

ESTADÍSTIKA BULETINA BOLETIN ESTADÍSTICO

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

14

AURKEZPENA

Europar konparaketaren eguneraketa.

Gizarte-zerbitzuen nazioarteko konparaketak erreferentzia puntu bat eskaini diezaguke, arlo horretan aurreratuago diren herriekiko distantzia neurtzeko. Hori dela eta, Arabako Gizarte Zerbitzuen Behatokiko bigarren buletinean azaltzen den nazioarteko konparaketaren eguneraketa burutu da.

Aurreko analisisan zehaztutako lurraldeen aukeraketa mantendu da, Suediako datuak salbu, Arabako gizarte zerbitzuekiko desberdintasunak direla eta baztertu egin baitira oraingo honetan.

Horrela, gizarte zerbitzuen arloan duten tradizioa, azpieskualde mailako datuak eskuragarri izatea eta beste ezaugarri soziodemografikoak – biztanleen banaketa geografikoa edo lurraldearen azalera, besteak beste – irizpide gisa erabiliz, hauek dira buletin honetan aztertutako lurraldeak:

- Danimarka: Odense, Aarhus eta Aalborg udalerrriak.
- Finlandia: Finlandia erdialdeko eskualdea.
- Gales: Swansea eta Cardiff autoritate lokalak.
- Ingalaterra: Telford and Wrekin, Swindon eta Milton Keynes autoritate lokalak.

PRESENTACIÓN

Actualización de la comparativa europea.

Adoptar una perspectiva internacional permite establecer un punto de referencia para medir la distancia respecto a los territorios más avanzados en materia de servicios sociales. Por ello, se ha llevado a cabo la actualización de la comparativa territorial analizada en el número dos del boletín del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.

Se ha mantenido la selección de los territorios de comparación definidos en el análisis anterior, salvo los datos correspondientes a Suecia, que se han omitido en esta ocasión por las diferencias que presentan respecto a los servicios sociales alaveses.

En base a la tradición del país en el ámbito de los servicios sociales, la disponibilidad de datos oficiales a nivel subregional y otras características sociodemográficas –como la distribución geográfica de la población o la extensión del territorio–, los territorios analizados en este boletín son:

- Dinamarca: los municipios de Odense, Aarhus y Aalborg.
- Finlandia: la región central de Finlandia.
- Gales: las autoridades locales de Swansea y Cardiff.
- Inglaterra: las autoridades locales de Telford and Wrekin, Swindon y Milton Keynes.

Buletinaren edukiak

Behatokiaren hamalagarren Buletina hasten da *Ikuspegia* izeneko atalarekin, non gizarte zerbitzuen sarearen analisia egiten den, 2016ean Lurralde Historikoan artatu diren kolektibo desberdinen egoera zehaztuz.

Jarraian, *Sakonean* ataleko hiru artikulua nazioarteko analisisan zentratzen dira, gizarte zerbitzuen onuradun izan ohi diren hiru gizarte-talderi dagokienez: pertsona adinduak, ezintasuna duten pertsonak eta babesgabetasun egoeran dauden adingabeak, hurrenez hurren.

Pertsona adinduen eta ezintasuna duten pertsonen kasuan, egoitza zerbitzu, eguneko zerbitzu eta etxez etxeko laguntza (EEL) zerbitzuaren inguruko datuak eskaintzen dira. Adin txikikoen kasuan berriz, konparaketa familia-banaketa neurrietan zentratzen da, bereziki babesgabetasun egoeran dauden haurren egoitza harreran eta familia harreran.

Amaitzeko, *Joerak* ataleko dossier dokumentalak Europar Batasunean mendetasunaren arretarako dauden arreta eredu desberdinak aztertzen ditu. Horrez gain, eredu hauen aldaketa-joerak eta etorkizunean izango dituzten erronkak ere azaltzen dira.

Contenidos del Boletín

El decimocuarto Boletín del Observatorio comienza con la sección *Panorama*, un análisis del alcance de la red de servicios sociales, en 2016, donde se analiza la evolución que ha tenido la atención a los diferentes colectivos destinatarios de los servicios.

A continuación, los tres artículos de la sección *A Fondo* se centran en el análisis internacional de los principales servicios destinados a tres colectivos de atención como son las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas menores de edad en situación de desprotección.

En el caso de las personas mayores y las personas con discapacidad, se muestran datos correspondientes a los servicios residenciales, servicios diurnos y el servicio de atención domiciliaria (SAD). En cuanto a la población menor, la comparación se centra en las diversas medidas de separación aplicadas en los casos de desprotección infantil, sobre todo, en el acogimiento residencial y el acogimiento familiar.

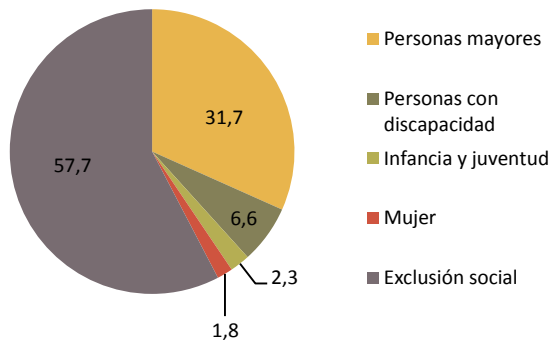
Finalmente, el dossier documental de la sección *Tendencias* está dedicado a la atención a la dependencia en el contexto europeo, donde se analizan los diferentes modelos existentes, además de plantear las tendencias de cambio y los desafíos a los que se enfrentan estos modelos.

PANORAMA | IKUSPEGI

Vuelve a aumentar la atención en los servicios sociales de Álava durante 2016

Durante 2016, el sistema de servicios sociales alaveses atendió a más de 60.000 personas¹. De éstas, el 58% correspondieron a personas en situación de pobreza y exclusión social y casi un tercio, el 32%, a la población de 65 y más años. Las personas con discapacidad (6,6%), la población menor de edad (2,3%) y las mujeres en situación de desprotección (1,8%) completaron el conjunto de demandas atendidas.

Gráfico 1. Distribución de personas usuarias a de servicios sociales lo largo del año, por colectivo (%). Álava 2016.

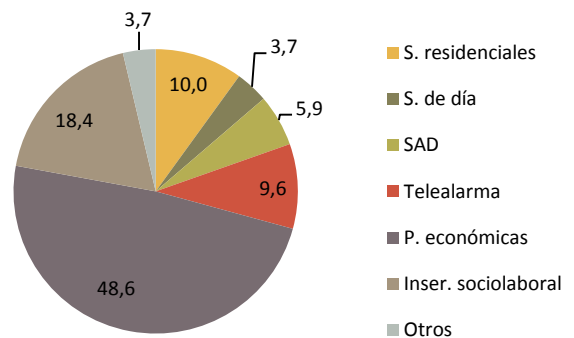


¹ Se refiere a personas atendidas en el sistema a lo largo del año, aunque no a personas diferentes, dado que una misma persona puede ser atendida en varios servicios a lo largo del año, incluso utilizar el mismo servicio en varias ocasiones. Refleja, no obstante, la capacidad de atención que tiene el sistema en un determinado año.

Teniendo en cuenta los diversos recursos contemplados en el conjunto de los servicios sociales, se observa que cerca de la mitad de las personas que fueron usuarias del sistema a lo largo del año percibieron prestaciones económicas –ya fueran vinculadas a la dependencia, a situaciones de exclusión social o de desprotección.

Casi una de cada cinco personas que utilizaron el sistema a lo largo del año fueron atendidas en programas de inserción sociolaboral, y una de cada diez fueron acogidas recursos de tipo residencial. Además el servicio de telealarma fue utilizado por el 9,6% de las personas usuarias del año, el servicio de atención a domicilio por un 5,9%, y los servicios de atención diurna por un 3,7%.

Gráfico 2. Distribución de personas usuarias a lo largo del año de servicios sociales por tipo de recurso (%). Álava 2016.



Respecto a los datos del año anterior, el número de personas atendidas a lo largo del año ha aumentado un 2%. La mayoría de los colectivos han registrado un incremento, salvo las personas en situación de exclusión social (un 2% menos entre 2015 y 2016). Con todo, se trata del colectivo de atención que mayor porcentaje representa sobre el total de personas atendidas.

La infancia y la población mayor han registrado un aumento del 9,6% y el 8,4%, respectivamente. Mientras que el incremento interanual registrado por el resto de colectivos de atención ha sido inferior –un 7,1% entre las personas con discapacidad y un 6% en el caso de las mujeres en situación de desprotección–.

Tabla 1. Evolución y variación interanual de personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año por colectivo. Álava 2015-2016.

	P. atendidas en el año		Variación interanual	
	2016	2015	Abs.	%
P. mayores	19.338	17.841	1.497	8,4
P. con discapacidad	4.035	3.768	267	7,1
Infancia y juventud	1.382	1.261	121	9,6
Mujer	1.090	1.028	62	6,0
Exclusión social	35.196	35.917	-721	-2,0
Total	61.041	59.815	1.226	2,0

En cuanto a la variación de los diversos servicios y prestaciones incluidos en el sistema, se observa que el servicio de atención a domicilio y la telealarma han tenido un mayor aumento –14% y 9%, respectivamente–. Los servicios residenciales y los programas de inserción sociolaboral son, en cambio, los recursos que han descendido en número de personas atendidas a lo largo del año.

Tabla 2. Evolución y variación interanual de personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año por tipo de recurso. Álava 2015-2016.

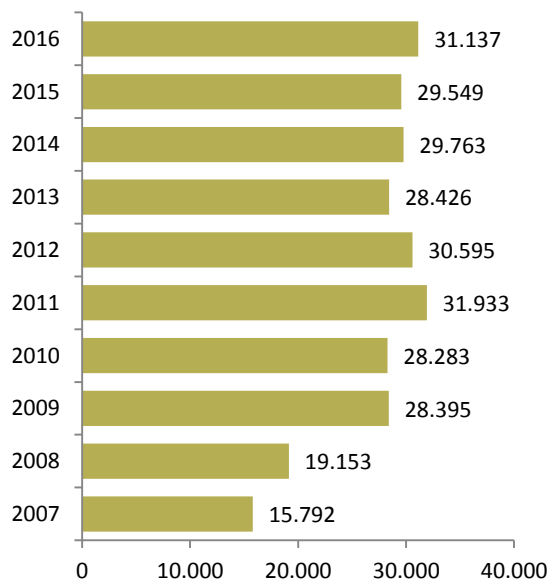
	P. atendidas en el año		Variación interanual	
	2016	2015	Abs.	%
Servicios residenciales	6.095	6.479	-384	-5,9
S. de día	2.275	2.276	-1	0,0
SAD	3.599	3.154	445	14,1
Telealarma	5.882	5.396	486	9,0
Prestaciones económicas	29.689	28.886	803	2,8
Inserción sociolaboral	11.235	11.522	-287	-2,5
Otros	2.266	2.102	164	7,8
Total	61.041	59.815	1.226	2,0

Más de 31.000 personas estaban atendidas a finales de año en los servicios sociales de Álava

Al margen de analizar el número de personas atendidas durante al año, en este apartado se examina la atención realizada por parte de la red de servicios sociales de Álava a 31 de diciembre, lo que permite tener una perspectiva más ajustada de la capacidad que tiene el sistema de responder a la demanda de servicios y prestaciones sociales en un momento puntual.

Desde 2007, el número de personas que permanecen atendidas a finales de año casi se ha duplicado.

Gráfico 3. Evolución de personas usuarias de servicios sociales a 31 de diciembre. Álava 2007-2016.



Nota: Se incluyen las personas usuarias a lo largo del año en recursos destinados a mujeres víctimas de violencia doméstica u otra situación de vulnerabilidad y en intervención socioeducativa para personas menores de edad en desprotección.

Siguiendo con la perspectiva evolutiva, la información disponible muestra un aumento en la mayoría de los colectivos atendidos. Así, el número de personas mayores atendidas a 31 de diciembre ha pasado de 14.318 personas en 2015 a 15.385 en 2016. El número de personas con discapacidad usuarias de servicios sociales también ha crecido en un 16,6% respecto al año anterior, así como el número de mujeres en situación de desprotección atendidas por los servicios sociales alaveses a lo largo del año (un 6% más). El número de personas menores de edad y personas en situación de exclusión social se ha mantenido relativamente estable durante este periodo.

Desde una perspectiva de evolución más amplia, los datos muestran una tendencia general al alza entre 2007 y 2016. Destaca el repunte significativo que aparece al principio del periodo representado en el siguiente Gráfico, que se debe a la puesta en marcha de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. A partir de la implantación de esta Ley, la atención de las personas mayores se ha estabilizado, a excepción del descenso registrado en 2012.

Junto con la población mayor, las personas en situación de exclusión social representan la mayor parte de la atención social del Territorio. Tal y como muestran los datos, el número de personas en situación de exclusión se ha duplicado entre 2007 y 2016, pasando de 5.021 a 10.089 personas. Aunque el mayor aumento se registró durante de la crisis económica, esta cifra se ha mantenido relativamente estable desde entonces.

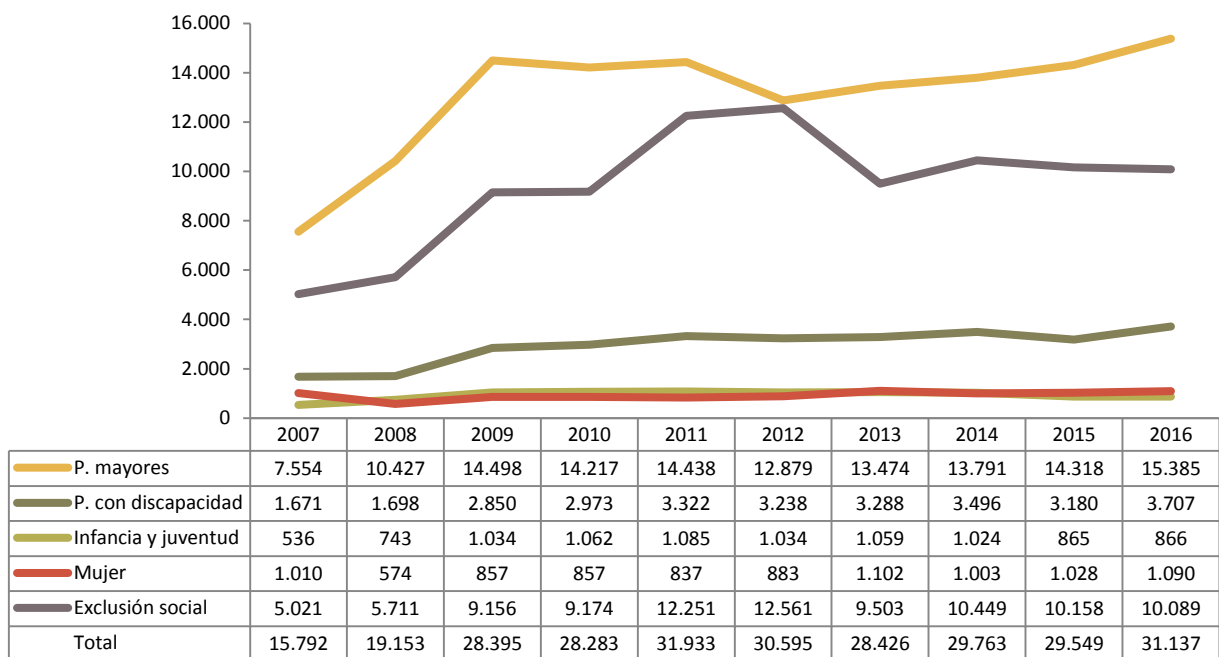
El número de personas con discapacidad también se ha duplicado durante este periodo, situándose cerca de 4.000 personas atendidas a finales de año. El mayor aumento registrado desde 2007 se produjo entre 2008 y 2009, con la entrada en vigor de la Ley de Dependencia y sus correspondientes prestaciones económicas (Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar, Prestación Económica de Asistencia Personal y la Prestación Económica Vinculada al Servicio).

Respecto a la población menor atendida, se observa que, tras un importante descenso registrado hasta 2012, el número de personas menores de 18 años en situación de desprotección atendidas por el sistema se ha duplicado entre 2013 y 2016.

Finalmente, se observa que el número de mujeres atendidas en recursos de servicios sociales dirigidos a mujeres víctimas de violencia de género u otras situaciones de desprotección ha aumentado respecto al año anterior, tras años de disminución de la

atención a este colectivo. No obstante, hay que tener en cuenta que esta cifra hace referencia a las personas atendidas a lo largo del año, no a las atendidas en un momento determinado.

Gráfico 4. Evolución de personas usuarias de servicios sociales a 31 de diciembre, por colectivo. Álava 2007-2016.

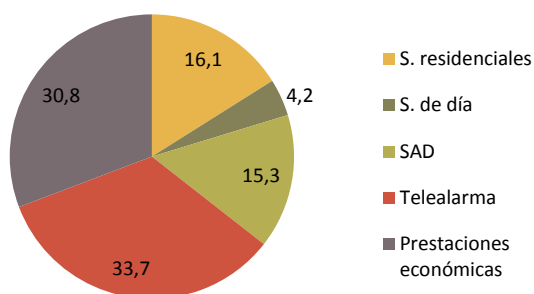


Nota: Se incluyen las personas usuarias a lo largo del año en recursos destinados a mujeres víctimas de violencia doméstica u otra situación de vulnerabilidad y en intervención socioeducativa para personas menores de edad en desprotección.

El servicio de telealarma es el servicio más utilizado por las personas mayores en Álava

A finales de 2016, 15.385 personas de 65 y más años hacían uso de alguno de los recursos de servicios sociales dirigidos a la población mayor, lo que supone cerca del 24% de la población de 65 y más años del territorio alavés. Teniendo en cuenta los distintos servicios y ayudas que se contemplan en el sistema de servicios sociales del Territorio, destaca que un tercio de estas personas eran usuarias del servicio de telealarma, seguido por las prestaciones económicas (31% sobre el total). El resto de servicios que completan el conjunto de recursos destinados a la población mayor con los servicios residenciales (16,1%), el Servicio de Atención a Domicilio (15,3%) y los servicios de atención diurna (4,2%).

Gráfico 5. Distribución de las personas mayores atendidas a 31 de diciembre por tipo de recurso (%). Álava 2016.



Nota: Los servicios diurnos incluyen centros de día, Centros Rurales de Atención Diurna (CRAD) y atención diurna en residencias.

La prestación económica para el cuidado en el entorno familiar (PECEF) congrega un mayor número de personas beneficiarias en relación al resto de ayudas económicas para las personas mayores, ya que 2.930 personas de 65 y más años percibían esta ayuda a finales de año, lo cual supone casi el 62% del conjunto de prestaciones económicas. El resto de ayudas se distribuye de la siguiente manera: 708 personas son beneficiarias de las prestaciones vinculadas al servicio (PEVS), 708 personas lo son de las pensiones no contributivas, 131 personas obtienen la prestación económica de asistencia personal (PEAP) y 86 personas mayores perciben pensiones del Fondo de Bienestar Social.

Desde el punto de vista evolutivo, se observa que el servicio de telealarma es el recurso que mayor aumento del número de personas atendidas ha registrado en los últimos cinco años –un 24,4% más entre 2011 y 2016–. Por el contrario, el servicio de atención domiciliaria ha disminuido en un 17,4% durante este periodo.

En cuanto a la cobertura, el servicio de telealarma y las prestaciones económicas siguen siendo los recursos con mayor número de personas atendidas por cada 100 habitantes mayores de 65 años, con 8 y 7 personas atendidas por 100 habitantes de dicha edad, respectivamente. En total, la cobertura de los recursos destinados a personas mayores ha disminuido entre 2011 y 2016, pasando de 26 a 24 personas atendidas por cada 100 habitantes mayores de 65 años.

Tabla 3. Evolución de personas mayores atendidas y cobertura (por cada 100 habitantes mayores de 65 años) a 31 de diciembre, por tipo de recurso. Álava 2011-2016.

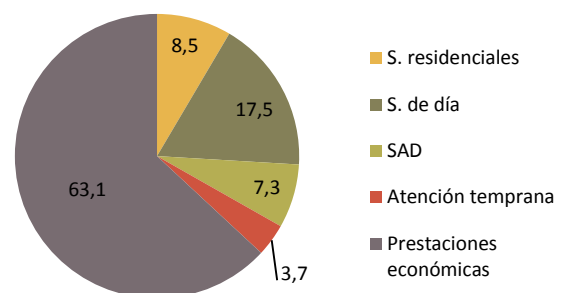
	2016		2011		Variación 2011/2016 (%)
	Nº	Cobertura	Nº	Cobertura	
Servicios residenciales	2.471	3,8	2.537	4,5	-2,6
Centros de día	409	0,6	443	0,8	-7,7
Centros Rurales de Atención Diurna	196	0,3	172	0,3	14,0
Atención diurna en residencias	44	0,1	43	0,1	2,3
Servicio de Ayuda a Domicilio	2.351	3,6	2.845	5,0	-17,4
Prestaciones económicas	5.179	8,0	4.162	7,4	24,4
Telealarma	4.735	7,3	4.482	7,9	5,6
Total	15.385	23,9	14.710	26,0	4,6

Nota: Las prestaciones económicas destinadas a personas mayores incluyen las pensiones no contributivas y del Fondo de Bienestar Social, la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS), la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) y la Prestación de Asistencia Personal (PEAP).

Más de la mitad de las personas con discapacidad atendidas por el sistema de servicios sociales percibía alguna prestación económica

Tal y como muestran los datos del Observatorio, más del 63% de los recursos destinados a personas con discapacidad son ayudas económicas del sistema de servicios sociales, principalmente prestaciones para el cuidado en el entorno familiar (PECEF) que benefician a finales de 2016 a 1.604 personas. Los servicios diurnos, formados por centros de día y centros ocupacionales, representan el 17,5% de la población con discapacidad atendida, con 142 y 406 personas atendidas a finales de año, respectivamente. Por último, los servicios residenciales (8,5%), el servicio de ayuda a domicilio (7,3%) y el servicio de atención temprana (3,7%) completan los servicios y prestaciones orientadas a personas con discapacidad.

Gráfico 6. Distribución de las personas con discapacidad atendidas a 31 de diciembre por tipo de recurso (%). Álava 2016.



En los últimos cinco años, el número de personas con discapacidad atendidas por la red de servicios sociales ha aumentado, especialmente en los centros de día (24%) y atención temprana (17%). El número de personas atendidas en el resto de los recursos destinados a personas con discapacidad

–centros ocupacionales, servicio de atención domiciliaria y los servicios residenciales– se ha incrementado en menor medida. Por el contrario, las prestaciones económicas destinadas a personas con discapacidad han descendido entre 2011 y 2016.

Respecto a la cobertura de los recursos de la red de servicios sociales, se observa que

ésta se ha mantenido en torno a 16 personas con discapacidad atendidas sobre 1.000 personas de entre 18 y 64 años. Teniendo en cuenta la variación de los distintos recursos, los datos muestran el aumento de la atención temprana (1,4% más entre 2011 y 2016) y el descenso de la cobertura de las prestaciones económicas (un 0,7% menos).

Tabla 4. Evolución de personas con discapacidad atendidas y cobertura (por cada 1.000 habitantes de 18-64 años) a 31 de diciembre, por tipo de recurso. Álava 2011-2016.

	2016		2011		Variación 2011/2016 (%)
	Nº	Cobertura	Nº	Cobertura	
S. residenciales	270	1,3	263	1,2	2,7
Centros de día	152	0,7	123	0,6	23,6
Centro ocupacional	403	2,0	372	1,8	8,3
SAD	231	1,1	223	1,1	3,6
Prestaciones económicas	2.006	9,9	2.239	10,6	-10,4
Atención temprana	118	9,0	101	7,7	16,8
Total	3.180	15,7	3.323	15,7	-4,3

Notas:

La cobertura del servicio de atención temprana se calcula sobre la población de entre 0-3 años.

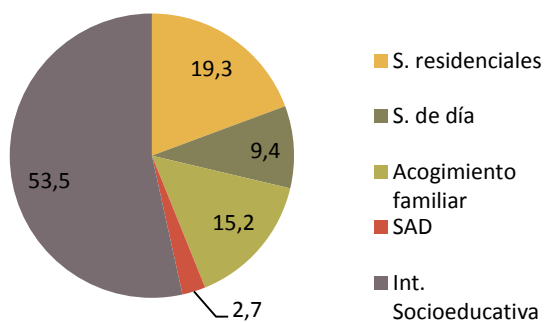
Las prestaciones económicas destinadas a personas con discapacidad incluyen las pensiones no contributivas y del Fondo de Bienestar Social, la Prestación económica Vinculada al Servicio (PEVS), la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), la Prestación de Asistencia Personal y las prestaciones de la LISMI.

La intervención socioeducativa esencial en la atención a las personas menores

A finales de 2016, cerca de mil personas menores de 18 años estaban atendidas por el sistema de servicios sociales de Álava, lo que supone el 1,8% de la población menor de edad del territorio. Según el tipo de recurso, más de la mitad de la población menor atendida en los servicios sociales del Territorio ha participado en los programas de intervención socioeducativa.

El 19% de las personas menores atendidas se encontraba en acogimiento residencial, mientras que un 15% estaban acogidas en familias a finales de año. Los servicios diurnos (9%) y la atención domiciliaria (3%) completan los recursos destinados a menores en desprotección.

Gráfico 7. Distribución de las personas menores de edad atendidas a 31 de diciembre por tipo de recurso (%). Álava 2016.



Respecto a la evolución de los distintos servicios y programas dirigidos a la población menor, destaca el aumento del número de personas atendidas a lo largo del año en los programas de apoyo socioeducativo, ya que ha pasado de 333 personas atendidas en 2011, a un total de 589 en 2016.

En cambio, destaca el descenso registrado en el número de personas menores de 18 años en situación de desprotección grave atendidas en la red que han acudido a la unidad de visitas, donde mantienen encuentros con sus familias de origen, bajo la supervisión de personal especializado.

Tabla 5. Evolución de personas menores de edad atendidas a lo largo del año, por tipo de recurso. Álava 2011-2016.

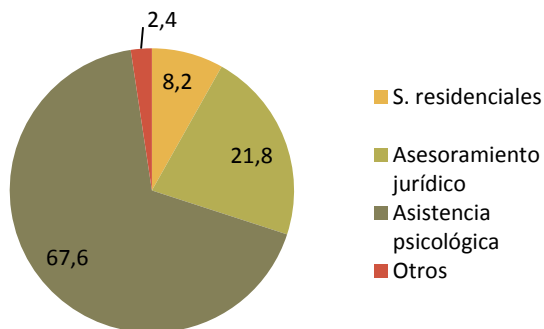
	2016	2011	Variación 2011/2016 (%)
	Nº	Nº	
S. residenciales	397	312	27,2
S. de día	169	146	15,8
Acogimiento familiar	103	91	13,2
SAD	33	34	-2,9
Apoyo socioeducativo	589	333	76,9
Unidad de visitas	91	190	-52,1
Total	1.382	1.106	25,0

Siete de cada diez mujeres atendidas han recibido asistencia psicológica

Durante 2016, 1.090 mujeres víctimas de violencia de género u otras situaciones de vulnerabilidad social fueron atendidas en Álava, es decir, un 6,6 por mil de la población femenina del territorio.

La asistencia psicológica es el recurso más empleado por las mujeres víctimas de violencia de género –suponen un 68% de la atención total–. La atención a mujeres se completa con el asesoramiento jurídico (22%), los servicios residenciales (8%) y el programa socioeducativo y de acompañamiento (2%).

Gráfico 8. Distribución de mujeres víctimas de violencia de género atendidas a lo largo del año, por tipo de recurso (%). Álava 2016.



Desde el punto de vista evolutivo, destaca el aumento de mujeres atendidas por los servicios residenciales, ya que han duplicado su presencia en los últimos cinco años, pasando de 42 personas atendidas en 2011 a 89 personas en 2016. La atención prestada por los servicios de asesoramiento jurídico y asistencia psicológica también ha aumentado durante este periodo, un 55% y un 38%, respectivamente. En total, la población atendida a lo largo del año se ha incrementado en un 40% entre 2011 y 2016.

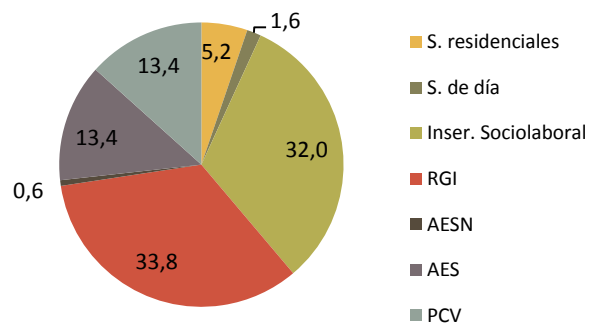
Tabla 6. Evolución de la población atendida por violencia de género a lo largo del año, según tipo de recurso. Álava 2011-2016.

	2016	2011	Variación 2011/2016 (%)
	Nº	Nº	
S. residenciales	89	42	111,9
Asesoramiento jurídico	238	154	54,5
Asistencia psicológica	737	536	37,5
Programa socio-educativo y de acompañamiento	26	38	-31,6
Total	1.090	770	41,6

Las prestaciones para la garantía de ingresos predominan en la atención a las personas en exclusión social

Durante 2016, 35.140 personas en situación de exclusión social han sido atendidas en Álava por los diversos recursos de la red de servicios sociales y de empleo. La mayor parte de estas personas percibían la Renta de Garantía de Ingresos (34%), así como otras prestaciones para la garantía de ingresos como la prestación complementaria de vivienda (13%), las ayudas de emergencia social (13%) o las ayudas especiales a situaciones de necesidad (0,6%). Asimismo, el 32% de la población atendida participa en programas de inserción sociolaboral. Los servicios residenciales (5%) y los diurnos (2%) completan los recursos destinados a la atención de personas en situación de pobreza y exclusión social.

Gráfico 9. Distribución de personas en situación de exclusión atendidas a lo largo del año, por tipo de recurso (%). Álava 2016.



En comparación con los datos registrado durante 2011, se observa que el número total de personas en situación de exclusión social atendidas en los servicios sociales de Álava ha aumentado considerablemente, con un 58% más de personas atendidas

durante 2016. Sin embargo, cabe remarcar la variación de cada tipo de recurso, ya que los recursos dirigidos a este colectivo no han evolucionado de la misma manera durante este periodo.

Por un lado, hay que destacar el aumento de personas beneficiarias de ayudas de emergencia social, ya que se duplica la cifra registrada hace cinco años. Los programas de inserción sociolaboral también han tenido un incremento acentuado pasando de 7.220 personas atendidas durante 2011 a 11.235 personas, en 2016. La Renta de Garantía de Ingresos (dependiente de Lanbide) es otro de los recursos que han aumentado en personas atendidas (28% más), así como las ayudas especiales a situaciones de necesidad (11%).

Por otro lado, entre los servicios que han disminuido su presencia se encuentran los servicios de día (52%) y los servicios residenciales (22%).

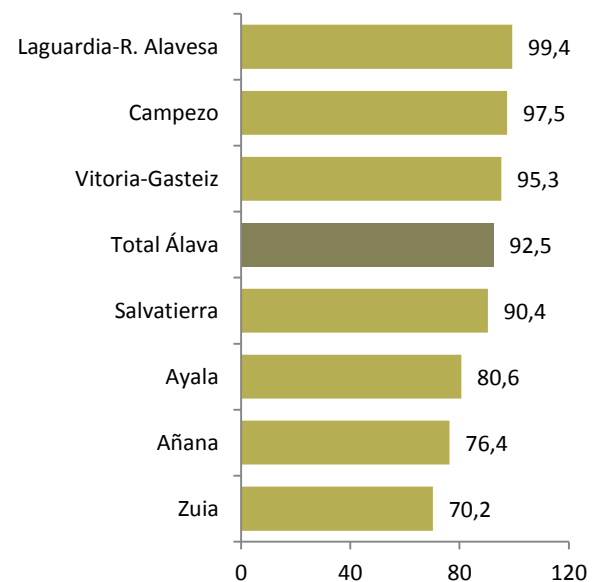
Tabla 7. Evolución de la población en situación de exclusión social atendida a lo largo del año, por tipo de recurso. Álava 2011-2016.

	2016	2011	Variación 2011/2016 (%)
	Nº	Nº	
Servicios residenciales	1.841	2.350	-21,7
S. de día	567	1.180	-51,9
Inserción sociolaboral	11.235	7.220	55,6
RGI	11.871	9.262	28,2
AESN	225	203	10,8
AES	4.709	2.052	129,5
PCV	4.692	-	-
Total	35.140	22.267	57,8

Cobertura dispar en las comarcas del territorio alavés

Laguardia-Rioja Alavesa es la cuadrilla con mayor cobertura de servicios sociales del territorio alavés, con casi 100 personas atendidas por cada mil habitantes a finales de 2016. Asimismo, la comarca de Campezo y Vitoria-Gasteiz también superan la cobertura media del Territorio (92,5‰). El resto de cuadrillas registran un número menor de personas atendidas por cada 1.000 habitantes: en orden descendente se sitúan Salvatierra (90,4), Ayala (80,6), Añana (76,4) y Zuia (70,2).

Gráfico 10. Cobertura de servicios sociales a 31 de diciembre, por cuadrillas (tasa por cada 1.000 habitantes). Álava 2016.



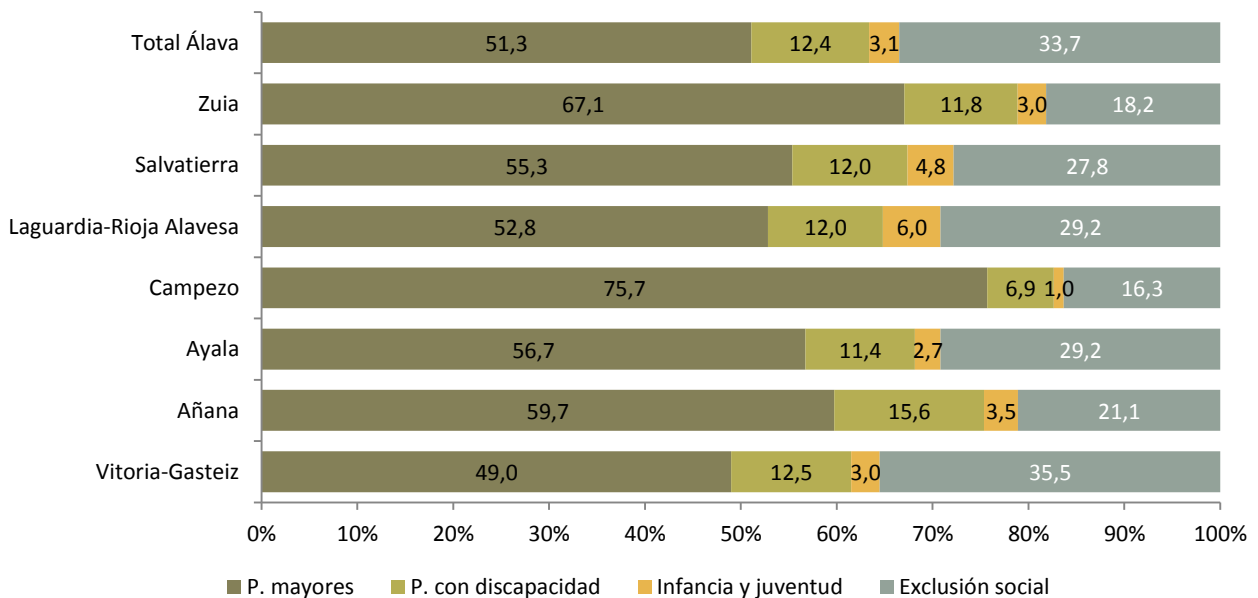
En lo que respecta a la distribución de la cobertura del conjunto de la red de servicios sociales del territorio alavés en función de los diversos colectivos atendidos, los

datos recogidos en el Observatorio muestran que las personas mayores y las personas en situación de exclusión social constituyen los colectivos con mayor cobertura en la totalidad de las comarcas.

Sin embargo, se observan algunas diferencias en la cobertura de la atención prestada en las distintas cuadrillas respecto a la cobertura media del conjunto del Territorio. Así, en la cuadrilla de Campezo destaca la cobertura de los recursos destinados a personas mayores (75,7‰) mientras que la cobertura media del territorio alavés se

sitúa en 51,3‰. También destacan la atención destinada a personas en exclusión social en Vitoria-Gasteiz (35,5‰ frente a 33,7‰ de media), la dirigida a personas con discapacidad en Añana (15,6‰ frente a 12,4‰ de media) y la atención a la población menor en Laguardia-Rioja Alavesa (6‰ frente a 3,1‰ para el conjunto del Territorio Histórico).

Gráfico 11. Distribución de la cobertura de servicios sociales según colectivo atendido², por cuadrillas (tasa por cada 1.000 habitantes). Álava 2016.



² No se incluyen los datos sobre mujeres víctimas de violencia de género, debido a que los datos disponibles hacen referencia a personas usuarias en el territorio a lo largo del año.

A FONDO | SAKONEAN

La atención a la población mayor del territorio alavés, entre la de los países nórdicos y los anglosajones.

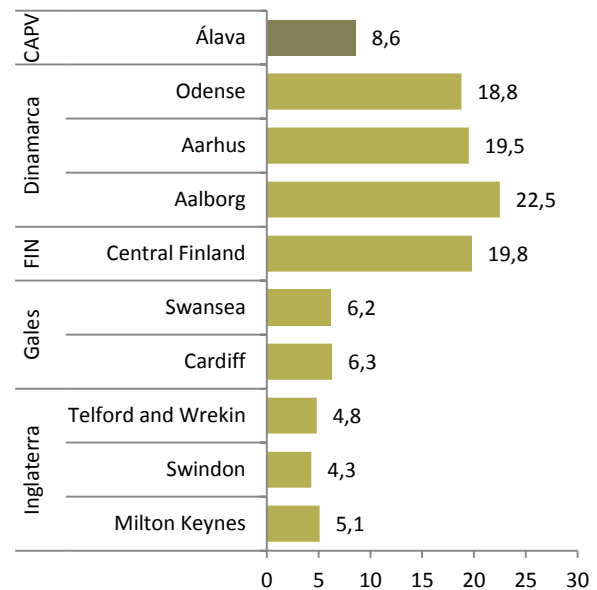
Los principales servicios alaveses para personas mayores –servicios residenciales, de día y domiciliarios– atendían a 5.568 personas en diciembre de 2016, lo que supone una cobertura de 8,6 personas usuarias por 100 habitantes de 65 o más años. Esta cobertura sitúa a Álava en una posición intermedia entre las regiones de los países anglosajones, que registran coberturas que se sitúan en torno al 5%, y las regiones de los países nórdicos, que presentan coberturas que superan incluso el 20%.

No obstante, las diferencias de cobertura existentes entre las regiones analizadas³ deben interpretarse con cautela, dado que los datos sobre una misma tipología de servicios pueden incluir prestaciones de carácter distinto en diferentes países. Por ejemplo, las diferencias entre las regiones danesas y el resto de las áreas geográficas analizadas son probablemente algo menores de lo que se desprende de los datos recogidos, debido a que, en Dinamarca, los datos sobre atención domiciliaria suelen incluir la atención que se les presta a las personas alojadas en viviendas con apoyo de baja intensidad, mientras que en otros territorios, incluido el de Álava, la atención a estas personas se presta desde los propios programas de alojamiento, por lo que no queda incluida en la atención domiciliaria convencional.

³ Las áreas geográficas seleccionadas para la comparación internacional son las siguientes: Odense, Aarhus y Aalborg (Dinamarca), la región Central de Finlandia, las autoridades locales de Swansea y Cardiff (Gales) y las autoridades locales de Telford and Wrekin, Swindon y Milton Keynes (Inglaterra).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los datos de cobertura que se ofrecen no reflejan la totalidad de la atención que se les presta a las personas mayores en los diferentes territorios analizados, puesto que se limitan a las personas atendidas en los principales tipos de servicio, y que, por lo tanto, son comunes a prácticamente todos los países. Estas coberturas se completan con otro tipo de servicios comunitarios que pueden variar de un país a otro.

Gráfico 1. Cobertura de los principales servicios sociales para personas mayores (%).



Notas

Se han incluido las personas usuarias de servicios residenciales, de día y de atención domiciliaria. No se incluyen las personas usuarias de apartamentos tutelados, apartamentos con baja intensidad y apartamentos con apoyo. En el caso de Finlandia, los servicios diurnos contemplados incluyen personas atendidas en centros de día o de noche (*part time care*).

Fuentes

Álava: Diputación Foral de Álava; Dinamarca: StatBank Denmark; Finlandia: Sotkanet Indicator Bank; Gales: StatsWales; Inglaterra: National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS).

Atención residencial a nivel europeo

A finales de 2016, 2.471 personas –el 3,83% de la población de 65 y más años– estaban atendidas en centros residenciales y viviendas comunitarias públicas o concertadas en el Territorio Histórico de Álava. El número de personas usuarias de este tipo de recursos es muy similar al de las regiones nórdicas analizadas y duplica las cifras registradas en las regiones de Inglaterra y Gales.

En cuanto a la cobertura de los servicios de atención residencial, se observa que la región Central de Finlandia cuenta, como el territorio alavés, con cerca de cuatro personas atendidas en servicios residenciales por cada 100 habitantes de 65 y más años. Por su parte, las coberturas de las regiones danesas se sitúan en torno al 7%.

Las autoridades locales de Gales e Inglaterra seleccionadas para el análisis ofrecen unas coberturas residenciales muy inferiores, que no llegan, en ninguno de los casos, a superar el 2% de la población mayor de cada una de las áreas geográficas analizadas. Al igual que en el caso de Álava, se trata, en estos territorios, de personas que ocupan plazas financiadas por las instituciones públicas (en el Reino Unido, las personas que superan determinado nivel de ingresos se ven obligadas a cubrir la totalidad del coste de los servicios), por lo que las cifras no reflejan la cobertura total –pública y privada– de los servicios residenciales en las regiones analizadas. No obstante, siendo que tampoco se incluye la atención estrictamente privada en Álava, se puede decir que la red pública alavesa dobla, prácticamente, en cobertura residencial a las regiones anglosajonas analizadas.

Tabla 1. Personas usuarias y cobertura de los servicios residenciales para personas mayores.

		Usuarios/as	Población de 65 y más años	Cobertura (% 65 y más años)
CAPV¹	Álava	2.471	64.448	3,83
Dinamarca²	Odense	2.362	33.206	7,11
	Aarhus	3.657	46.834	7,81
	Aalborg	2.577	36.503	7,06
Finlandia³	Central Finland	2.390	60.179	3,97
Gales⁴	Swansea	929	49.588	1,87
	Cardiff	916	46.812	1,96
Inglaterra⁵	Telford and Wrekin	465	26.400	1,76
	Swindon	500	31.400	1,59
	Milton Keynes	495	30.900	1,60

1. No se incluyen los apartamentos tutelados. Fuente: Diputación Foral de Álava. Datos a 31 de diciembre de 2016.

2. No se incluyen los servicios de baja intensidad. Fuente: StatBank Denmark. Datos a 15 de febrero de 2016.

3. No se incluyen los apartamentos con apoyo. Fuente: Sotkanet Indicator Bank. Datos a 31 de diciembre de 2016.

4. Sólo personas usuarias de plazas con financiación pública. Fuente: StatsWales. Datos a 31 de marzo de 2015.

5. Sólo personas usuarias de plazas con financiación pública. Fuente: National Adult Social Care Intelligence Service (NASICIS). Datos a 31 de marzo de 2013.

Recursos diurnos para mayores

Los servicios de día alaveses –incluidos los centros de día asistenciales así como los centros rurales de atención diurna y las plazas de atención diurna en residencias– atendían a 746 personas mayores a finales de 2016. En este caso no se observa un patrón por países tan claro como en el caso de los servicios residenciales, de manera que existen mayores diferencias entre territorios de un mismo país. Así, por ejemplo, el municipio de Swansea, en Gales, casi duplica la cobertura que se ofrece en la localidad galesa de Cardiff.

Por otra parte, al contrario de lo que ocurre con los servicios residenciales, en este caso son los países anglosajones los que destacan sobre los nórdicos, especialmente si se tiene en cuenta que, en el caso de la región central de Finlandia, la cifra se sitúa en el 0,08% –incluyendo a todas las personas que reciben atención a jornada parcial, sea durante el día o por la noche–.

Por tanto, Álava se posiciona como la región mejor dotada en cuanto a la atención diurna de personas mayores se refiere, con un 1,16% de la población mayor del territorio atendida.

Tabla 2. Personas usuarias de servicios de atención diurna para personas mayores.

		Usuarios/as	Población de 65 y más años	Cobertura (% 65 y más años)
CAPV¹	Álava	746	64.448	1,16
Dinamarca²	Odense	-	-	-
	Aarhus	-	-	-
	Aalborg	-	-	-
Finlandia³	Central Finland	47	57.280	0,08
Gales⁴	Swansea	356	49.588	0,72
	Cardiff	193	46.812	0,41
Inglaterra⁵	Telford and Wrekin	120	26.400	0,45
	Swindon	170	31.400	0,54
	Milton Keynes	195	30.900	0,63

1. Se incluye la atención en centros de día, centros rurales de atención diurna y atención diurna en centros residenciales. Fuente: Diputación Foral de Álava. Datos a 31 de diciembre de 2016.

2. No se han encontrado datos sobre centros de día. Por otra parte, el número de plazas de atención diurna en residencias es tan baja que se ha optado por no incluir datos sobre servicios diurnos en los municipios daneses seleccionados.

3. Personas atendidas en centros de día o de noche. Fuente: Sotkanet Indicator Bank. Datos a 31 de diciembre de 2014

4. Fuente: StatsWales. Datos a 31 de marzo de 2015.

5. Fuente: National Adult Social Care Intelligence Service (NASIS). Datos a 31 de marzo de 2013.

La atención domiciliaria

A finales de 2016, casi cuatro de cada cien personas de 65 y más años recibían atención a domicilio en el Territorio Histórico de Álava, una cobertura cercana a la registrada en las regiones anglosajonas –en las localidades inglesas seleccionadas se sitúa en torno al 2%, mientras que en las galesas supera el 3% de la población mayor–.

Sin embargo, los datos muestran una gran diferencia respecto a los países nórdicos, donde la cifra de personas usuarias de 65 y más años atendidas por el servicio de atención domiciliaria representa a más del 10% de la población mayor. Sobre todo, destacan las coberturas de la localidad danesa de Aalborg y la región central de Finlandia, que superan el 15%.

Tabla 3. Personas mayores usuarias de servicios de atención domiciliaria.

		Usuarios/as	Población de 65 y más años	Cobertura (% 65 y más años)
CAPV¹	Álava	2.351	64.448	3,65
Dinamarca²	Odense	3.884	33.206	11,70
	Aarhus	5.491	45.561	12,05
	Aalborg	5.623	36.503	15,40
Finlandia³	Central Finland	9.496	60.179	15,78
Gales⁴	Swansea	1.806	49.588	3,64
	Cardiff	1.850	46.812	3,95
Inglaterra⁵	Telford and Wrekin	670	26.400	2,54
	Swindon	670	31.400	2,13
	Milton Keynes	885	30.900	2,86

1. Datos a 31 de diciembre de 2016. Fuente: Diputación Foral de Álava.

2. Datos a 15 de febrero de 2016, excepto los datos de Aarhus que corresponden a 2015. Fuente: StatBank Denmark.

3. Datos a 31 de diciembre de 2016. Fuente: Sotkanet Indicator Bank.

4. Datos a 31 de marzo de 2015. Fuente: StatsWales.

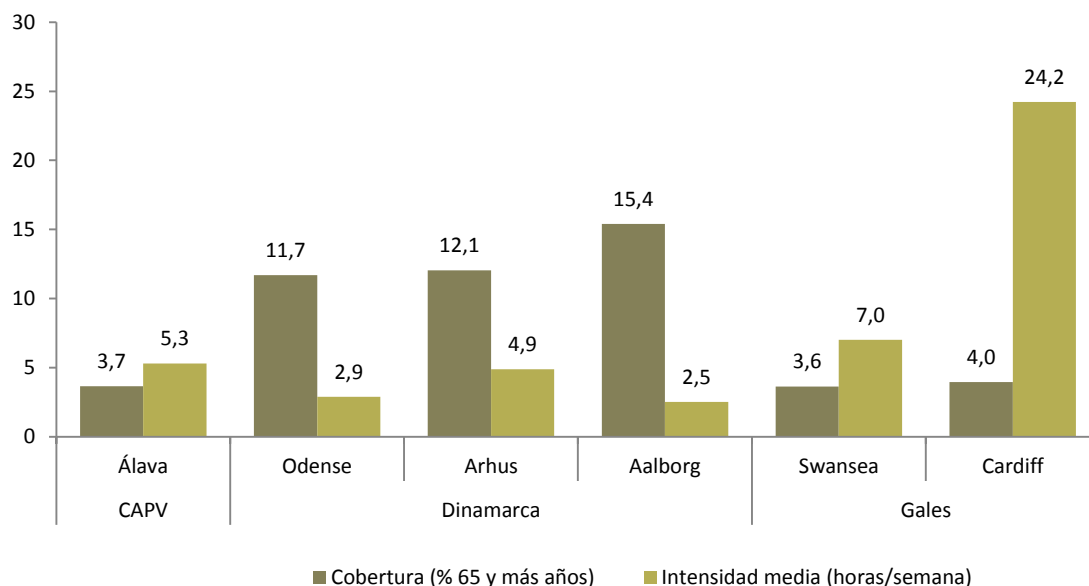
5. Datos a 31 de marzo de 2013. Fuente: National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS).

Si se tienen en cuenta los datos de cobertura de manera conjunta con la intensidad de la atención, se pone de manifiesto la existencia de al menos dos modelos de atención. Por una parte, se encuentran las regiones donde a pesar de su elevada cobertura, prestan un número menor de horas semanales por persona usuaria. Este modelo de carácter preventivo se observa en las localidades danesas, donde las coberturas superan al 10% de la población mayor, aunque la intensidad media del servicio no alcanza las cinco horas por semana.

Por el contrario, las regiones anglosajonas presentan un modelo más intensivo de la atención domiciliaria, ya que el número de horas prestadas es mayor que en el país danés. Esto puede deberse a que el servicio atiende a personas con mayores necesidades de atención.

En el caso de Álava se observa un cierto equilibrio entre ambos indicadores, dado que ofrece una cobertura similar a la de las localidades galesas, mientras que la intensidad media supera a las regiones con un modelo preventivo.

Gráfico 2. Cobertura (por 100 personas de 65 y más años) e intensidad media (horas/semana) del servicio de atención a domicilio para personas mayores.



Notas

En Álava y Dinamarca, los datos son a 31 de diciembre de 2016, excepto los correspondientes al municipio de Aarhus que son de 2015. Los datos de las localidades galesas corresponden al año 2014.

Fuentes

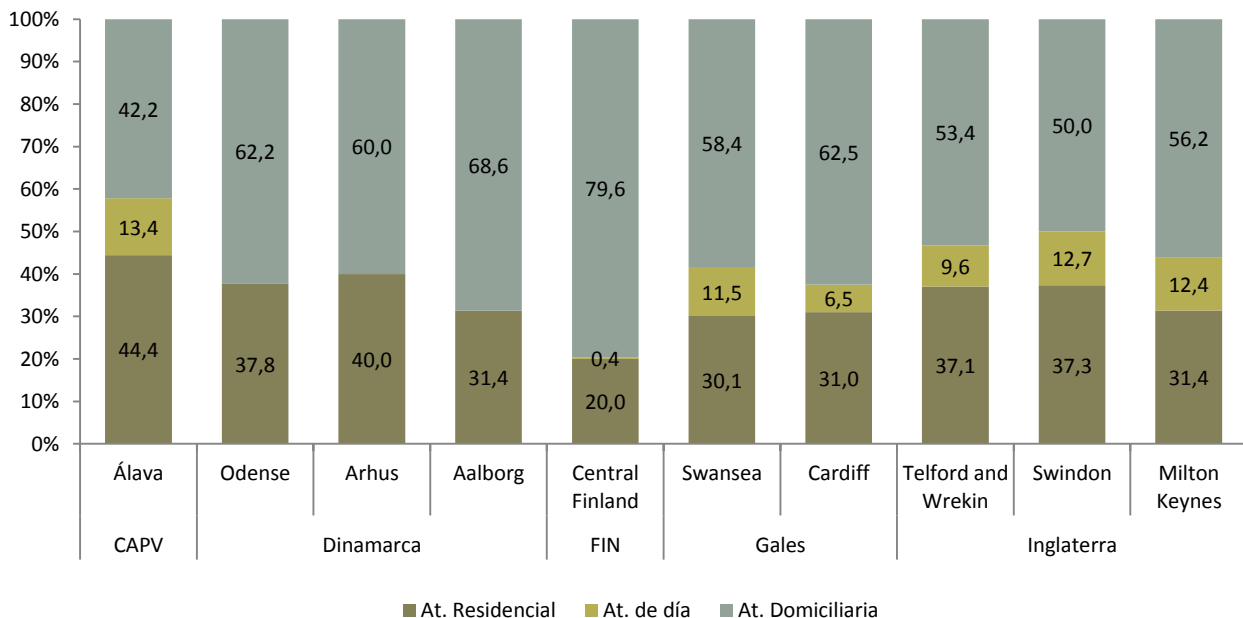
Álava: Diputación Foral de Álava; Dinamarca: StatBank Denmark; Gales: StatsWales.

Distribución de los servicios

Tal y como se observa en el siguiente gráfico, la atención domiciliaria supone más de la mitad de la cobertura del conjunto de los servicios analizados, ya que prácticamente 6 de cada 10 personas de 65 y más años atendidas por la red de servicios sociales reciben atención a domicilio, siendo el porcentaje algo superior en la región Central de Finlandia (un 79,6% sobre el total). En el caso del Territorio Histórico de Álava, el peso relativo de este servicio en relación al conjunto de los recursos destinados a la población mayor es menor y se equipara con el de los recursos de atención residencial (en torno al 43%).

También se observa una cierta homogeneidad en lo que se refiere a los servicios residenciales, dado que este tipo de recurso comprende entre un 30% y un 40% de la atención prestada a las personas mayores. Finalmente, los datos recogidos muestran una mayor presencia de los servicios de atención diurna en las regiones anglosajonas seleccionadas para este análisis, así como entre los servicios sociales alaveses, donde los recursos de atención diurna – incluyendo centros de día asistenciales, centros rurales de atención diurna y plazas de atención diurna en residencias– se sitúa por encima del 10%.

Gráfico 3. Distribución de las personas atendidas en los principales servicios sociales para personas mayores por tipo de servicio.



Fuentes

Álava: Diputación Foral de Álava; Dinamarca: StatBank Denmark; Finlandia: Sotkanet Indicator Bank; Gales: StatsWales; Inglaterra: National Adult Social Care Intelligence Service (NASIS).

A FONDO | SAKONEAN

Desberdintasun handiak ezgaitasuna duten pertsonen arretaren baitan

Gizarte zerbitzuen sareak ezgaitasuna duten pertsonen arretarako dituen zerbitzu nagusiak kontuan izanda –egoitza zerbitzuak, eguneko zerbitzuak eta etxez etxeko laguntza zerbitzua–, Araban 1.047 pertsona zeuden artaturik 2016. urte amaieran, hau da, 18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko, 52 pertsona inguruk jasotzen zuten aipaturiko zerbitzuren bat.

Estaldura hori aztertutako beste lurraldeekin alderatuz gero, ikus daiteke guztietan txiki-ena dela. Halaber, desberdintasun handiak nabari dira gainontzeko herrialdeen artean ere. Ingalaterra eta Galesen, ezintasuna duten pertsonen zuzenduriko zerbitzuen estaldura, hamar mila biztanleko 60 eta 75 pertsonen artean kokatzen da, Cardiff hiriaz salbu, non hamar mila pertsonako 140 erabiltzaile gairatzen diren. Milton Keynes hirigune ingelesa, aldiz, Arabako estalduratik gertu kokatzen da (54 erabiltzaile inguru 10.000 biztanleko).

Bestalde, Danimarka eta Finlandiako lurralde gehienetan –Aarhus hirian izan ezik–, ezintasuna duten pertsonen zerbitzuek ehundik gora pertsona artatzen dituzte 18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko.

1. Taula. Ezgaitasuna duten pertsonentzako zerbitzu mota nagusien erabiltzaile kopurua eta estaldura.

		Egoitza zerb.	Eguneko zerb.	EEL	Guztira	18-64 bitarteko biztanleak	Estaldura (10.000ko)
EAE¹	Araba	262	548	237	1.047	203.155	51,5
Danimarka²	Odense	237	350	942	1.529	122.164	125,2
	Aarhus	192	577	1218	1.987	211.149	94,1
	Aalborg	134	173	1089	1.396	128.521	108,6
Finlandia³	Central Finland	490	792	468	1.750	163.734	106,9
Gales⁴	Swansea	336	852	553	1.741	234.071	74,4
	Cardiff	470	450	1167	2.087	148.544	140,5
Ingalaterra⁵	Telford and Wrekin	150	265	265	680	103.099	66
	Swindon	185	340	350	875	134.665	65
	Milton Keynes	110	320	440	870	160.621	54,2

1. Erabiltzaile kopurua 2016ko abenduaren 31n. Iturria: Arabako Foru Aldundia.

2. Erabiltzaile kopurua 2012ko otsailaren 15ean. Iturria: StatBank Denmark.

3. Erabiltzaile kopurua 2014ko abenduaren 31n. Iturria: Sotkanet Indicator Bank.

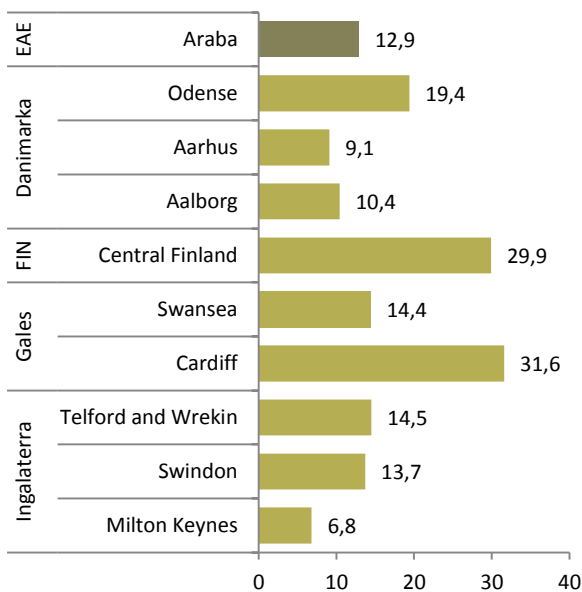
4. Erabiltzaile kopurua 2015eko martxoaren 31n. Iturria: StatsWales.

5. Erabiltzaile kopurua 2013ko martxoaren 31n. Iturria: National Adult Social Care Intelligence Service (NASIS).

Egoitza zerbitzuak

Ezgaitasunak dituzten pertsonentzako egoitza arretari dagokionez, Araban eskaintzen den estaldura -18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko 12,9 erabiltzaile- Ingalaterrako Milton Keynes eta Danimarkako herrialde gehienek gainera da.

1. Grafikoa. Ezgaitasunak dituzten pertsonentzako egoitza zerbitzuen estaldura (18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko).



Iturriak

Araba: Arabako Foru Aldundia (2016); Danimarka: StatBank Denmark (2012); Finlandia: Sotkanet Indicator Bank (2014); Gales: StatsWales (2015); Ingalaterra: National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS) (2013).

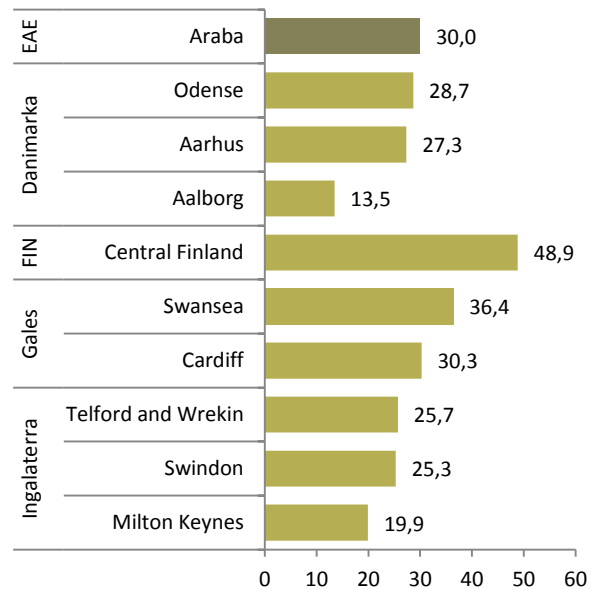
Bestalde, nabarmenak dira halaber herrialde bakoitzeko lurraldeen arteko desberdintasunak. Galesen, adibidez, Cardiff hiriguneko estaldura Swansea hirikoaren bikoitza da -14 eta 32 erabiltzaile 10.000 biztanleko, hurrenez hurren-.

Antzeko zerbait gertatzen da Danimarkako Odense eta lurralde horretako gainontzeko hiriekin. Ingalaterrari dagokionez, Milton Keynes da estaldura txikiena duena, aztertutako beste bi herrietako zerbitzuen estalduraren erdia baitu.

Eguneko arreta

Eguneko zaintzari dagokionez, Araban eskaintzen den estaldura -30 erabiltzaile 18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko-, aztertutako lurraldeen artean handienetakoa da, izan ere, Ingalaterrako eta Danimarkako udaletako estalduraren gainera kokatzen baita.

2. Grafikoa. Ezgaitasunak dituzten pertsonentzako eguneko zerbitzuen estaldura (18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko).



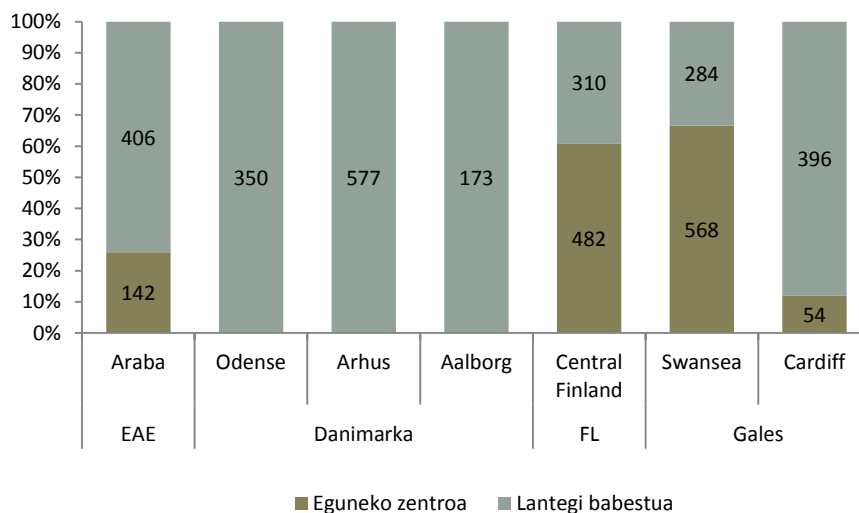
Iturriak

Araba: Arabako Foru Aldundia (2016); Danimarka: StatBank Denmark (2012); Finlandia: Sotkanet Indicator Bank (2016); Gales: StatsWales (2015); Ingalaterra: National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS) (2013).

Estalduraz gain, azter daitekeen beste ezaugarri bat eguneko zaintzaren baitan dauden zerbitzu desberdinetako –eguneko zentro eta lantegi babestuetako– erabiltzaileen bereizketa da. Halere, kontuan izan behar da aztertutako lurralde guztiek ez dutela zerbitzuen arteko bereizketa hau burutzen, beraz, ez dira guztiak alderatu.

Hori horrela, desberdintasun handiak antzematen dira bereizketa hau egiten duten herrialdeen artean. Finlandian eta Galesko Swansea hiriko eguneko zentroetako erabiltzaileak gehiago dira lantegi babestuetakoak baino. Araban, berriz, eguneko zaintza jasotzen duten pertsonen %74a lantegi babestuetako erabiltzailea da.

2. Grafikoa. Eguneko zaintza jasotzen duten erabiltzaile kopuruaren distribuzioa, zaintza motaren arabera.



Oharra

Danimarkako datuen kasuan, ezin izan dira banatu eguneko zentro eta lantegi babestuen erabiltzaileak.

Iturriak

Araba: Arabako Foru Aldundia; Danimarka: StatBank Denmark; Finlandia: Sotkanet Indicator Bank; Gales: StatsWales; Ingalaterra: National Adult Social Care Intelligence Service (NASICIS).

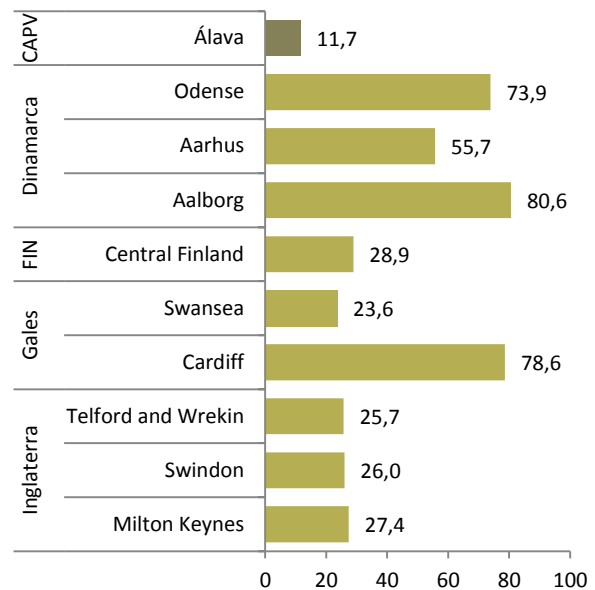
Etkez etxeko laguntza zerbitzua

Azkenik, ezgaitasuna duten pertsonen zuzenduriko ethez etxeko laguntzaren estaldura aipatu beharra dago. Bildutako datuen arabera, aztertutako herrialdeen artean desberdintasun handiak daude. Hain zuzen, Araba da estaldura txikiena duen lurraldea, 12 erabiltzaile inguru baititu 18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko.

Aitzitik, Danimarkako udalerriek ethez etxeko zerbitzu sendoagoa dute, batzuetan hiru mila biztanleko 70 erabiltzaileekin. Finlandia eta Ingalaterrako herrialdeen kasuan, hiru mila biztanleko 30 erabiltzaile inguru dituzte ezgaitasuna duten pertsonen bideratutako ethez etxeko laguntza zerbitzuek. Galesen, berriz, desberdintasun handiak daude aztertutako hirien artean. Cardiff hirian ethez etxeko laguntza zerbitzuak 18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko 79 pertsona inguru artatzen ditu, Swansea hiriguneko estaldura hirukoitzuz.

Adineko pertsonen kasuan bezala (ikus buletineko Sakonean ataleko lehen artikulua), estaldura handiena eskaintzen duen herrialdean erabiltzaileei eskaintzen zaien zerbitzuaren intentsitatea gainontzeko lurraldeetan baino askoz baxuagoa da. Datuek adierazten dutenez, beraz, bi eredu daude ethez etxeko laguntzari dagokionean: Danimarkan bezala estaldura handia eta ordu kopuru murriztagoa eskaintzen dutenek osatzen duten eredu prebentiboa, eta estaldura txikiagoa baina intentsitate handiagoko zerbitzua eskaintzen duten herrialdeek aukeratu duten eredu, behar handienak dituzten pertsonen zuzendua.

3. Grafikoa. Ethez etxeko laguntza zerbitzuaren erabiltzaile diren ezintasuna duten pertsonak (18 eta 64 urte bitarteko 10.000 biztanleko estaldura).



Iturriak

Araba: Arabako Foru Aldundia; Danimarka: StatBank Denmark; Finlandia: Sotkanet Indicator Bank; Gales: StatsWales; Ingalaterra: National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS).

A FONDO | SAKONEAN

Predominio del acogimiento familiar en los países anglosajones

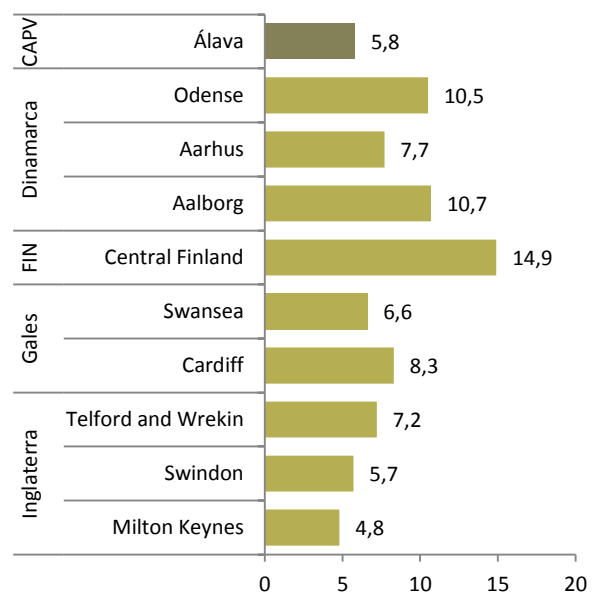
A finales de 2016, había en el territorio alavés un total de 325 personas menores de 18 años en situación de desprotección sujetas a medidas de separación familiar, lo que supone un 5,8 por mil de la población menor de Álava. Si se compara esta tasa con la registrada en los territorios de los países europeos analizados –Dinamarca, Finlandia, Gales e Inglaterra–, se observa que es una tasa similar a la de las regiones inglesas de Swindon y Milton Keynes, aunque significativamente inferior a la que se obtiene en la Región Central de Finlandia y en los municipios daneses de Aalborg y Odense.

Dado que, en todos los países analizados, las instituciones públicas tienen la obligación de ofrecer protección a las personas menores de edad cuando se detectan situaciones de desprotección por maltrato o negligencia por parte de las personas que ejercen su patria potestad, las diferencias en las tasas de personas menores de edad sujetas a medidas de separación familiar en las distintas regiones analizadas podría reflejar una menor incidencia de las situaciones de desprotección mencionadas en algunas regiones, o bien, ser consecuencia de una menor capacidad de detección de las mismas por parte de la sociedad.

Por otra parte, algunas personas menores de edad acogidas en servicios residenciales o en familias se encuentran en situación de guarda voluntaria, cuando las personas que ejercen su patria potestad o su tutela se ven incapacitadas para ejercer sus deberes temporalmente. Parte de las diferencias en las tasas de personas menores sujetas a

medidas de separación familiar podría, por tanto, explicarse también por diferencias sociodemográficas relacionadas con la disponibilidad de la familia extensa para hacerse cargo de las personas menores de edad en caso de incapacidad temporal de los padres, así como por diferencias de carácter cultural que pueden influir en el grado de resistencia de los padres a ceder estos derechos y obligaciones a las instituciones públicas, así como en la predisposición de los servicios sociales para intervenir en estas situaciones.

Gráfico 1. Tasa de personas menores de edad sujetas a medidas de separación familiar (por 1.000 personas de 0 a 17 años)



Fuentes

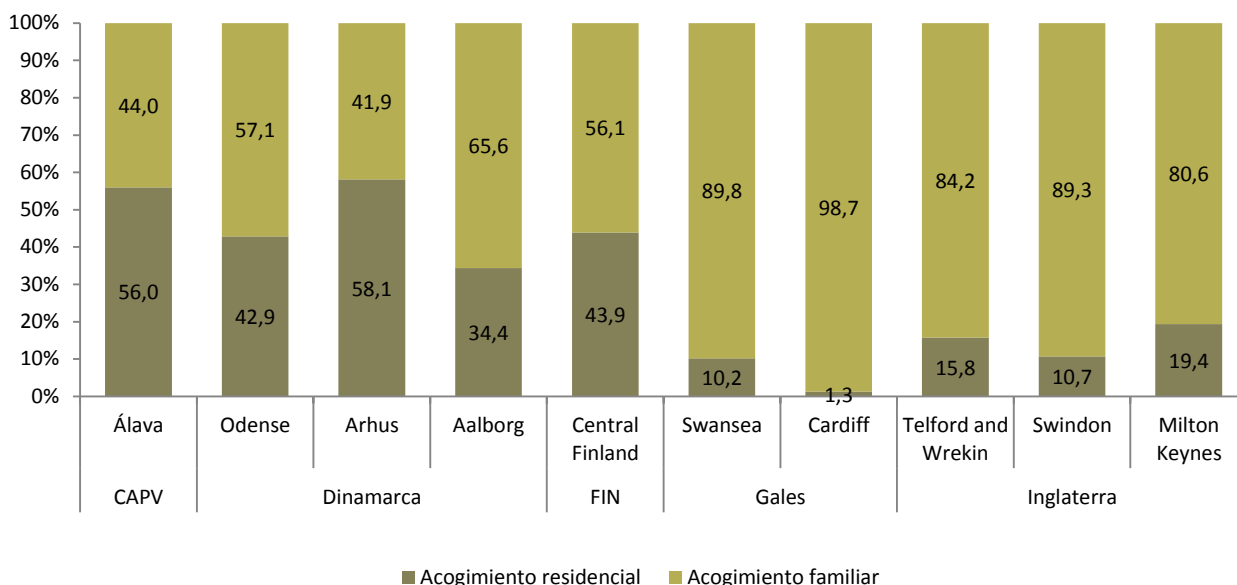
Álava: Diputación Foral de Álava; Dinamarca: StatBank Denmark; Finlandia: Sotkanet Indicator Bank; Gales: StatsWales; Inglaterra: Department for Education.

Por lo que se refiere a la distribución, por tipo de acogimiento, de las personas menores de edad atendidas, el peso del acogimiento familiar es especialmente elevado en Inglaterra y Gales donde más de ocho de cada diez personas menores de edad separadas de sus familias se encuentran acogidas en familias, ya sea temporalmente o a la espera de ser adoptadas.

En Dinamarca y en Finlandia la proporción de personas atendidas en servicios residenciales oscila entre el 40% y el 60% y, en Álava, 182 de los 325 niños y niñas residían en hogares y pisos dependientes de la Diputación Foral, lo que representa al 56% de la población menor atendida en el Territorio.

Hay que tener en cuenta, para explicar este elevado peso del acogimiento en centros en el Territorio Histórico de Álava, que algo más de dos de cada diez personas menores de edad acogidas por las instituciones alavesas a finales de 2016 eran personas extranjeras no acompañadas. Las características de este colectivo –se trata generalmente de personas adolescentes o preadolescentes, que, a pesar de encontrarse separadas de sus familias de origen mantienen un fuerte vínculo con ellas y que, no sienten, por lo tanto, la necesidad de encontrar una familia sustitutiva– hacen que la opción del acogimiento en familias no sea la más adecuada para muchas de estas personas, lo que explicaría en cierta medida la elevada tasa de acogimiento residencial que se observa en Álava.

Gráfico 2. Distribución de las personas menores de edad en acogimiento, por tipo de medida.



Nota

Todos los datos de Álava y Finlandia corresponden a personas menores de edad atendidas a 31 de diciembre de 2016, mientras que los datos de Gales e Inglaterra hacen referencia al 31 de marzo de dicho año. Los datos de Dinamarca corresponden al año 2015.

Fuentes

Álava: Diputación Foral de Álava; Dinamarca: StatBank Denmark; Finlandia: Sotkanet Indicator Bank; Gales: StatsWales; Inglaterra: Department for Education.

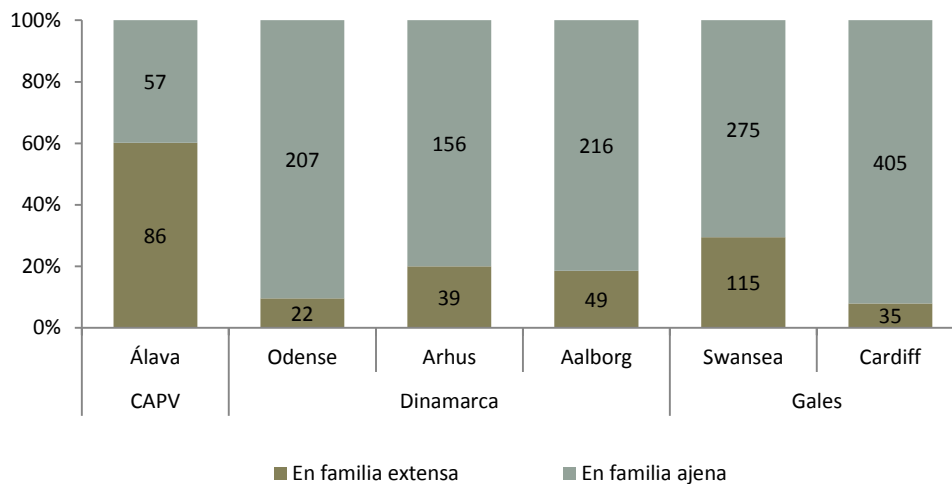
Familia extensa o ajena

Las personas menores en acogimiento familiar pueden estar acogidas por algún miembro de su propia familia (lo que se denomina como acogimiento en la familia extensa) o por otra familia sin tener ningún vínculo familiar directo. En el caso de los territorios europeos seleccionados, se dispone de datos desagregados sobre el tipo de acogimiento familiar para Dinamarca y Gales.

En ambos casos, la proporción de personas menores de edad que, habiendo sido separadas de sus familias de origen, son acogidas por miembros de la familia extensa es

muy inferior a la de Álava, donde más de seis de cada diez niños y niñas que se encuentran en acogimiento familiar residen con miembros de su propia familia. Llama la atención, sobre todo, las diferencias respecto a las regiones danesas en las que este tipo de acogimiento no llega a suponer el 20%. Las diferencias entre los países del norte y del sur de Europa en lo que se refiere a la organización familiar y, especialmente, a la cercanía y a la disponibilidad de la familia extensa, se reflejan claramente en estos resultados.

Gráfico 4. Distribución de las personas menores de edad en acogimiento familiar, por tipo de familia de acogida.



Notas

Los datos de Álava corresponden a personas menores en acogimiento familiar a 31 de diciembre de 2016, mientras que los datos de Gales hacen referencia al 31 de marzo de dicho año. Los datos de Dinamarca corresponden al año 2015. Asimismo, el dato sobre acogimiento familiar en familia extensa incluye a las personas que residen con familia y amigos.

Fuentes

Álava: Diputación Foral de Álava; Dinamarca: StatBank Denmark; Gales: StatsWales.

TENDENCIAS JOERAK

Atención a la dependencia en la Unión Europea: modelos, tendencias y retos

El objetivo básico de este artículo es el de describir algunas de las características básicas de los modelos de atención a la dependencia en Europa, a partir del análisis de los elementos que articulan esos modelos en los diversos países de la Unión. Asimismo, se pretende plantear cuáles son las tendencias de cambio que se vienen manifestando en relación con los modelos de atención a la dependencia en el continente, y poner de manifiesto algunos de los retos y desafíos a los que se enfrentan estos modelos.

Desde el punto de vista metodológico, el artículo se basa en el análisis de una serie de indicadores comunes provistos por diferentes fuentes y en una revisión de la literatura publicada en los últimos años en relación a las características de los sistemas de atención a la dependencia en Europa. Si bien es cierto que la utilización de diversas fuentes de datos permite recoger una amplia gama de indicadores, es preciso también tener en cuenta las limitaciones y dificultades que supone la comparación de ese tipo de indicadores a nivel supraestatal. Las principales dificultades para la comparación se derivan de los siguientes elementos:

- Definición del concepto de dependencia o de cuidados de larga duración (CLD), que no responde en todos los países a las mismas problemáticas o perfiles de necesidad.
- Armonización en la definición de servicios y prestaciones. Si bien los modelos de atención a la dependencia se basan en todos los países en la combinación de un paquete relativamente limitado de servicios o prestaciones –atención residencial, diurna y domiciliaria, y prestaciones económicas–, los servicios y prestaciones que en cada país se engloban en un mismo concepto –*day care* o *home care*, por ejemplo– pueden ser muy diversos y variados. Incluso las estadísticas mejor armonizadas, como el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS), esconden en realidad diferencias internacionales en ocasiones importantes en lo que se refiere a la definición de los servicios y las pautas de recogida y clasificación de la información.

- Cuando son comparables, los datos disponibles –salvo en cuestiones como el gasto en prestaciones sociales– no están por lo general suficientemente actualizados y/o en ocasiones se refieren a grupos muy reducidos de países. En otros casos, el análisis se deriva de fuentes que no están específicamente diseñadas para el análisis de los modelos de atención a la dependencia –como la Encuesta Europea de Población Activa (EU_LFS) –, lo que dificulta el análisis específico de estas cuestiones.
- También debe tenerse en cuenta, como una limitación de este tipo de análisis, la diversidad interna dentro de los países de la UE, especialmente en aquellos más descentralizados. En esos casos, la imagen global que puede derivarse del conjunto del Estado puede diferir en gran medida de las diferentes realidades que se pueden dar a nivel subestatal.
- Parte de los datos que se utilizan se derivan de registros administrativos, cuya validez y comparabilidad es en ocasiones dudosa. Del mismo modo, cuando se utilizan estadísticas, la representatividad de las muestras utilizadas no es siempre la necesaria para el análisis de situaciones que, aún entre las personas mayores, no dejan de ser minoritarias.
- Finalmente, es también necesario hacer referencia, como una de las limitaciones más importantes a la hora de la realización de comparaciones internacionales en relación a los modelos de atención a la dependencia, a la mayor indefinición que, en relación a otros ámbitos de la protección social, tienen los derechos relacionados con los cuidados de larga duración y sus formas de provisión. En efecto, las comparaciones internacionales son sin duda más sencillas en otros ámbitos más asentados y consolidados de la protección social –las pensiones, la educación, la sanidad, etc.–, debido a que el carácter todavía novedoso y, en cierto modo, difuso de los sistemas de atención a la dependencia en Europa dificulta analizar y comparar en los mismos términos su desarrollo en los diferentes países de Europa.

¿Cuántos modelos de atención a la dependencia existen en la UE?

Como se acaba de señalar, el objetivo de este texto es el de identificar las diferencias que existen en los diversos países de Europa en lo que se refiere a la provisión de servicios a las personas en situación de dependencia. En todo caso, es necesario también poner de manifiesto cuáles son los elementos comunes que, en términos generales, comparten los diferentes países. Efectivamente, más allá de sus diferencias, todos los sistemas europeos de atención a la dependencia comparten una serie de características comunes:

- El primer elemento común es su carácter complementario en relación a la atención informal. Los sistemas formales de atención a la dependencia no sustituyen a las familias ni a las redes informales de atención, especialmente en el caso de las personas afectadas por situaciones más severas de dependencia (Bonsang, 2009), si bien impli-

can un esfuerzo –variable en cada modelo– por socializar o mutualizar la carga que las familias asumen a la hora de atender las necesidades de las personas en situación de dependencia.

- En todos los países, los sistemas de atención a la dependencia combinan prestaciones económicas –en general, dirigidas a las personas cuidadoras y/o a la compra de servicios de atención directa–, atención residencial y servicios domiciliarios, con un énfasis especial en estos últimos. Resulta menos habitual la provisión de otro tipo de servicios, como los de promoción de la autonomía personal, los de asesoramiento, orientación y gestión de casos, etc.
- Los sistemas de atención a la dependencia están públicamente regulados y financiados, si bien su asunción como derecho social, no discrecional, es por lo general tardía e incompleta (en todo caso, más incompleta en unos países que en otros, como veremos).
- Es también importante señalar que, en cualquiera de los modelos que se quieran establecer, la definición de las situaciones de necesidad cubiertas y la concreción del derecho a la percepción de los diversos servicios o prestaciones es más laxa y difusa que en otros sistemas de protección social, como las pensiones, la educación o la sanidad. En ellos, tanto la determinación de las situaciones de necesidad que dan acceso a la percepción de los servicios como el propio contenido de los servicios tienen, por lo general, una definición más clara y formas de acceso menos discrecionales.
- En la mayor parte de los modelos de atención existentes, y a diferencia de lo que ocurre en otros sistemas de protección social, como la sanidad, las personas usuarias participan en la financiación del sistema.
- En todos los modelos, la provisión de los servicios es mixta e intervienen en ella tanto el sector público, como el sector privado con fin de lucro o mercantil y el sector privado sin fin de lucro.
- Aunque variable, existe también en todos los modelos analizados un cierto nivel de coordinación o integración con el sistema de salud.

Señaladas estas similitudes y coincidencias, ¿cuántos modelos de atención a la dependencia existen en Europa? ¿Cuáles son sus características? Rodríguez Cabrero y Marbán (2013) diferencian cuatro modelos diferentes, en función de su orientación general, sistemas de financiación, prestaciones contempladas, modelos de gestión y grado de apoyo a la red informal. Sobre decir que la clasificación propuesta recoge de forma más o menos directa las clasificaciones al uso en relación a los regímenes de bienestar en Europa.

Tabla 1. Propuesta de clasificación de modelos de atención a la dependencia en función de los regímenes clásicos de bienestar

Modelos	Características
Liberal (Reino Unido e Irlanda)	<ul style="list-style-type: none"> – Orientación selectiva y asistencial, financiada mediante impuestos generales y copago. – Servicios, ayudas técnicas y prestaciones económicas. – Gestión municipal, provisión mixta. – Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual.
Nórdico (Suecia, Finlandia y Dinamarca)	<ul style="list-style-type: none"> – Derecho universal, financiado mediante impuestos generales y copago. – Servicios de atención directa y ayudas técnicas. – Gestión municipal, combinación de provisión pública y (crecientemente) privada. – Apoya y sustituye a la familia cuidadora.
Corporativo (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Bélgica)	<ul style="list-style-type: none"> – Derecho universal con nivel contributivo (cotizaciones) y no contributivo (impuestos). Copago. – Servicios, ayudas técnicas y prestaciones económicas topadas. – Seguridad Social, regiones y municipios. – Amplio apoyo al cuidador informal.
Mediterráneo (España, Italia y Portugal)	<ul style="list-style-type: none"> – Orientación asistencial, en evolución hacia orientación universal. – Impuestos generales y copago. – Servicios de atención directa, ayudas técnicas y prestaciones económicas topadas. – Provisión y gestión por parte de ayuntamientos y regiones, tercer sector y sector privado. – Limitado apoyo al cuidador informal.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez Cabrero y Marbán (2013).

Por su parte, la Comisión Europea (2016) establece una clasificación basada en cinco grandes grupos o clústeres de países. Si bien esta clasificación difiere en cierta medida de la más clásica propuesta por Rodríguez Cabrero y Marbán (2013), recoge los elementos básicos de la anterior, con un grupo formado básicamente por los países nórdicos, con Holanda, y otro que agrupa a los países centroeuropeos (clúster B); el clúster C incluye una amalgama en principio diversa de modelos –Francia, UK, Finlandia, Irlanda, España y Austria–; el clúster D incluye a los países mediterráneos, con la excepción de España, además a Hungría; y el E recoge básicamente a los países del Este, salvo la ya señalada Hungría.

Tabla 2. Propuesta de clasificación de modelos de atención a la dependencia en cinco grupos o clústeres

Modelos	Características
Clúster A (Dinamarca, Holanda y Suecia)	<ul style="list-style-type: none"> – Orientado a la atención formal: amplia, accesible y asequible. – Provisión pública de servicios financiada mediante impuestos generales y prestada por la administración local. – Gasto público elevado y gasto privado reducido. – Prestaciones económicas modestas. – Reducida utilización de cuidados informales, que sin embargo disfrutan de un apoyo elevado.
Clúster B (Bélgica, República Checa, Alemania, Eslovaquia y Luxemburgo)	<ul style="list-style-type: none"> – Atención formal de accesibilidad media y cierta orientación a la atención informal. – Provisión financiada mediante contribuciones obligatorias. – Gasto público medio y gasto privado reducido. – Prestaciones económicas modestas. – Alta utilización de cuidados informales, apoyo intenso a cuidadores/as.
Clúster C (Austria, Reino Unido, Finlandia, Eslovenia, España e Irlanda)	<ul style="list-style-type: none"> – Atención formal de accesibilidad media o baja; cierta orientación hacia los cuidados informales. – Provisión pública de servicios financiada mediante impuestos o cotizaciones. – Gasto público medio y gasto privado medio. – Prestaciones económicas elevadas. – Alta utilización de cuidados informales, apoyo intenso a cuidadores/as.
Clúster D (Hungría, Italia, Grecia, Polonia, Portugal)	<ul style="list-style-type: none"> – Baja accesibilidad de los servicios formales y orientación clara hacia la atención informal. – Provisión financiada mediante sistemas débiles de aseguramiento. – Gasto público bajo y gasto privado elevado. – Prestaciones económicas de baja cuantía. – Elevada utilización de cuidados informales, que sin embargo no disfrutan de un apoyo elevado.
Clúster E (Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Rumanía y Croacia)	<ul style="list-style-type: none"> – Baja accesibilidad de los servicios de atención formal y orientación casi exclusiva a la atención informal. – Provisión financiada mediante sistemas muy débiles de aseguramiento. – Gasto público muy bajo. – Escasa utilización de prestaciones económicas. – Muy elevada utilización de cuidados informales, que sin embargo no disfrutan de un apoyo elevado.

Fuente: Elaboración propia a partir de Comisión Europea (2016).

Retos y tendencias

En resumen, no es posible hablar de un modelo europeo de atención a la dependencia y, cuando se analizan los escasos indicadores comunes disponibles a nivel internacional, se observan variaciones muy significativas. Esas variaciones permiten pensar en la persistencia de los modelos clásicos de atención –al menos, el modelo nórdico, el centroeuropeo y el mediterráneo, al que habría que añadir el anglosajón y el de la Europa del Este–, con estructuras ocupacionales, tasas de cobertura, niveles de gasto, patrones de financiación y estructuras de coste muy diferentes. Esta diversidad impide hablar de tendencias y retos comunes, en la medida en que, dado el muy diferente grado de desarrollo de cada uno de los modelos, cada país o grupo de países debería hacer frente a retos muy diversos. Sin embargo, la bibliografía consultada permite plantear ciertas tendencias comunes y/o apuntar hacia retos también similares, comunes al menos a los países que han alcanzado ya un cierto desarrollo en este ámbito.

En lo que se refiere a las tendencias, parece claro que la mayor parte de los países de Europa se encuentran –tras una primera fase de expansión finalizada en 2008–, en una fase de contención y repliegue en lo que se refiere a los servicios de atención a la dependencia. La fase de contención, desarrollada entre 1990 y 2008, en función de los países, se caracterizó por la expansión de los sistemas públicos nórdicos; la creación de sistemas de aseguramiento y universalización en el centro de Europa (Austria, Alemania, Holanda) y más tarde en España; y por la europeización de la importancia política y social de los cuidados de larga duración.

El periodo de contención y repliegue –que se solapa en parte al anterior, en la medida en que en algunos países se remonta a inicios del siglo– se caracteriza por la intensificación de tres tipos de presiones: presiones demográficas (envejecimiento de la población y creciente incorporación femenina al mercado de trabajo, que deriva en lo que se conoce como crisis de los cuidados); presiones económicas (derivadas del incremento del gasto asociado a la señalada crisis de los cuidados pero también al impacto de la crisis económica y de las políticas consiguientes de contención del gasto público); y presiones culturales (que derivan tanto en la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión mediante la externalización de servicios como de la demanda por una parte creciente de las personas usuarias y de sus representantes de cambios conceptuales de calado en la prestación de servicios, en la línea de garantizar una mayor autodeterminación de las personas usuarias y una mayor individualización de la atención, abandono de los sistemas institucionales tradicionales, etc.).

Es también importante destacar, en cualquier caso, que la fase de contención y repliegue en ningún caso se ha traducido en una reducción de las coberturas de atención y/o del gasto destinado a este tipo de servicios. Desde el punto de vista de las coberturas de atención, en el conjunto de la OCDE las coberturas han crecido de media en un 25% entre 2000 y 2013, y sólo en algunos países nórdicos –que partían de niveles de cobertura muy elevados– se puede hablar de una cierta reducción en el porcentaje de personas atendidas. Lo mismo cabe decir del gasto en este tipo de servicios: los dos gráficos siguientes ponen de manifiesto que el gasto ha crecido en todos los países y que lo ha hecho de una manera especialmente intensa en aquellos países que partían de niveles más bajos de gasto. Pese a ello, no puede hablarse de convergencia, y las diferencias entre los diversos países siguen siendo muy sustanciales.

Gráfico 1. Evolución del gasto público en cuidados de larga duración (PPS por habitante). 2003-2012

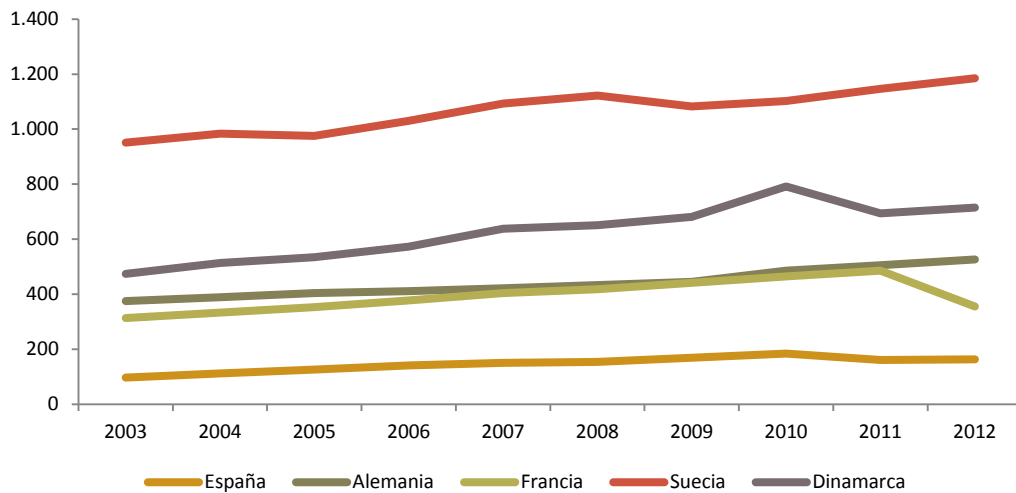
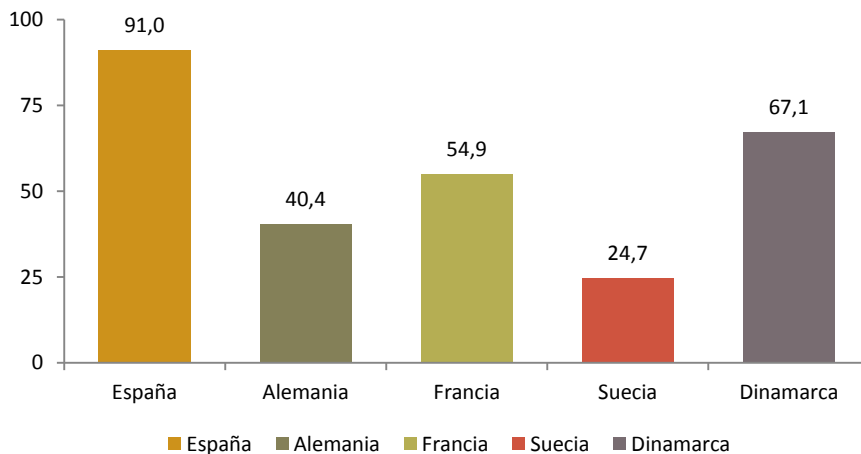


Gráfico 2. Incremento del gasto público en cuidados de larga duración (PPS por habitante). 2003/año más gasto



Fuente

European Commission. Institutional Paper, nº 37.

El mantenimiento de los niveles de cobertura y de gasto, en todo caso, es compatible con el retroceso que en la mayor parte de los países se ha producido, especialmente tras la crisis, en relación al diseño de los diversos sistemas de atención a la dependencia. Así, en la literatura académica se pueden identificar algunas tendencias comunes a la hora de dar una respuesta a estas presiones (que dependen en todo caso mucho del contexto nacional). Se puede hablar en ese contexto de reasistencialización y focalización (se da una prioridad creciente a los niveles más graves de dependencia y/o a las personas con menos recursos económicos), de freno a la des-familiarización (las familias adquieren –o, más bien, recuperan– un mayor protagonismo y se produce un freno al proceso de asunción de responsabilidades públicas sobre el cuidado, de crecimiento en la responsabilidad individual o familiar en lo que se refiere a la organización y la financiación de los cuidados y de re-mercantilización (es decir, de un recurso creciente al mercado privado para la provisión de cuidados –con o sin financiación pública–, además de un cierto desplazamiento del sector no lucrativo).

En ese marco, las tendencias que se vienen aplicando en los diferentes países se caracterizan por una parte por el impulso –en proporción variable– a las prestaciones económicas en detrimento de los servicios de atención directa, como elemento de contención del gasto y de promoción de la autodeterminación. Se ha tendido también, al menos en algunos países, a introducir medidas de fomento de la libertad de elección de las personas usuarias a la hora de elegir qué servicios precisan (y dónde y cómo los quieren recibir), con un mayor protagonismo de herramientas como el cheque servicio, presupuestos individuales, etc.⁴ Del mismo modo, se ha dado un claro impulso a las políticas de prevención, en ocasiones en el marco del paradigma de la inversión social mediante el desarrollo de estrategias de envejecimiento activo, etc. (Ibáñez y León, 2014). También cabe hablar de los esfuerzos que se vienen realizando en diferentes países para avanzar hacia un nuevo paradigma de atención (desinstitucionalización, calidad de vida, atención centrada en la persona, etc.), mientras se extienden al mismo tiempo, sin embargo, modelos de intervención ‘en serie’, de carácter casi fordista, mediante los que se busca la contención del gasto. Todo ello apunta a la búsqueda de un difícil equilibrio entre cantidad y calidad, entre profesionalización y familiarización; entre estandarización y flexibilidad.

En ese marco, y como conclusión, ¿cuáles son los principales retos que tienen hoy por hoy planteados los sistemas de atención a la dependencia en Europa y, particularmente, en los países que pueden ubicarse en el modelo mediterráneo o meridional? De la revisión de la literatura realizada cabe distinguir los siguientes:

⁴ Uno de los elementos que se derivan de la apuesta por la autodeterminación y la autonomía de las personas usuarias de servicios sociales es el desarrollo de modelos de prestaciones económicas para la adquisición de servicios de atención y cuidado, directamente por parte de la persona afectada, en el mercado ordinario, mediante el recurso a cheques-servicio, presupuestos individuales y otras figuras similares. Si bien es cierto, que en algunos casos, el desarrollo de estas formas de provisión –que, en el ámbito de la dependencia en España podría equipararse a la prestación económica vinculada al servicio– se justifica por la necesidad de reducir el coste que supone la prestación directa o concertada de servicios de atención directa, no se puede negar que responde también a la demanda de determinados colectivos de personas usuarias, que consideran su derecho poder elegir, organizar, contratar y supervisar directamente los servicios que precisan. Especialmente desarrollados en países como Reino Unido u Holanda, estos modelos se basan en la idea de entregar a las personas con derecho a acceder a los servicios sociales una asignación económica específica para que ellas mismas sean quienes, con el apoyo que precisen, contraten, gestionen y coordinen su paquete de atención (SIIS, 2011).

- Adaptar los servicios de atención a la dependencia al paradigma de la inversión social y a la crisis de los cuidados, haciendo compatible la creciente demanda en el ámbito los cuidados a la dependencia con la necesaria reorientación o recalibración de los Estados del Bienestar hacia ámbitos hoy por hoy claramente desatendidos, como las políticas de garantía de ingresos o las de familia e infancia, en un contexto en el que las brechas intergeneracionales son cada vez más evidentes.
- Avanzar en la mutualización y socialización de los riesgos, alcanzado un nuevo equilibrio entre (nuevo) riesgo social y problema familiar.
- Garantizar, en ese contexto, la sostenibilidad económica de los cuidados a la dependencia, mediante: a) la introducción de reformas en la financiación del Estado de Bienestar; b) la reorientación del papel del voluntariado y de la atención en la comunidad; d) un mayor control del coste de los servicios, garantizando al mismo tiempo condiciones laborales adecuadas a todos los agentes y la creación de empleo de calidad.
- Mejorar la evaluación de las intervenciones y los sistemas de información.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria y la gobernanza interinstitucional del sistema.
- Garantizar a las personas con dependencia apoyos de suficiente calidad e intensidad, lo que implica: a) ampliar, al menos en los países del Sur y el Centro, las coberturas tanto a las personas dependientes como a las personas en situación de riesgo o fragilidad; b) ofrecer a las personas que están en sus domicilios (y a quienes les cuidan) apoyos de suficiente intensidad; c) alcanzar, en cada país, un equilibrio adecuado entre prestaciones económicas, servicios a domicilio y servicios en institución; d) garantizar el apoyo y la supervisión a las familias en el uso de las prestaciones económicas; y e) culminar el proceso de cambio hacia un modelo centrado en la persona, favoreciendo la libertad de elección de las personas respecto a cómo y dónde quieren ser atendidas.

Bibliografía de referencia

Bonsang, Eric, (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 28 (1).

Comisión Europea (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability. Volume 1. Economic and Financial Affairs Economic Policy Committee institutional paper, nº 37.

Ibáñez, Z., León, M., (2014). Early childhood education and care provision in Spain. En: *The transformation of care in European societies*. Hampshire, Palgrave MacMillan.

Rodríguez, G., Marbán, V. (2013). La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En: *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid, Editorial Tecnos.

SIIS Centro de Documentación y Estudios (2011). Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional. Diputación Foral de Gipuzkoa.

ESTADISTIKA BULETINA BOLETIN ESTADISTICO

nº 14

AURKEZPENA. Europar konparaketaren eguneraketa./
PRESENTACIÓN. Actualización de la comparativa europea.

PANORAMA/IKUSPEGI. Los servicios sociales alaveses
recibieron cerca de 60.000 demandas de atención en 2015.

A FONDO. La atención a la población mayor del territorio
alavés, entre la de los países nórdicos y los anglosajones.

SAKONEAN. Desberdintasun nabarmenak ezgaitasuna duten
pertsonek arretaren baitan.

A FONDO. Predominio del acogimiento familiar en los países
anglosajones.

TENDENCIAS. Atención a la dependencia en la Unión
Europea: modelos, tendencias y retos.

► ARABAKO FORU ALDUNDIA



► DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA