social en los servicios de urgencias hospitalarias está recuperando vigencia en el marco de los servicios de atención intermedia y el discurso sobre la optimización de los recursos hospitalarios. La evidencia disponible indica que este tipo de intervención puede disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y mejorar la calidad de la atención prestada a las personas que se ven obligadas a acudir al hospital en situaciones de emergencia. Desde la perspectiva del trabajo social, los servicios de urgencias hospitalarios tienen el atractivo de constituir la última red de atención, un espacio abierto a toda la población, incluso a la más vulnerable, lo que los convierte lugares idóneos para la detección de necesidades sociales encubiertas.

La atención intermedia se ha configurado, desde finales de la década de los años 90, como un espacio de atención a caballo entre lo comunitario y lo residencial y, desde otra perspectiva, también entre lo sanitario y lo social. Este espacio lo conforman servicios de muy diversa índole –tanto desde el punto de vista de su tipología, como del tipo de profesionales que los conforman– pero que tienen en común el objetivo de facilitar el tránsito de las personas usuarias bien entre distintos niveles de un mismo sistema de atención, bien entre recursos de distintos sistemas.

En los países anglosajones, donde más se ha experimentado con estas fórmulas de atención intermedia, la principal motivación para desarrollar este tipo de servicios “puente” ha sido la necesidad de optimizar el uso de las camas hospitalarias, un recurso extremadamente valorado, tanto por su escasez, como por su elevado coste. Los principales problemas que se presentaban en el uso de estos recursos hospitalarios eran dos: por una parte, se empezó a tener datos sobre el número de personas que eran admitidas a centros hospitalarios de forma innecesaria o por problemas que se podían haber prevenido si se hubiera respondido con mayor rapidez desde los servicios comunitarios. Por otra parte, se empezó a reconocer que, frecuentemente, las camas hospitalarias quedaban “bloqueadas” por personas que ya no requerían una atención sanitaria aguda, pero que no podían ser dadas de alta debido a la inexistencia de

un paquete de recursos comunitarios bien coordinados para prestarles la atención necesaria en sus domicilios.

Para dar respuesta a esta doble problemática se han desarrollado dos modalidades diferenciadas de servicios intermedios:

- Servicios de prevención de ingresos hospitalarios innecesarios: se trata de servicios que pretenden dar respuesta, en el ámbito comunitario, a situaciones de emergencia o de crisis que podrían derivar en el ingreso de una persona en el hospital. Se trata, generalmente, de equipos multidisciplinarios que intervienen de forma urgente en el domicilio de la persona cuando se produce un suceso (caídas, accidentes, claudicación de personas cuidadoras, etc.) que pone en peligro la permanencia de la persona dependiente en su entorno habitual.
- Servicios de facilitación del alta hospitalaria: se trata de servicios que pretenden planificar y coordinar la atención requerida por las personas que van a ser dadas de alta del hospital, antes de que ésta se produzca. La intervención generalmente comienza en el propio hospital, a través de equipos multidisciplinarios (generalmente formados por médico, enfermero/a y trabajador/a social) que valoran las necesidades que tendrá la persona una vez se estabilice su situación médica. Estas necesidades pueden cubrirse mediante estancias de convalecencia, cuando se considera que la persona no puede regresar directamente a su domicilio, o bien a través de la coordinación de equipos sanitarios y sociales de atención primaria actuando en el domicilio de la persona.

En el marco de la atención intermedia, ha surgido, desde hace algunos años, el interés por los equipos de trabajo social basados en los servicios de urgencias hospitalarias. Aunque no es una fórmula novedosa como tal –los equipos de trabajo social funcionaban en los servicios de urgencias hospitalarias en Suecia desde los años 80– su implantación como herramienta para prevenir ingresos hospitalarios innecesarios, facilitar el regreso de las personas atendidas en urgencias al domicilio, y mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes sí constituyen una práctica novedosa.

Tal y como apuntan Bywaters y sus colaboradores en un artículo sobre el desarrollo que están teniendo este tipo de iniciativas en el Reino Unido (Bywaters, P. et al, 2011), los servicios de emergencias representan un espacio crítico entre el entorno comunitario y el hospitalario, y constituyen un punto de acceso clave, no sólo para los servicios sanitarios, sino también para los servicios sociales. Como tal, los servicios de urgencias juegan un papel fundamental a la hora de determinar quién accede al hospital y la forma en que se gestionan los traslados entre el domicilio y el medio hospitalario. Los servicios de urgencias hospitalarias también pueden constituir un espacio privilegiado desde el que detectar las necesidades sociales, en la medida en que toda la población –incluida la más vulnerable, que no utiliza, en muchas ocasiones, los canales habituales de acceso a los servicios sanitarios y sociales– acude a los servicios de emergencias en alguna ocasión (Gordon, J.A., 1999).

Desarrollo del modelo de intervención social en los servicios de urgencias del Reino Unido

De acuerdo con los datos recabados por Bywaters y colaboradores mediante una encuesta a todos los servicios de urgencias hospitalarias del Reino Unido, en 2008, un 35% de los mismos contaban con equipos de intervención social en su servicio. El 65% restante afirmaba proporcionar atención social a sus pacientes mediante derivaciones o acuerdos con servicios externos (del hospital o comunitarios).

Por lo que se refiere a la organización de estos equipos de intervención social, la mayoría de los mismos estaban liderados por un o una profesional de enfermería (63%), por terapeutas ocupacionales (18%) o por trabajadores o trabajadoras sociales (9%). El 54% de los servicios disponía de un equipo multidisciplinar. La financiación de estos equipos corría generalmente a cargo del Sistema Nacional de Salud y sólo en uno de los 71 servicios detectados la financiación provenía del departamento competente en servicios sociales. La mayoría de los servicios analizados estaban operativos solamente en horario de oficina, siendo sólo un 12% los que ofrecían atención las 24 horas.

Bywaters y colaboradores critican la falta de un modelo homogéneo a la hora de desarrollar estos equipos de intervención social, lo que está creando desigualdades territoriales en el acceso a los servicios sociales prestados. También critican el hecho de que la mayoría de los equipos detectados admiten trabajar fundamentalmente con el objetivo de prevenir ingresos hospitalarios (62%) o de facilitar el alta (23%) y que solamente una minoría de los servicios (16%) aprovechan la estructura creada para llevar a cabo una labor preventiva más amplia, actuando como equipos de detección de problemáticas sociales (adicciones, riesgo de caídas, violencia doméstica, precariedad en el alojamiento, etc.) que pueden derivar en la necesidad de atención sanitaria y social continuada en el futuro.

Evidencia sobre la efectividad y la eficiencia de los servicios desarrollados

Aunque no son muchos los estudios que han analizado la efectividad y la eficiencia de los equipos de intervención social basados en los servicios de urgencias hospitalarios, la evidencia disponible hasta la fecha indica que estos equipos pueden tener un impacto positivo en el Sistema de Salud, y también en la salud y en el bienestar de los pacientes.

En un estudio francés realizado en 1993, por ejemplo, Monsuez y colaboradores demostraron que el 1,2% de todas las personas que utilizaron el servicio de urgencias –que hubieran supuesto un 6,5% de los ingresos hospitalarios– requerían alguna intervención social, fundamentalmente atención domiciliaria o residencial. En el 82% de los casos, la puesta en marcha de la intervención social indicada evitaba el ingreso hospitalario, lo que significa que el 5,6% del total de ingresos hospitalarios fueron prevenibles mediante la provisión de servicios sociales. Este resultado es similar al obtenido por Boyack y Bucknum en Canadá, en 1991, donde pudie-

ron demostrar que el 5% de los pacientes admitidos en el hospital podían haber evitado el ingreso de haber tenido acceso a un trabajador o una trabajadora social (McLeod, E, et. al, 2003).

Más recientemente, la evaluación de un equipo de intervención social inserto en el servicio de urgencias del Hospital de Walsgrave (Inglaterra) encontró una diferencia significativa en el número de pacientes dados de alta del servicio de emergencias durante la fase de implementación del proyecto, respecto al año anterior a la puesta en marcha de la intervención, lo que supuso un ahorro de 885,5 días de estancia mensuales durante los 12 meses que duró la intervención. Aunque el diseño de la evaluación no permite establecer una relación causal entre el nuevo programa de intervención social y la reducción de admisiones hospitalarias observado durante el periodo de pilotaje –no se pudo utilizar un diseño aleatorio para el estudio–, los resultados parecen prometedores, dado que tampoco se encontraron diferencias significativas entre los pacientes atendidos durante la fase de intervención y de control, que pudieran explicar esta reducción.

Además del ahorro que puede suponer la reducción de admisiones hospitalarias innecesarias gracias a la puesta en marcha de equipos de intervención social en los servicios de urgencias de los hospitales, la literatura consultada también señala a una mayor eficiencia derivada de un mejor aprovechamiento de la dedicación del personal médico y sanitario. Estos autores señalan que los médicos de urgencias, en el ejercicio de su profesión, se enfrentan a personas que presentan un cúmulo de necesidades médicas y sociales, y que, en ocasiones, deben invertir parte de su tiempo en lidiar con cuestiones que no son estrictamente médicas. Por lo tanto, argumentan que la disponibilidad de personal dedicado al trabajo social en el servicio de urgencias podría liberar al personal sanitario de este tipo de funciones, que no les corresponden, pero que en ocasiones no les queda más remedio que asumir (Bywaters, P. y McLeod E., 2003).

En efecto, las evaluaciones económicas realizadas hasta el momento sugieren que el coste de poner en marcha equipos de intervención social en servicios de urgencias podría recuperarse mediante ahorros en términos de una mayor eficiencia y efectividad de la intervención desarrollada desde estos servicios. Por ejemplo, en un modelo teórico realizado en 2001 a partir de los resultados sobre la efectividad de los servicios obtenidos en estudios anteriores, se calcula que un servicio de urgencias con un volumen de 90.000 visitas anuales –similar al que podrían tener los hospitales de referencia en Álava o en Gipuzkoa–, podría ahorrarse unos 65.000 dólares anuales, mediante la incorporación de un equipo de intervención social al servicio (Gordon, J.A., 2001).

La perspectiva de las personas usuarias

Al margen de los posibles beneficios que puede aportar al sistema sanitario y/o social la inclusión de un equipo de intervención social en los servicios de urgencias, es importante evaluar el impacto de los mismos desde la perspectiva de las personas que acuden a estos servicios.

Tal y como lo exponen McLeod y colaboradores en un estudio cualitativo que recoge el punto de vista de las personas usuarias de los servicios y de sus familias, los beneficios de la intervención social desde los servicios de urgencias abarcan al menos tres aspectos importantes:

- **Mediación en la comunicación con los profesionales sanitarios.** Los profesionales de urgencias a menudo carecen del tiempo y la formación necesarios para transmitir con suficiente detalle y detenimiento la información relativa a las implicaciones del diagnóstico de los pacientes, a su pronóstico y a los tratamientos que aplican, así como para identificar los servicios que los pacientes podrían necesitar una vez abandonen el hospital. Las personas usuarias de los servicios donde existe el apoyo de un trabajador o trabajadora social valoran muy positivamente la función de mediación que ejerce esta figura a la hora de negociar los tratamientos con el personal sanitario y de ofrecer apoyo en decisiones o situaciones traumáticas (intervenciones de riesgo, fallecimiento de personas allegadas, etc.), percibiendo en muchas ocasiones a los trabajadores y trabajadoras sociales como defensores de sus derechos ante los profesionales sanitarios.
- **Promoción de la salud a corto y largo plazo.** La intervención desarrollada por los equipos de trabajo social en los servicios de urgencias permiten identificar necesidades sociales de los pacientes que no están cubiertas y que pueden tener un impacto muy negativo en la salud de éstos y en la probabilidad de requerir atención sanitaria y social en el futuro. Un adecuado diagnóstico de las capacidades y de los recursos de que dispondrá la persona una vez regrese a su domicilio permite poner en marcha las intervenciones más adecuadas con la inmediatez necesaria, de manera que se evitan futuros riesgos para la salud y futuros gastos en servicios sanitarios y sociales.
- **Apoyo en el acceso a los servicios sociales municipales.** Las personas usuarias valoran positivamente el disponer de un "enlace" con los servicios sociales municipales en el propio servicio de urgencias y, especialmente, las facilidades que ello ofrece para la derivación y el acceso posterior a los servicios necesarios, particularmente a la ayuda a domicilio y a las cortas estancias de convalecencia en centros residenciales.

Limitaciones de las intervenciones realizadas

A pesar del potencial de los equipos de intervención social basados en servicios de urgencias hospitalarios para generar los beneficios señalados en términos de eficacia y efectividad y como herramienta para la detección de necesidades sociales no cubiertas, los resultados que se obtienen en cada caso concreto dependen, en gran medida, de los recursos que se pongan a disposición de estos equipos y de las vías de colaboración que se establezcan con otros servicios comunitarios, particularmente los servicios sociales municipales y los servicios de atención primaria de salud. Esto significa que no es suficiente con crear un equipo de trabajo social en cada servicio de urgencias, sino que es necesario dotar a estos equipos de las herramientas (recursos, protocolos de derivación, procedimientos de actuación, etc.) necesarios para que puedan maximizar los beneficios de la intervención.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la evidencia disponible actualmente sobre la eficacia y la eficiencia de estos servicios proviene de un número limitado de investigaciones que se han desarrollado de forma dispersa y que analizan servicios con configuraciones y pautas organizativas muy dispares, lo que impide que los resultados se puedan trasladar a todos los contextos. En este sentido, autores como Paul Bywaters señalan la necesidad de establecer distintos modelos de intervención y evaluarlos rigurosamente, antes de proceder –como está sucediendo en el Reino Unido– a su expansión.

Bibliografía de referencia

Bywaters, P. y E. McLeod. "Social care's impact on emergency medicine: a model to test". *Emergency Medicine Journal*, vol. 20, págs. 134-137, 2003.

Bywaters, P. et al. "Good intentions, increased inequalities: developing social care services in emergency departments in the UK". *Health and Social Care in the Community*, vol. 19, nº 5, págs. 460-467, 2011.

Gordon, J. A. "The hospital emergency department as a social welfare institution". *Annals of Emergency Medicine*, vol. 33, nº 3, págs.321-325, 1999.

Gordon, J.A. "Cost-benefit analysis of social work services in the emergency department: a conceptual model". *Academic Emergency Medicine*, vol. 8, nº 1, págs. 54-60, 2001.

McLeod, E. et al. "Social work in accident and emergency departments: a better deal for older patient's health?" *British Journal of Social Work*, vol. 33, págs. 787-802, 2003.

McLeod, E. y M. Olsson. "Emergency department social work in the UK and Sweden: evaluation by older frequent emergency department attenders". *European Journal of Social Work*, vol. 9, nº2, págs. 139-157, 2006.

Morris, D. M y J. A. Gordon. "The role of the emergency department in the care of homeless and disadvantaged populations". *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 24, págs. 839-848, 2006.

ESTADISTIKA BULETINA BOLETIN ESTADISTICO

nº 7

AURKEZPENA / PRESENTACIÓN. Gizarte zerbitzuen Behatokiak 1.300 bisitari baino gehiago izan ditu 2011 urtean zehar. / El Observatorio de Servicios Sociales recibe a más de 1.300 visitantes en 2011.

PANORAMA. Las prestaciones económicas suponen prácticamente la mitad de los servicios sociales concedidos en 2010.

A FONDO. Los centros residenciales y de atención diurna alaveses dan empleo a 2.797 personas en 2010.

SAKONEAN. Arabako biztanleen %3,2 menpekotasun egoeran aurkitzen da.

A FONDO. Las alternativas residenciales y de día adquieren mayor peso en la atención a personas que requieren apoyos de alta intensidad.

TENDENCIAS. El trabajo social desde los servicios de urgencias: una nueva modalidad de atención intermedia.

► ARABAKO FORU ALDUNDIA



► DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA