PLAN GERONTOLOGICO DE ÁLAVA

DOCUMENTO ANEXO:
LA POBLACIÓN MAYOR ALAVESA
Y LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN

SiiS

Donostia-San Sebastián

Julio 2002

INDICE

Págs.

PRESENTACIÓN ... 3

1. LA POBLACIÓN MAYOR ALAVESA
   1.1. Número de personas de sesenta y cinco y más años, evolución y perspectivas ... 6
   1.2. Características demográficas ... 11
   1.3. Las contingencias que afectan particularmente a la población mayor ... 14
      1.3.1. La situación convivencial, el problema de la soledad ... 14
      1.3.2. La enfermedad y la mortalidad ... 22
      1.3.3. La discapacidad ... 28
      1.3.4. Situación económica ... 39
      1.3.5. Los problemas de maltrato y desatención ... 47
      1.3.6. La vivienda ... 53
      1.3.7. Actividad productiva y ocupación del tiempo ... 58
      1.3.8. Conocimiento de los servicios ... 70

2. LA PROTECCIÓN QUE RECIBEN LAS PERSONAS MAYORES
   2.1. La protección ofrecida por la red natural de atención ... 76
   2.2. La protección social ... 88
      2.2.1. El sistema de pensiones contributivas ... 88
         2.2.1.1. Introducción ... 88
         2.2.1.2. La cobertura de las pensiones ... 89
         2.2.1.3. La cuantía de las pensiones ... 91
         2.2.1.4. El coste del sistema de pensiones para la tercera edad ... 95
      2.2.2. El sistema de salud ... 100
         2.2.2.1. Los servicios y las prestaciones ... 100
         2.2.2.2. Los recursos del sistema ... 107
         2.2.2.3. El espacio sociosanitario ... 113
      2.2.3. El sistema fiscal: las deducciones en el impuesto sobre la renta de las personas físicas relacionadas con la atención a las personas mayores ... 118
      2.2.4. El sistema de servicios sociales ... 119
         2.2.4.1. La organización de los servicios sociales ... 119
         2.2.4.2. Los órganos de participación: el Consejo Territorial de Personas Mayores ... 124
         2.2.4.3. Los servicios sociales de base ... 129
         2.2.4.4. Otros programas y actividades destinados a personas mayores ... 155
         2.2.4.5. El servicio de atención domiciliaria ... 158
         2.2.4.6. Servicios diurnos ... 170
         2.2.4.7. Recursos alternativos al domicilio habitual ... 175
         2.2.4.8. Las prestaciones económicas ... 188

3. EL GASTO PÚBLICO DESTINADO A ATENDER LOS PROBLEMAS DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN ALAVA

   3.1. El marco de referencia: el sistema de servicios sociales ... 191
   3.2. Los servicios sociales para la tercera edad ... 196
   3.3. Servicios residenciales, prestaciones económicas y atención domiciliaria ... 201
   3.4. Los servicios sociales de base ... 207

PRESENTACIÓN

El informe que se presenta constituye el estudio sobre el que se asienta el Plan Gerontológico de Álava, y en él se pretende dar cuenta de:

- Las contingencias o riesgos que afectan de forma más especial al bienestar de las personas mayores, lo que no significa que sean exclusivas de ellas.

- Los recursos de toda índole, generales y específicos, puestos en marcha por la sociedad para paliar estas contingencias.

- El alcance y la incidencia de estos recursos sobre la situación de las personas mayores.

El trabajo ha consistido en la recopilación, ordenación y valoración de los datos disponibles y adolece por ello de los problemas que presenta un sistema de información excesivamente orientado hacia la gestión de los recursos y que no consigue reflejar bien la compleja situación global de las personas; la mejora del sistema de información de los servicios sociales se considera una cuestión importante que es objeto de propuestas concretas dentro del Plan.

El estudio se presenta ordenado en dos bloques, población y recursos, estructurados de la siguiente manera:

- La población mayor en Álava
    - · Número de personas mayores, evolución y perspectivas
    - · Características demográficas
    - · Contingencias que afectan particularmente a la población mayor

- La protección a las personas mayores
    - · La red natural de atención
    - · La protección social
        - * El sistema de pensiones
        - * El sistema de salud
        - * El sistema de servicios sociales

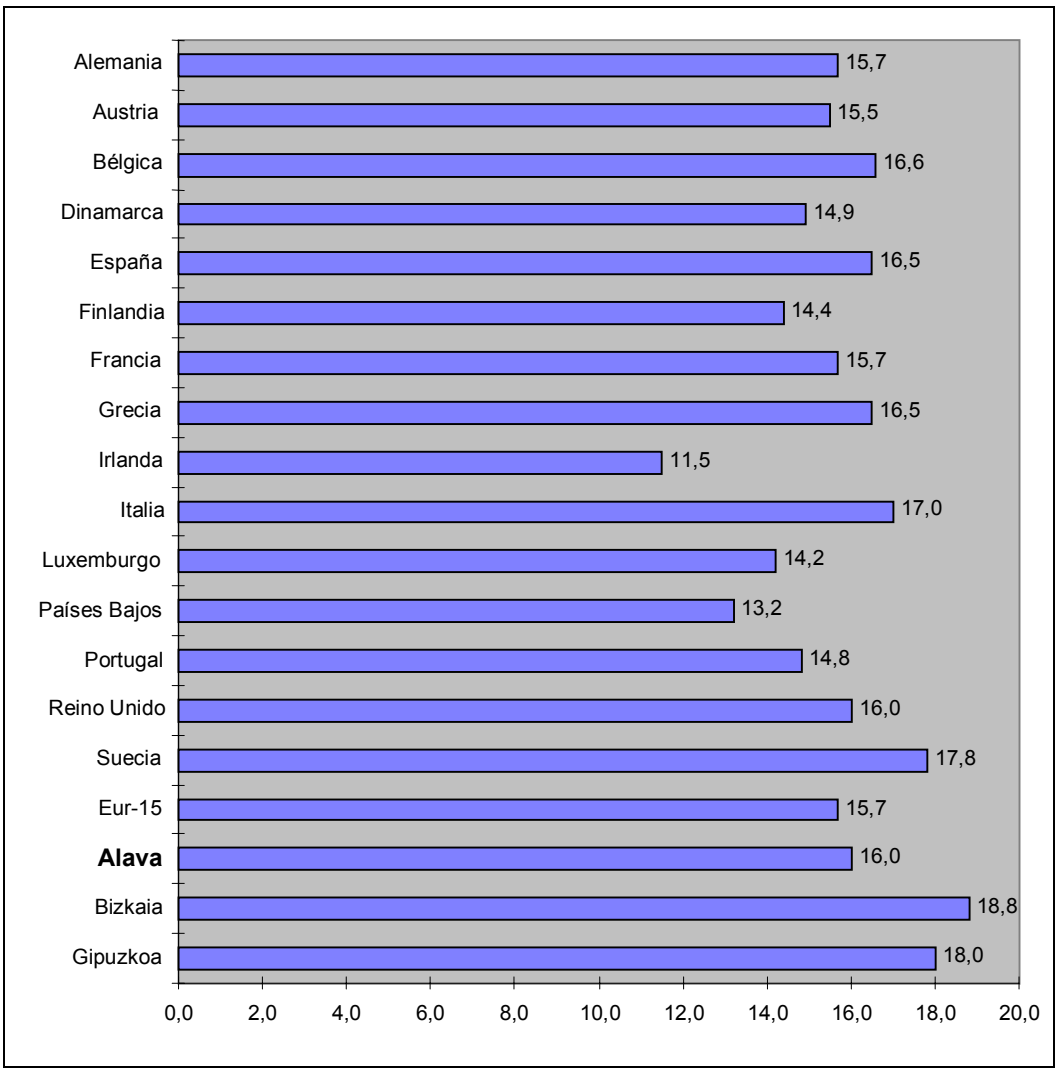
1. LA POBLACIÓN MAYOR ALAVESA

1.1. NUMERO DE PERSONAS DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS, EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS

De acuerdo con las estimaciones realizadas por EUSTAT[1] la población residente en Álava con sesenta y cinco años cumplidos asciende, en el año 2001, a 45.900 personas; esta cifra, referida al total de los residentes en el Territorio en esa misma fecha, representa el 16,0 por 100 del total. Este porcentaje, que es el indicador más básico del envejecimiento de la población, es similar al que se observa en otros ámbitos sociales próximos al nuestro, aunque inferior en dos puntos al guipuzcoano y en casi tres al vizcaíno.

[1] Los datos demográficos de la CAPV correspondientes al 2001 y a años sucesivos proceden de las proyecciones de población realizadas por EUSTAT para el horizonte 2010.

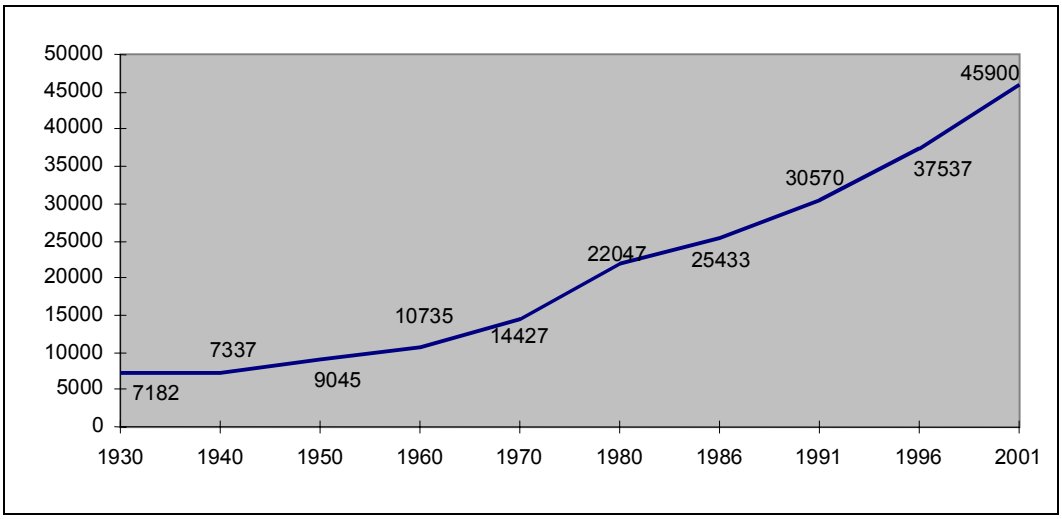
GRÁFICO Nº 1: PROPORCIÓN DE PERSONAS DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA (1998) Y EN LOS TERRITORIOS DE LA CAPV (2001)



Fuente: EUSTAT. Proyecciones de población 2010. EUROSTAT, Estadísticas demográficas 1999.

El número de alaveses con sesenta y cinco años cumplidos no ha hecho sino aumentar en el transcurso de los dos últimos tercios del presente siglo; no se trata en absoluto de un fenómeno novedoso: su cifra se ha multiplicado por 6,4 entre 1930 y el 2001 y se ha duplicado ampliamente en los últimos veinte años.

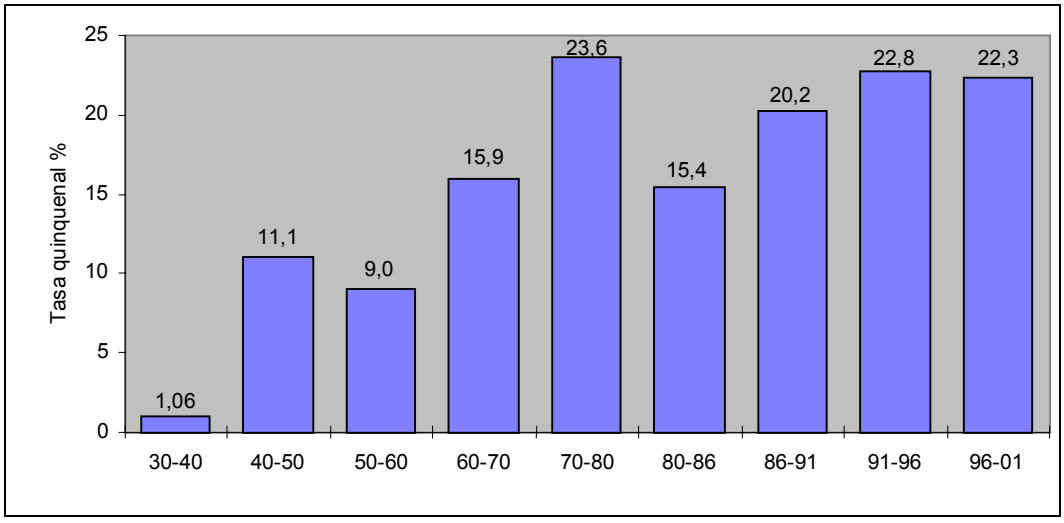
GRÁFICO Nº 2: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS DE ÁLAVA (cifras absolutas)



Fuente: Anuarios Estadísticos. EUSTAT.

Lo que sí ha estado sujeto a fuertes oscilaciones a lo largo de este mismo período es la intensidad de este crecimiento, aunque en los últimos quince años los incrementos quinquenales se han situado por encima del veinte por ciento.

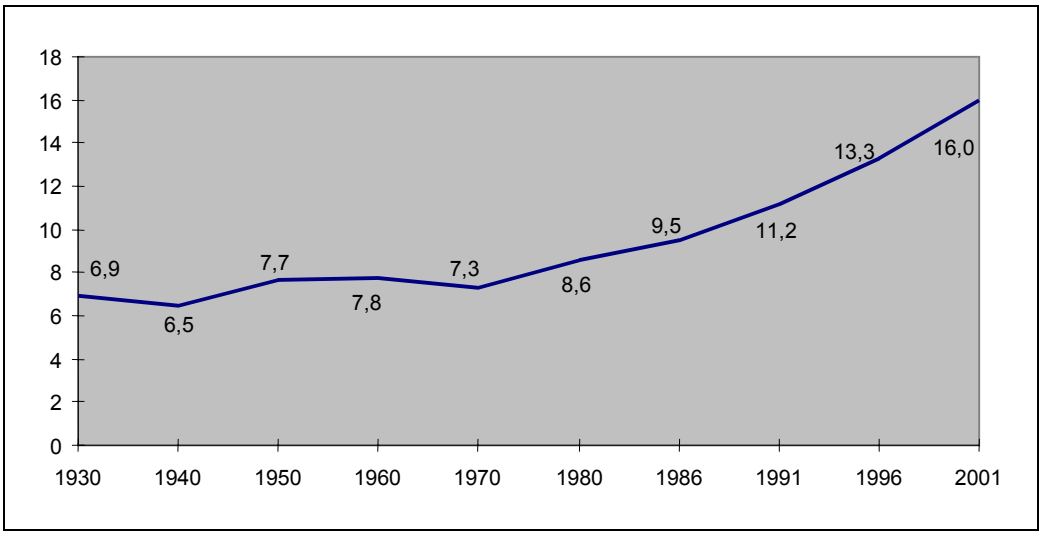
GRÁFICO Nº 3: EVOLUCIÓN DE LA TASA QUINQUENAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS (porcentajes)



Fuente: Anuarios Estadísticos. EUSTAT.

El envejecimiento de la población alavesa, medido por la proporción de personas de sesenta y cinco y más años sobre el total, experimenta a partir del año setenta un crecimiento muy notable.

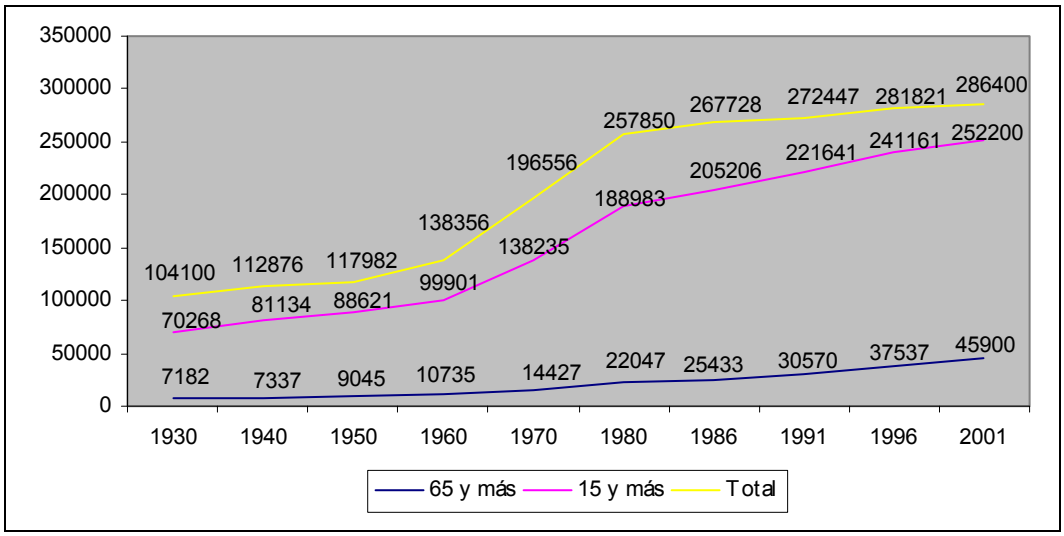
GRÁFICO Nº 4: EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN TOTAL



Fuente: Anuarios Estadísticos. EUSTAT

Ahora bien, como se aprecia gráficamente, el envejecimiento progresivo de la población alavesa es tanto o más debido al estancamiento de la población total y, en particular, al descenso de la tasa de natalidad, que al aumento del número de personas ancianas.

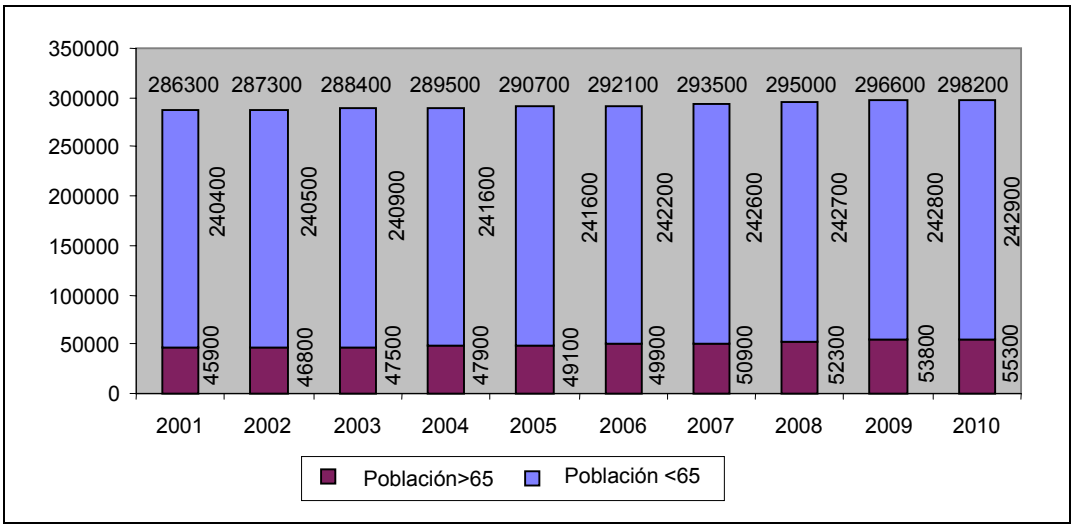
GRÁFICO Nº 5: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ALAVESA POR ESTRATOS DE EDADES



Fuente: Anuarios Estadísticos. EUSTAT.

Las proyecciones de población realizadas por EUSTAT estiman que en el año 2005 el número de personas mayores va a ascender a 49.100 y, en el 2010, a 55.300, cifras que, comparadas con el total de población esperada en esas mismas fechas, representan el 16,9 y el 18,5 por 100 respectivamente. El ritmo de crecimiento previsto disminuye bastante en relación a los tres quinquenios anteriores, situándose en el 8,7 por 100 para el período 2001-2006, y en el 12,6 por 100 para la etapa 2005-2010.

GRÁFICO Nº 6: EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA POBLACIÓN TOTAL Y LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

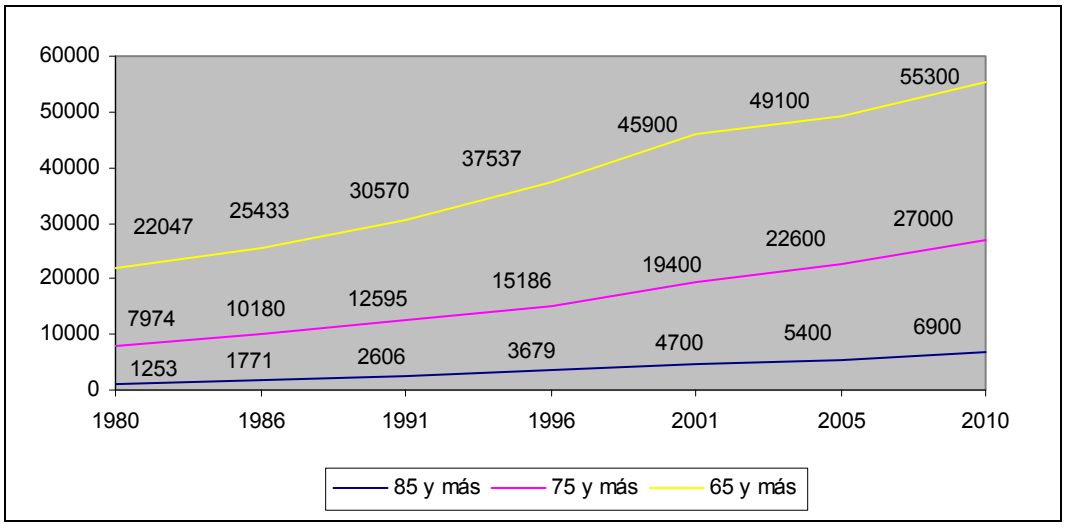


Fuente: Proyecciones de Población 2010. EUSTAT.

1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

El colectivo integrado por las personas de sesenta y cinco y más años no sólo se encuentra sujeto a un proceso continuado e intenso de aumento del número de sus efectivos, como ya ha quedado patente, sino también a uno de envejecimiento interno progresivo que tiene fuerte trascendencia y grandes implicaciones tanto en las necesidades como en las demandas de atención. La evolución descrita y las previsiones realizadas para los años 2005 y 2010 son, desde la perspectiva de la estructura por edades, las siguientes.

GRÁFICO Nº 7: CAMBIOS RELATIVOS EN LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS



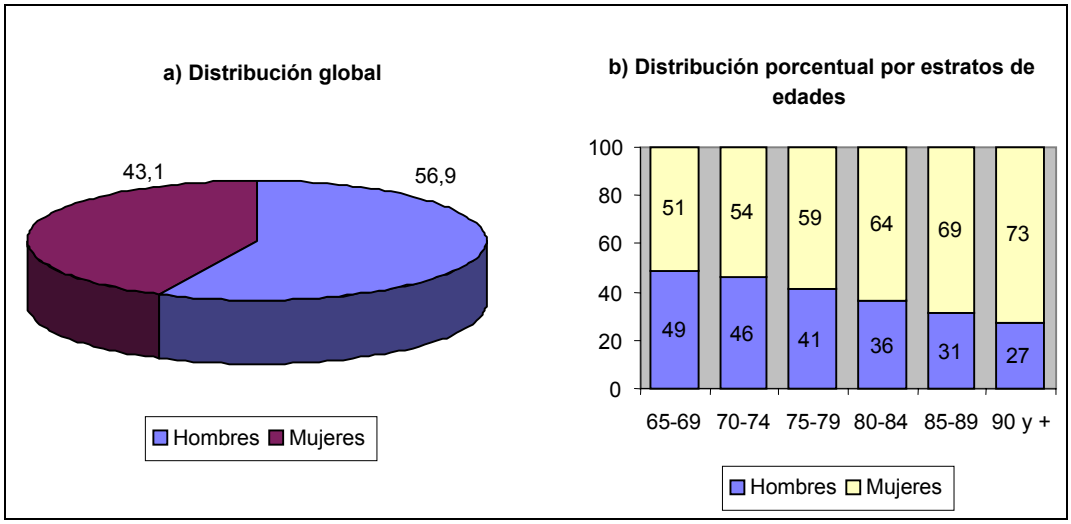
Fuente: Anuarios Estadísticos y Proyecciones de Población 2010. EUSTAT

Los resultados muestran que, frente a un crecimiento global de la población de sesenta y cinco y más años en el período considerado del orden del 150,8 por 100, la población de 75 y más años se incrementa en un 238,6 por 100 y la de 85 y más en un 450,7 por 100.

En cualquier caso, no debe dejar de considerarse que la mayor parte de la población anciana, el 58 por 100, pertenece todavía a los estratos más jóvenes, tiene menos de 75 años, aunque para el año 2010 se espera que ese porcentaje descienda al 51 por 100.

La mayor esperanza de vida de las mujeres en relación a los hombres, 8,2 años más en 1995 por término medio, determina que la proporción de éstas sea sensiblemente más elevada que la de los hombres –57 y 43 por 100 respectivamente, a nivel global- y que, además, esta desigualdad se agudice progresivamente conforme avance la edad.

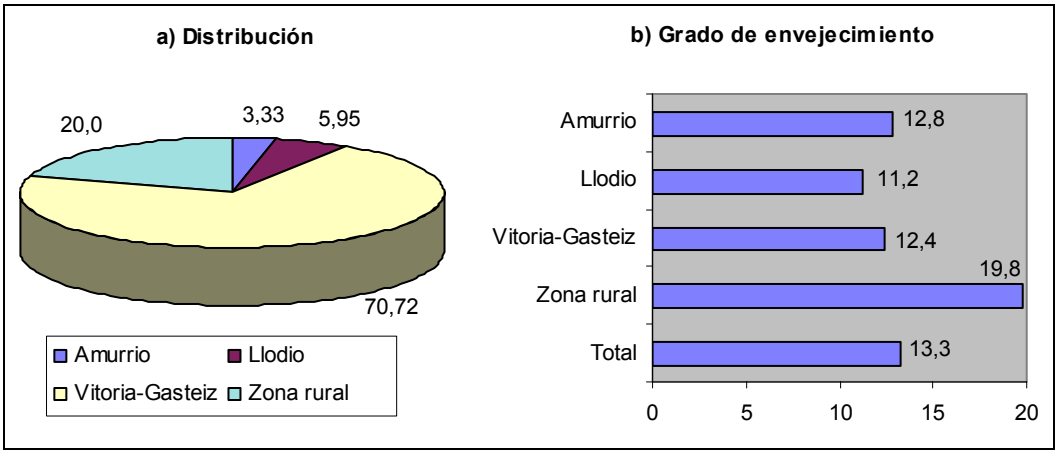
GRÁFICO Nº 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD 2001 (porcentajes)



Fuente: Proyecciones de Población 2010. EUSTAT.

Algo más de siete de cada diez personas de sesenta y cinco y más años, el 70,7 por 100, residían en la capital del Territorio en 1996; en los otros dos núcleos urbanos, Llodio y Amurrio se encontraban el 5,9 y el 3,3 por 100, respectivamente, y el resto, el 20 por 100, habitaba en la zona rural, que era, desde otra perspectiva, la que presentaba una tasa más alta de envejecimiento.

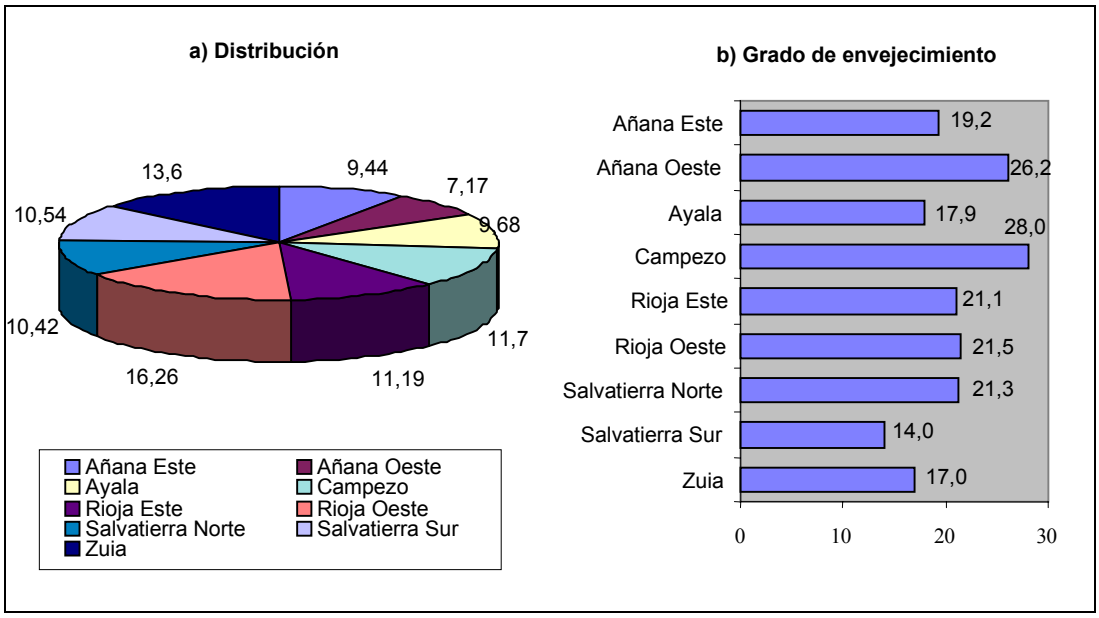
GRÁFICO Nº 9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR POR NÚCLEOS URBANOS Y ZONA RURAL Y GRADO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (1996)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

La distribución de la población mayor residente en el ámbito rural por zonas básicas de servicios sociales mostraba en 1996 un cierto grado de concentración del colectivo en Rioja-Oeste, 16,3 por 100, y Zuia, 13,6 por 100, repartiéndose el resto entre las demás zonas en porcentajes que oscilaban entre el siete y el once por ciento. En términos de prevalencia, las poblaciones más envejecidas eran las de Campezo, 28,0 por 100, Añana Oeste, 26,2 por 100, y la más joven, la de Salvatierra Sur, 14,0 por 100.

GRÁFICO Nº 10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR RESIDENTE EN EL ÁMBITO RURAL POR ZONAS DE SERVICIOS SOCIALES DE BASE YGRADO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (1996)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

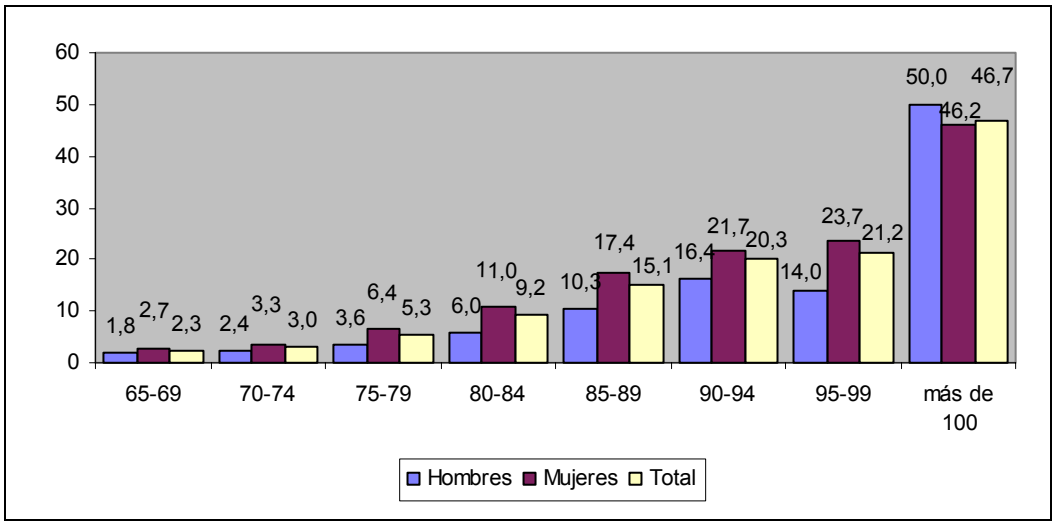
1.3. LAS CONTINGENCIAS QUE AFECTAN PARTICULARMENTE A LA POBLACIÓN MAYOR

1.3.1. La situación convivencial, el problema de la soledad

La inmensa mayoría de las personas con sesenta y cinco años cumplidos, el 94,7 por 100, vivían en domicilios particulares en 1996; el resto, 1994 personas en total, se encontraba en establecimientos colectivos, en centros residenciales de tercera edad y otros de carácter religioso, mayoritariamente.

La proporción de personas mayores en establecimientos colectivos era sensiblemente mayor entre las mujeres y aumentaba significativamente conforma avanzaba la edad, hasta alcanzar cotas superiores al diez por ciento a partir de los ochenta y cinco años.

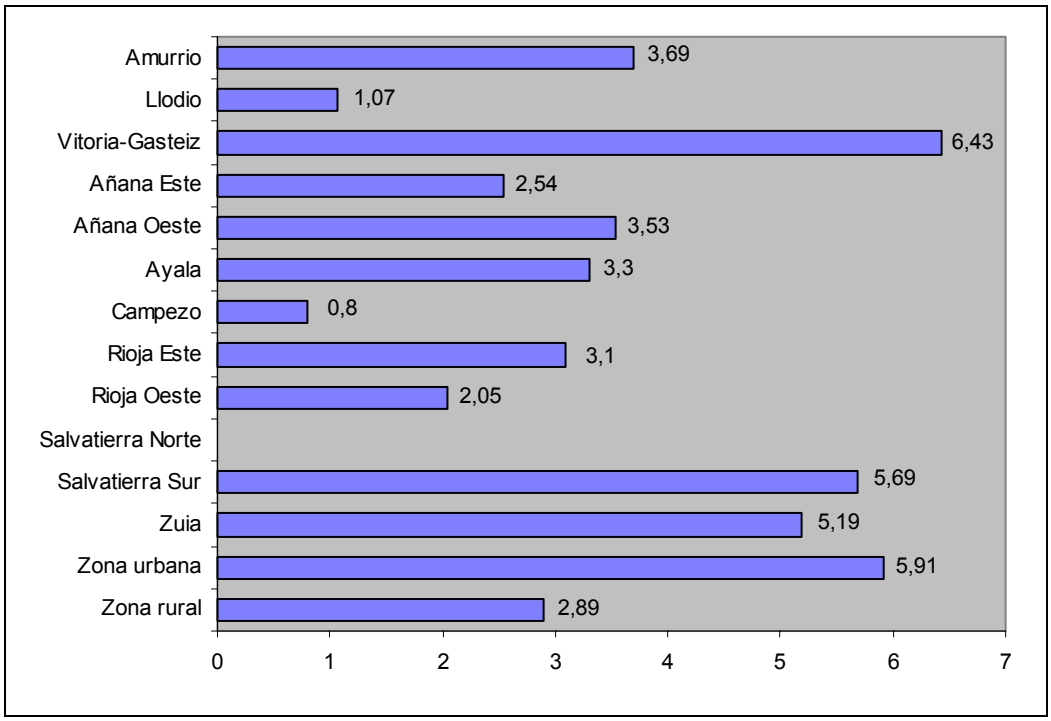
GRÁFICO Nº 11: POBLACIÓN MAYOR QUE VIVE EN ESTABLECIMIENTOS COLECTIVOS. PREVALENCIA POR SEXO Y EDAD (1996, porcentajes)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

La importancia relativa de la oferta de plazas en establecimientos para personas mayores de 65 años varía sensiblemente de una a otra zona, alcanzándose un máximo en Vitoria-Gasteiz 6,43 por 100 y un mínimo en Llodio 1,07 por 100. En cualquier caso, las coberturas obtenidas son más indicativas de la estructura de la oferta que de la incidencia de la demanda ya que las personas que viven en centros de este carácter, con independencia de cuál sea su municipio de origen, tienden a empadronarse en el término en que se encuentra ubicado el establecimiento.

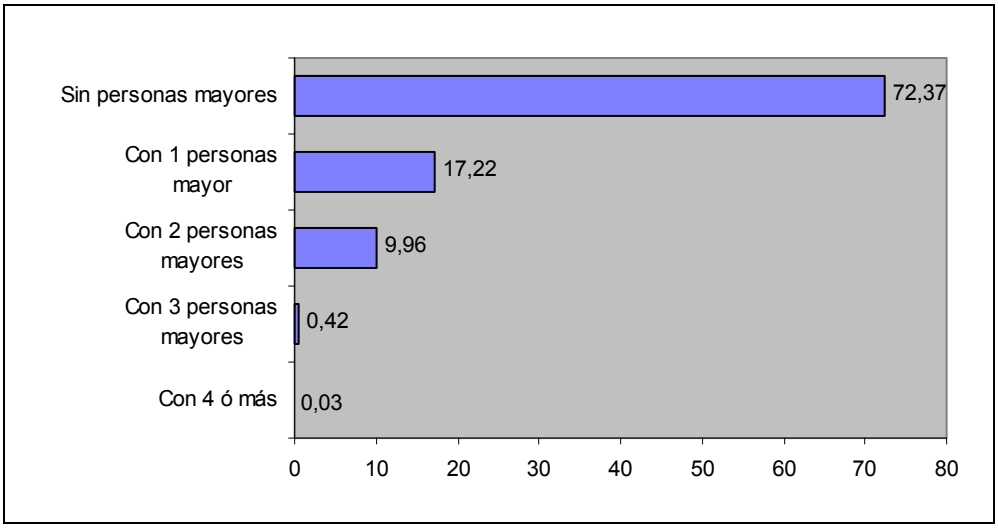
GRÁFICO Nº 12: COBERTURA DE LOS ESTABLECIMIENTOS COLECTIVOS CON PERSONAS DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS POR NÚCLEOS URBANOS Y ZONAS BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES (1996, porcentajes)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

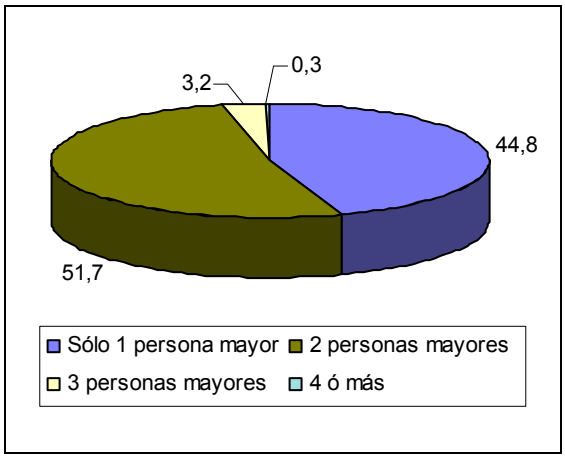
Algo más de una de cada cuatro viviendas ocupadas de este Territorio, el 27,6 por 100, servía en 1996 de residencia a, al menos, una persona de sesenta y cinco y más años, apreciándose además un cierto grado de concentración en ellas de personas que reunían esta condición.

GRÁFICO Nº 13: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS ATENDIENDO AL NÚMERO DE PERSONAS MAYORES QUE RESIDEN EN ELLAS (1996, porcentajes)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

GRÁFICO Nº 14: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN DOMICILIOS, SEGÚN CONVIVAN O NO CON OTRAS PERSONAS MAYORES (1996, porcentajes)

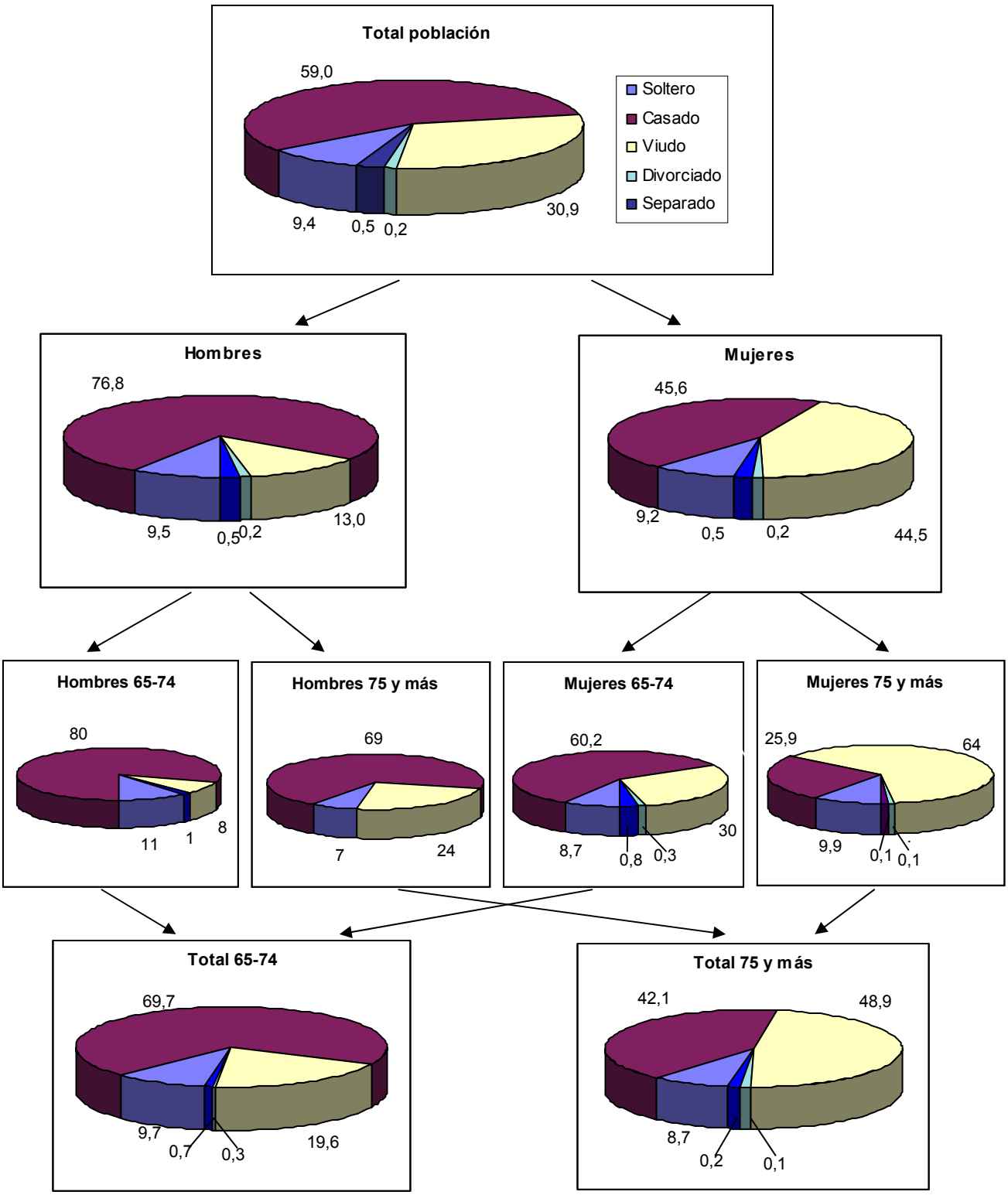


Fuente: Estructura de la población 1996. EUSTAT.

La forma en que se distribuye la población anciana por estado civil varía enormemente según el sexo -a la mayor esperanza de vida de las mujeres se suma la diferencia en la edad al contraer matrimonio- y, lógicamente, según la edad; la población anciana que residía en 1996 en su domicilio, no en establecimientos colectivos, se repartía de acuerdo con su estado civil de la forma que aparece reflejada en los gráficos de la página siguiente.

Las mujeres, particularmente las de más edad, son desde esta perspectiva, las que muestran unos niveles de riesgo de soledad mayores.

GRÁFICO Nº 15: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS POR ESTADO CIVIL (1996, porcentajes)

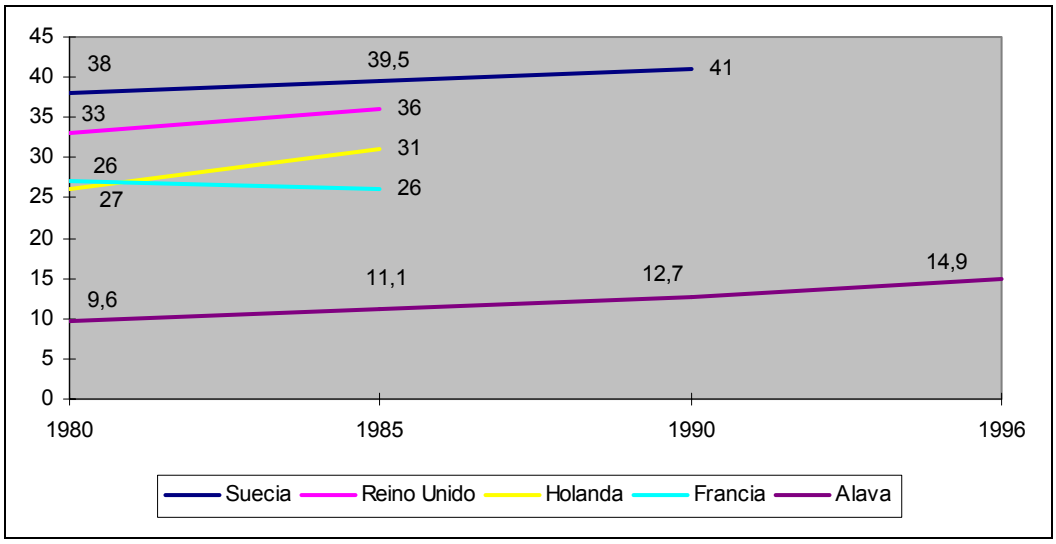


Fuente: Estructura de la población 1996. EUSTAT.

Dentro del colectivo de personas mayores, el conjunto integrado por las que viven solas en su domicilio, constituye un grupo especial de riesgo que debe ser objeto de particular atención. Los estudios realizados sobre el tema indican que se trata de una población con niveles de autonomía relativamente alto pero que, a medida que van experimentando pérdidas en sus niveles de independencia, tienden a convertirse en clientes de la red pública de protección y, en particular, de sus servicios más pesados, los residenciales. En 1996, 5604 personas mayores, el 14,9 por ciento del total, se encontraban en esta situación.

El número de personas mayores solas en Álava no ha hecho sino aumentar en los últimos quince años, llegando a duplicarse ampliamente en términos absolutos y a incrementarse en un 55 por 100 en términos de prevalencia. A pesar de este espectacular crecimiento, nuestro territorio se encuentra todavía lejos de las tasas alcanzadas por otros países de la Unión Europea y resulta por ello bastante previsible que esta tendencia se siga manteniendo.

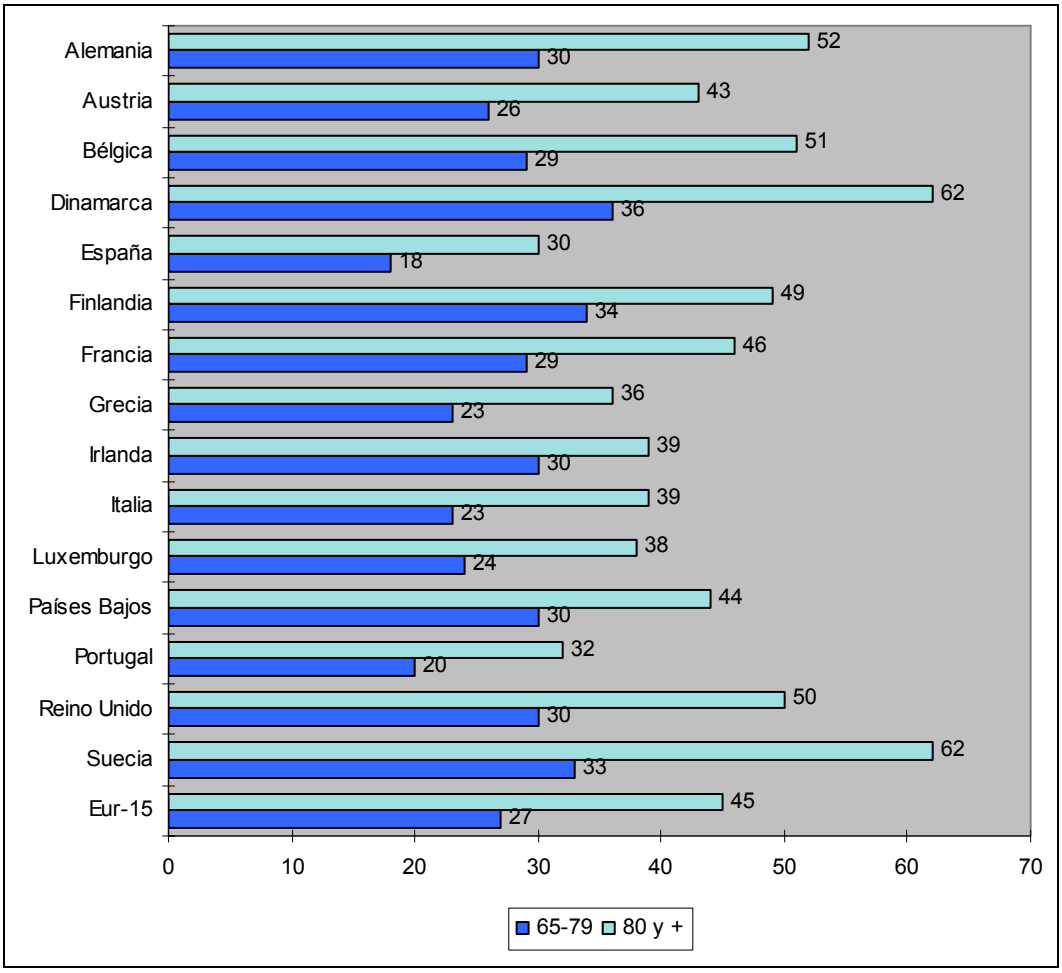
GRÁFICO Nº 16: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PERSONAS ANCIANAS VIVIENDO SOLAS EN DISTINTOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y EN ÁLAVA



Fuente: Social Service Review, vol. 69, nº 2, 1995. Información proporcionada por EUSTAT.

Esta afirmación adquiere mayor consistencia, si cabe, si se tienen en cuenta las proyecciones que realiza EUROSTAT para el año 2010 en relación a las personas de 65 a 79 años y de 80 en adelante que se prevé que van a vivir solas.

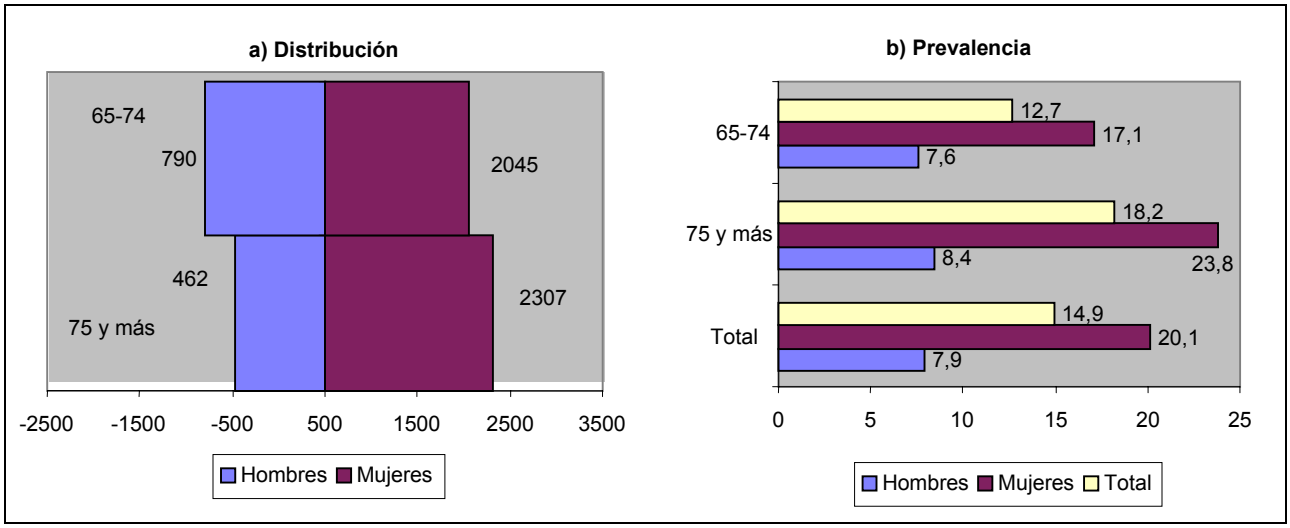
GRÁFICO Nº 17: PORCENTAJES PREVISTOS DE POBLACIÓN MAYOR VIVIENDO SOLA (65-79 AÑOS Y 80 Y MÁS) EN EL AÑO 2010



Fuente: Scénarios (de base) des ménages (Base: 1995). EUROSTAT.

Las mujeres vuelven a aparecer también aquí como el grupo de población más vulnerable, tanto en términos absolutos -de las 5.604 personas mayores que viven solas 4.352, el 77,8 por 100, son mujeres- como en términos de prevalencia, 20,1 por 100 frente al 7,9 por 100 de los hombres, casi tres veces más.

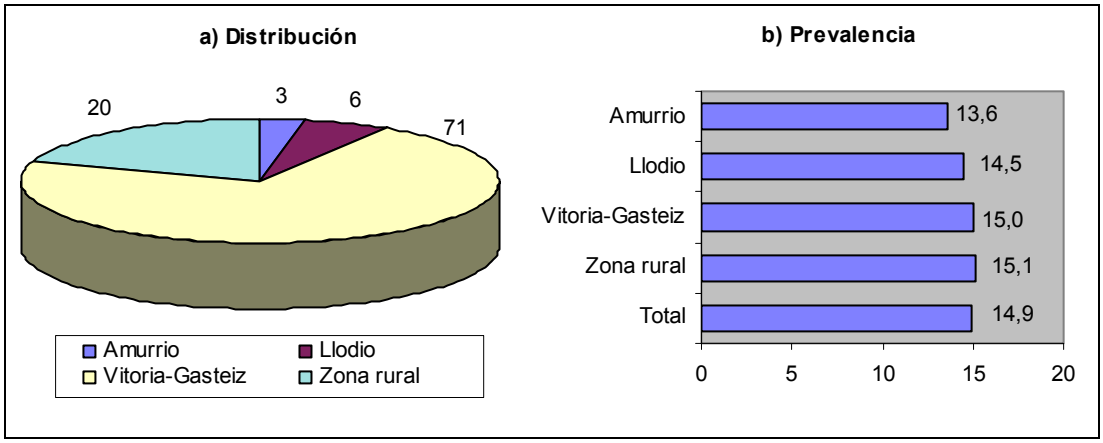
GRÁFICO Nº 18: DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LA POBLACIÓN QUE VIVE SOLA POR GÉNERO Y EDAD (1996)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT

Casi las tres cuartas partes de la población anciana que vivía sola se concentraba en Vitoria-Gasteiz que, junto a la zona rural, obtenía la tasa de prevalencia más elevada de este tipo de situaciones.

GRÁFICO Nº 19: DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLAS POR NÚCLEOS URBANOS Y ZONAS RURALES (1996)

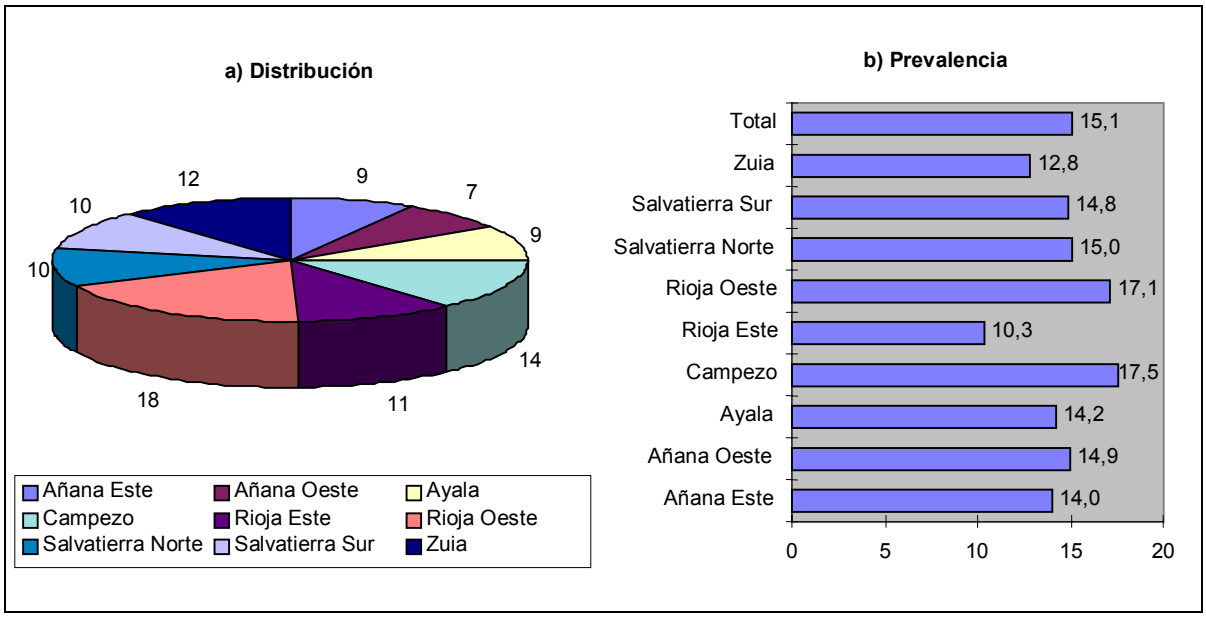


Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

Si centramos nuestra atención en las personas mayores que residían en las zonas básicas de servicios sociales rurales se observa que el grupo más numeroso de personas solas se encuentra en Rioja Oeste y

que la zona de Campezo junto con la de Rioja Oeste son las que mayor prevalencia presentan de este tipo de problemática.

GRÁFICO Nº 20: DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLAS POR ZONAS BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES (1996, porcentajes)



Fuente: Estructura de la Población 1996. EUSTAT.

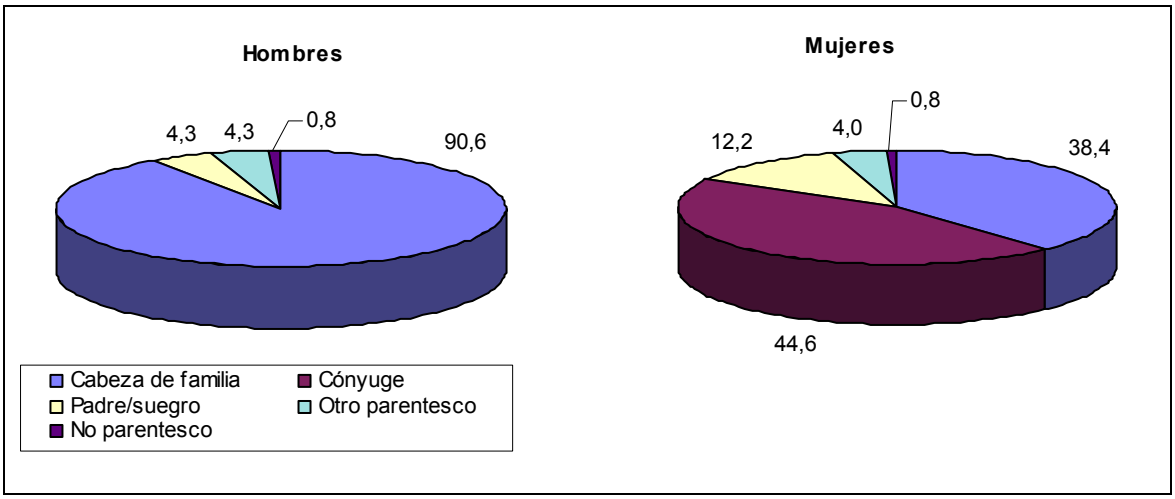
Otro grupo de interés es el integrado por personas mayores de sesenta y cinco años que conviven exclusivamente -en pareja o manteniendo otro tipo de relación-, con otra persona de la misma cohorte de edad. En total eran 10.348, en 1996, cifra que, referida al total de mayores de sesenta y cinco años de aquella fecha, representa el 27,6 por 100.

Sumando este grupo al de ancianos que viven solos y considerando también otros resultados, podemos inferir que algo más de la mitad de los ancianos que vivían en sus domicilios en aquella fecha convivían con gente de edad inferior a los sesenta y cinco años.

El papel que desempeñan las personas mayores en el seno de la familia varía sustancialmente según sea su género. Entre los hombres –datos correspondientes a 1996- la inmensa mayoría, el 90,6 por 100, es cabeza de familia, siendo acogidos por los hijos en el 4,3 por 100 de los casos, 663 personas. Entre las mujeres el nivel de dependencia es significativamente mayor: sólo el 38,4 por 100 son cabeza de familia -en más de la mitad de los casos, el 55,6 por 100, viven solas-, en el 44,6 por 100 de las ocasio-

nes son cónyuges del cabeza de familia y en 2.463 ocasiones, 12,2 por 100 del total, han pasado a vivir al domicilio de los hijos.

GRÁFICO Nº 21: PAPEL QUE DESEMPEÑAN LAS PERSONAS MAYORES EN LA FAMILIA SEGÚN EL GÉNERO (1996, porcentajes)



Fuente: Estructura de la población 1996. EUSTAT.

1.3.2. La enfermedad y la mortalidad

Las personas mayores están afectadas, en mucho mayor grado que el conjunto de la población, por todas aquellas enfermedades no vinculadas a la actividad productiva, o que derivan en otro tipo de padecimientos, o que desembocan en un fallecimiento prematuro; este es un hecho sobradamente certificado por todas las investigaciones realizadas sobre el tema en los países próximos a nuestro entorno social. La información más actualizada de que se dispone sobre la situación sanitaria de los ancianos alaveses es, en concreto, la que se recoge en la "Encuesta de Salud 1997" del Gobierno Vasco; antes de presentar sus resultados más relevantes, es preciso advertir, como lo hace el propio estudio en su capítulo introductorio, que, por razones muestrales, los datos desagregados correspondientes a este Territorio están sujetos a unos márgenes de error algo más amplios que el resto.

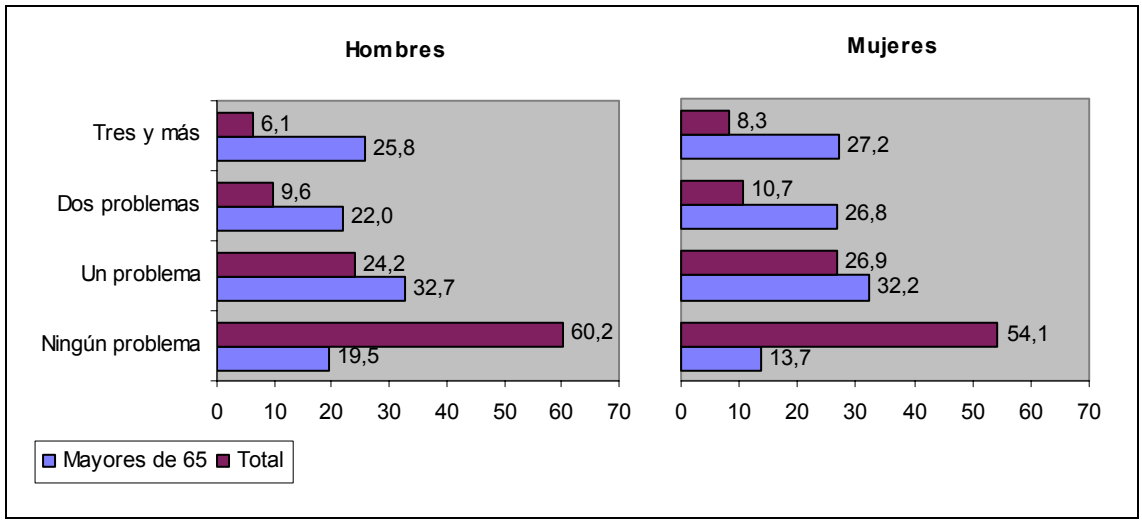
Al comparar el estado de salud de los alaveses de sesenta y cinco y más años con el del conjunto de la población residente en el Territorio, una de las diferencias más notables que se observan estriba en el número de problemas crónicos padecidos por uno y otro grupo. Los resultados de la Encuesta indican que:

- Entre las personas mayores, el porcentaje de las que padecen dos o más trastornos crónicos llega al cincuenta y uno por ciento de la población general.

- En el extremo opuesto, ausencia de problemas crónicos, se sitúa el cincuenta y siete por ciento de los residentes en el Territorio, frente al dieciséis por cien de los residentes de más edad.

- La situación, desde esta perspectiva, es particularmente más desventajosa entre las mujeres mayores, que se ven afectadas por dos o más problemas crónicos en mayor proporción que los hombres de su edad y que se encuentran libres de este tipo de enfermedades en menor medida que ellos.

GRÁFICO Nº 22: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ALAVESA ATENDIENDO AL NÚMERO DE PROBLEMAS CRÓNICOS PADECIDOS, EL SEXO Y LA EDAD (1997, porcentajes)



Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

Los problemas crónicos más frecuentes entre los hombres mayores son la hipertensión, que afecta al veintidós por cien, la artrosis, dieciocho, y las enfermedades del corazón, quince; cabe destacar también la incidencia de la sordera, catorce por cien, y de la ceguera, cuatro y medio por cien. Entre las mujeres de más edad, la enfermedad más habitual resulta la artrosis, treinta y cinco por cien, seguida por la hipertensión, treinta y dos; la sordera afecta al once por cien de este colectivo y la ceguera al ocho. En todos estos casos se aprecia una estrecha y clara relación de signo positivo entre la edad y la incidencia del problema.

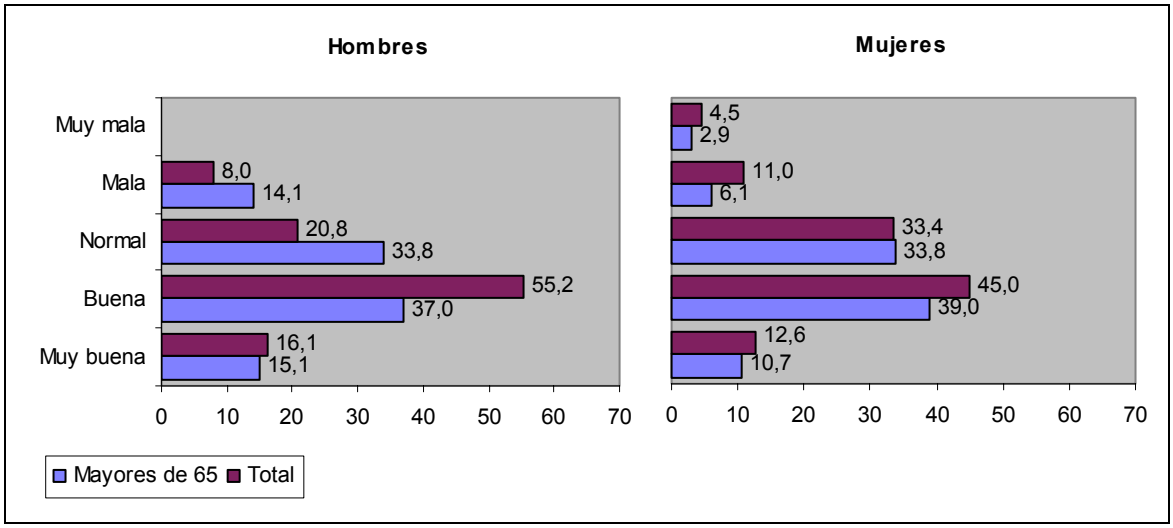
CUADRO Nº 1: PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS CRÓNICOS ENTRE LA POBLACIÓN ALAVESA POR SEXO Y EDAD (porcentajes)

Relación de problemas	Hombres					Mujeres				
	≤ 17	18/44	45/64	65 y +	Total	≤ 17	18/44	45/64	65 y +	Total
Problemas de espalda	0,8	7,8	14,0	12,0	8,3	1,5	7,3	23,0	18,0	11,0
Sordera	0,1	1,1	7,0	14,0	3,7	-	1,0	4,5	11,0	3,2
Hipertensión	-	0,4	8,6	22,0	4,6	-	1,2	13,0	32,0	8,2
Arteriosclerosis	-	1,4	6,4	12,0	3,5	-	2,5	8,2	17,0	5,5
Ceguera	-	0,2	0,6	4,5	0,7	-	0,4	-	8,2	1,4
Problemas de corazón	0,8	0,2	5,9	15,0	3,2	1,0	-	1,5	11,0	2,2
Artrosis	-	1,0	10,0	18,0	4,8	-	0,2	22,0	35,0	10,0
Diabetes	-	0,4	3,2	10,0	2,0	-	0,4	1,3	8,2	1,7
Problemas cerebrovasculares	-	0,5	1,4	12,0	1,8	-	-	0,3	1,8	0,3
Próstata	-	-	2,2	9,1	1,5	-	-	-	-	-

Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

La prevalencia creciente de las enfermedades conforme avanza la edad se refleja claramente, aunque de forma más atenuada, en la percepción subjetiva que tienen las personas investigadas sobre su estado de salud general. Así, entre las personas de sesenta y cinco y más años, el porcentaje de las que afirman tener una salud mala o muy mala asciende al 15,5 por 100, frente al 8,6 por 100 que se alcanza a nivel general, resultando el grupo de mujeres mayores el que se siente en peor situación relativa, 16,6 por 100 de respuestas de este carácter.

GRÁFICO Nº 23: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ALAVESA POR LA PERCEPCIÓN DE SU SALUD, EL SEXO Y LA EDAD (porcentajes)



Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

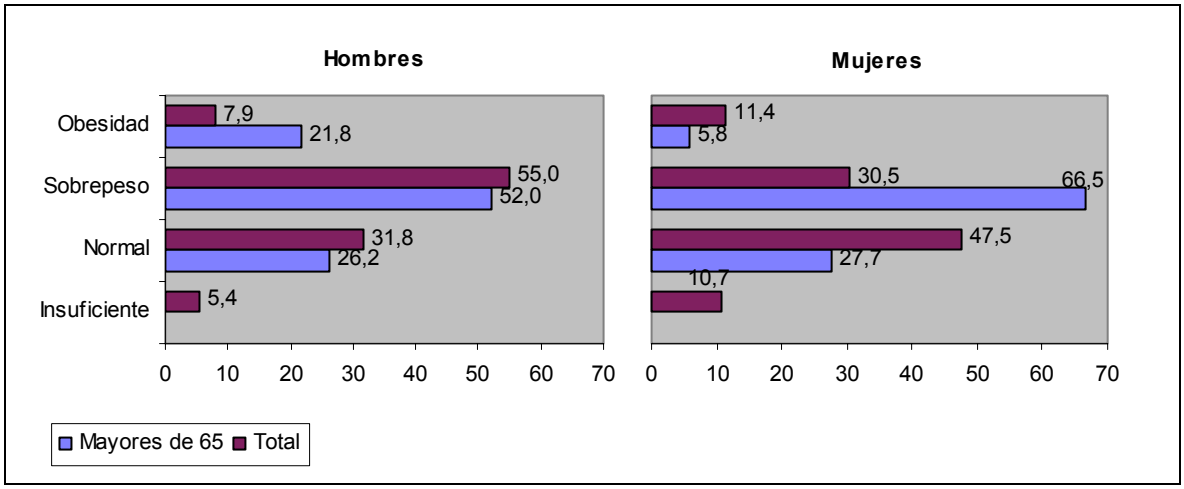
La encuesta del Gobierno ofrece también otras perspectivas de análisis cuyos resultados están menos condicionados por el factor edad, a pesar de lo cual no dejan de tener interés. Merece la pena destacar, en concreto, los siguientes:

- El 7,6 por 100 de la población mayor alavesa –estamos hablando de casi tres mil quinientas personas en el momento actual- había sufrido, en el año anterior a la realización del estudio, algún tipo de accidente grave. Más de la mitad de ellos, el 53,0 por 100, a nivel de Comunidad Autónoma, tuvieron lugar en los domicilios –donde los ancianos son particularmente vulnerables- y casi la tercera parte, el 31,3 por 100 en un espacio público; las caídas fueron el origen de estos accidentes las tres cuartas partes de las veces. Para el conjunto de personas mayores que sufrieron un accidente –los resultados se presentan también a nivel comunitario y no tienen carácter excluyente- éste se tradujo en secuelas físicas o mentales, 33,8 por 100, en el ingreso en un hospital, 20,9 por 100, y/o en el descenso general de la actividad, 64,2 por 100.

- La encuesta define el perfil de sospechoso de alcoholismo a partir de un screening breve y sencillo, e incluye en esta categoría al 13,4 por 100 de los hombres alaveses de sesenta y cinco y más años –la media general masculina es 12,5-, sin detectar ningún caso entre las mujeres alavesas de esas mismas edades.

- Entre la población mayor alavesa se observa una incidencia del sobrepeso, 59,9 por 100, y de la obesidad, 13,0 por 100, que resultan superiores a los correspondientes al conjunto de la población, 42,8 y 9,6 por 100 respectivamente.

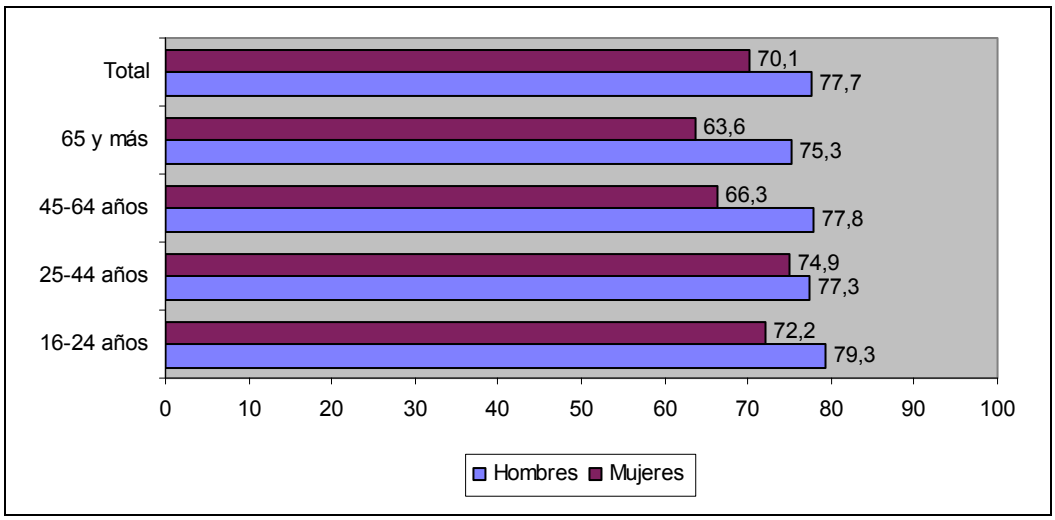
GRÁFICO Nº 24: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ALAVESA SEGÚN SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL, SEXO Y GRUPO DE EDAD (porcentajes)



Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

Uno de los problemas de salud más graves con que se enfrentan las personas mayores es el de las enfermedades mentales, tanto por la creciente incidencia de las mismas conforme avanza la edad, como por las graves secuelas que se derivan de estas situaciones. La investigación del Gobierno aborda también esta cuestión, aunque los resultados que ofrece resultan un tanto crípticos a efectos de análisis interno. Dentro de la Encuesta de Salud se recogen cinco ítems destinados a valorar la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo, que sirven de base para la elaboración de un índice de salud mental que, en la situación más favorable, alcanza un valor de cien y, en la más desfavorable, de cero. El trabajo muestra que el valor que alcanza ese índice tiende a disminuir entre los hombres a partir de los sesenta y cinco años y, entre las mujeres, a partir de los cuarenta y cinco; en conjunto los alaveses de sesenta y cinco y más años son el sector etairo que presenta más problemas de salud mental, obteniendo su índice un valor que sólo representa el 92,4 por 100 del valor medio general.

GRÁFICO Nº 25: ÍNDICE DE SALUD MENTAL POR EDAD Y SEXO. ÁLAVA (porcentajes)

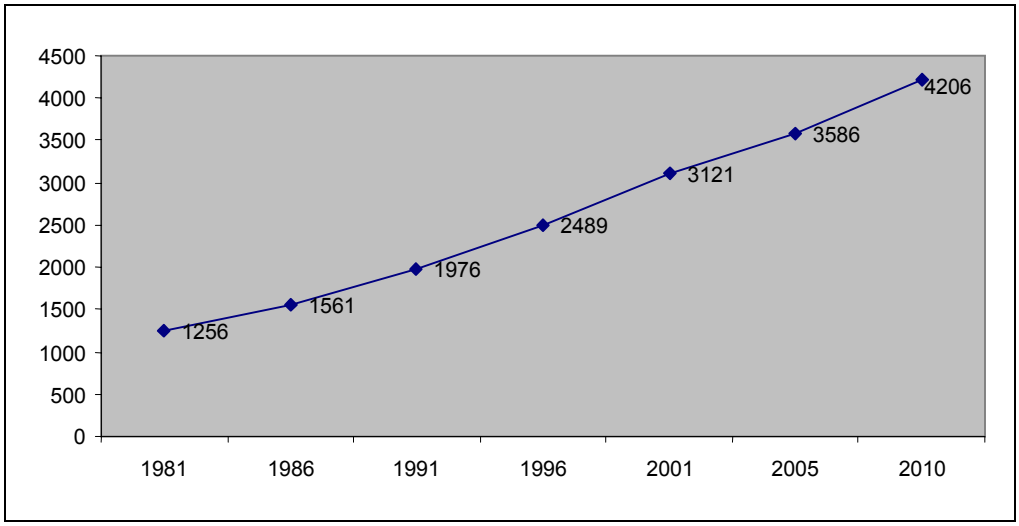


Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

En lo que respecta a este importante problema, pueden ofrecerse datos más expresivos de su dimensión mediante la realización de estimaciones. El estudio de EURODEM, realizado a nivel europeo, pone de manifiesto que no existen diferencias significativas en el alcance de estas enfermedades entre los distintos países de la Unión y que, por ello, pueden realizarse buenas aproximaciones cuantitativas a la incidencia real del problema mediante la aplicación a una población determinada de tasas de prevalencia específicas por edades; esta investigación desvela también que el Alzheimer representa, aproximadamente, el sesenta por ciento de los casos de enfermedad mental entre las personas mayores.

A partir de las tasas de prevalencia establecidas por EURODEM, puede calcularse que el número de personas mayores afectadas por este tipo de trastornos en Álava asciende en el año 2001 a 3.100, de las que alrededor de 1.800 padecerían Alzheimer. Procediendo de la misma forma, podría estimarse la evolución seguida hasta la fecha y la prevista para años sucesivos, obteniéndose los resultados que aparecen en el siguiente gráfico.

GRÁFICO Nº 26: NÚMERO DE PERSONAS MAYORES AFECTADAS POR TRASTORNOS MENTALES EN ÁLAVA: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS

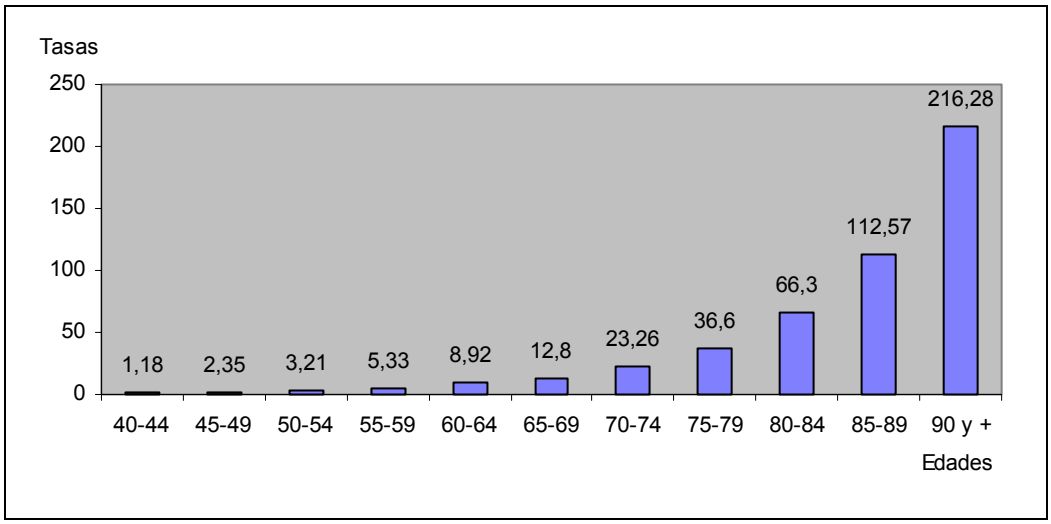


Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas demográficas y EURODEM.

Como se aprecia inmediatamente, entre 1981 y 1996 la incidencia del problema prácticamente se duplica y, en lo que respecta a años venideros, se espera un incremento entre el 2001 y el 2005 del orden del quince por ciento y entre el 2001 y el 2010, del orden del treinta y cinco. Es este un grupo de personas especialmente frágiles y vulnerables que está requiriendo ya, y que va a demandar más en el futuro, una oferta de actuaciones más variada e integral, y progresivamente creciente.

Habría que indicar, para concluir este epígrafe, que casi las tres cuartas partes de las defunciones que se producen en este Territorio, el 74,6 por 100 en 1998, ocurren entre personas que han cumplido los sesenta y cinco años y, de estas últimas, el 79,1 por 100, entre las que han cumplido los setenta y cinco; es a partir de ese límite de edad donde se observa la mayor inflexión de la tasa de mortalidad específica por edades.

GRÁFICO Nº 27: TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICA POR EDADES EN ÁLAVA 1998 (por 1000 personas)



Fuente: Anuario Estadístico Vasco 2001. EUSTAT.

1.3.3. La discapacidad

Son varios los trabajos realizados en los últimos años en este Territorio que, de forma más o menos parcial, en base a distintas definiciones, y con fines muy diversos, abordan el tema de la dependencia, o el de la discapacidad de las personas mayores. Todos ellos vienen a confirmar una serie de fenómenos y de tendencias, comunes a los contextos sociales próximos, que pueden sintetizarse en tres puntos:

- La mayor parte de los problemas de discapacidad que padece una sociedad, entre el cincuenta y el sesenta por ciento del total, se localizan entre las personas que han cumplido los sesenta y cinco años.

- La incidencia de estos problemas, dentro de este colectivo, se sitúa en torno al quince por ciento, resultando más alta en el caso de las mujeres que, como se sabe, constituyen el grueso de la población anciana.

- La tendencia que sigue esta variable –la incidencia de la discapacidad- es creciente conforme avanza la edad, aunque el ritmo de su crecimiento es desigual, sin que se observe una tendencia claramente creciente en relación a ese ritmo.

La discapacidad, como problema, y la autonomía, como objetivo, constituyen conceptos tan centrales para el sistema de servicios sociales como la enfermedad y la salud para el sistema sanitario, y merece la pena por ello detenerse a exponer y analizar los resultados más relevantes que ofrecen esas investigaciones.

Los estudios realizados sobre las redes informales de atención –en la zona rural (1995) y en Vitoria-Gasteiz (1997)- dedican uno de sus capítulos a la estimación de la prevalencia de la discapacidad entre las personas mayores; parten de una concepción estricta de la misma, esto es, vinculada necesariamente a una deficiencia, y ordenan a la población mayor, desde esta perspectiva, en cuatro categorías excluyentes:

- Dependencia muy grave: se incluyen en ella a las que hay que acostarles y levantarles, asearles, vestirles o desvestirles.

- Dependencia grave: se recogen aquí a quienes no pueden realizar solas las actividades citadas, pero pueden colaborar en la realización de las mismas.

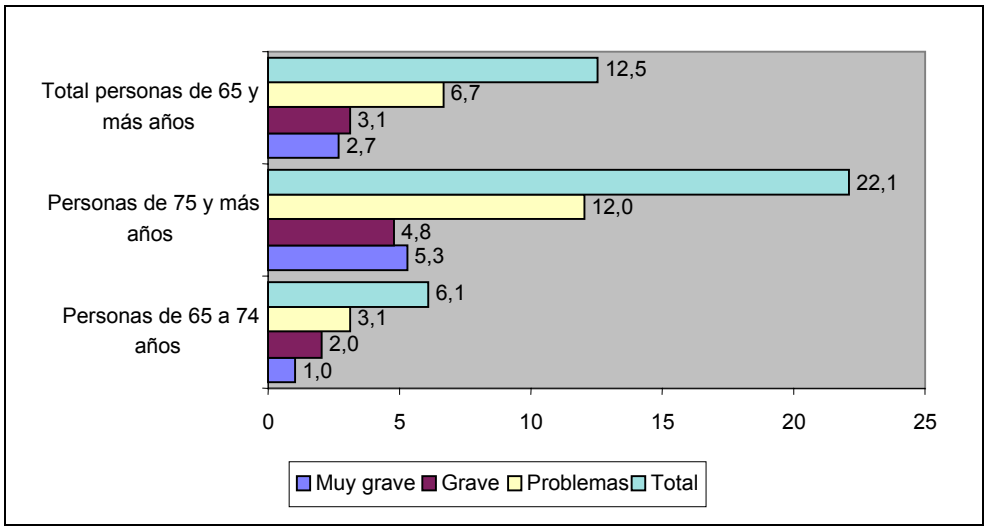
- Existencia de problemas de dependencia: se consideran dentro de la misma a todas aquellas personas que requieren la ayuda de otras para alguna de las actividades ya mencionadas o para andar.

- Autónomos: se clasifican como tales a los no incluidos en alguna de las categorías anteriores.

Como se deduce de esas definiciones, el concepto de discapacidad empleado es bastante restrictivo, ya que dentro de la última categoría pueden aparecer personas que tropiezan con problemas para llevar a cabo otras tareas personales o instrumentales de carácter también cotidiano.

Considerando conjuntamente estos dos trabajos, las prevalencias que se obtendrían en relación a cada uno de esos niveles de discapacidad serían las siguientes:

GRÁFICO Nº 28: PREVALENCIA DE LOS NIVELES DE DISCAPACIDAD (porcentajes)



Fuente: Estudios sobre las redes informales.

Son dos los resultados contenidos en este gráfico que merece la pena subrayar:

- Uno de cada ocho alaveses de sesenta y cinco y más años está afectado por problemas serios de discapacidad.

- La prevalencia de este problema entre las personas de setenta y cinco y más años triplica ampliamente la que se observa entre los que tienen una edad comprendida entre los sesenta y cinco y los setenta y cinco.

La "Encuesta de Salud 1997", realizada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en base a una muestra de cuatro mil hogares, estudia, entre otros muchos, el fenómeno de las limitaciones crónicas o permanentes de la población para llevar a cabo determinadas actividades; se trata de un indicador de salud que mide la dimensión del estatus funcional y hace referencia a la realización o a la capacidad de realizar, una variedad de actos que son normales en personas con buena salud física, teniendo en cuenta la edad de las mismas. Desde esta perspectiva, distribuye a los afectados por alguna limitación en tres categorías, también excluyentes:

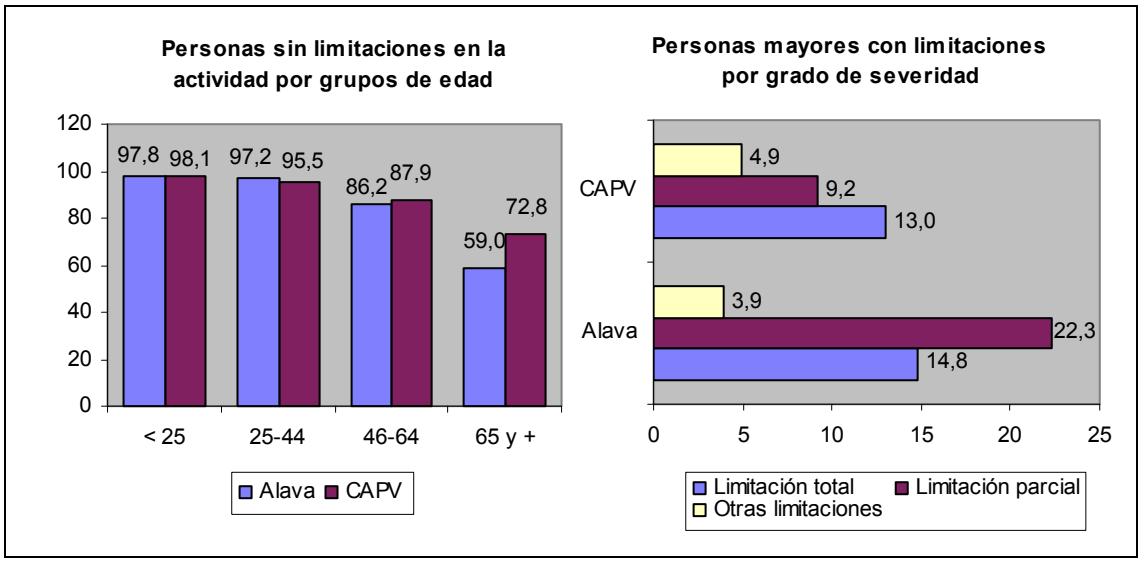
- Limitación total de la actividad principal, que incluye, en el caso de las personas mayores, a aquellas que tienen necesidades de ayuda para las tareas básicas de la vida diaria.

- Limitación parcial de la actividad principal, en la que se clasifican a las personas mayores con necesidades puntuales de ayuda para vivir de forma independiente.

- Limitaciones para otras actividades de carácter social o recreativo.

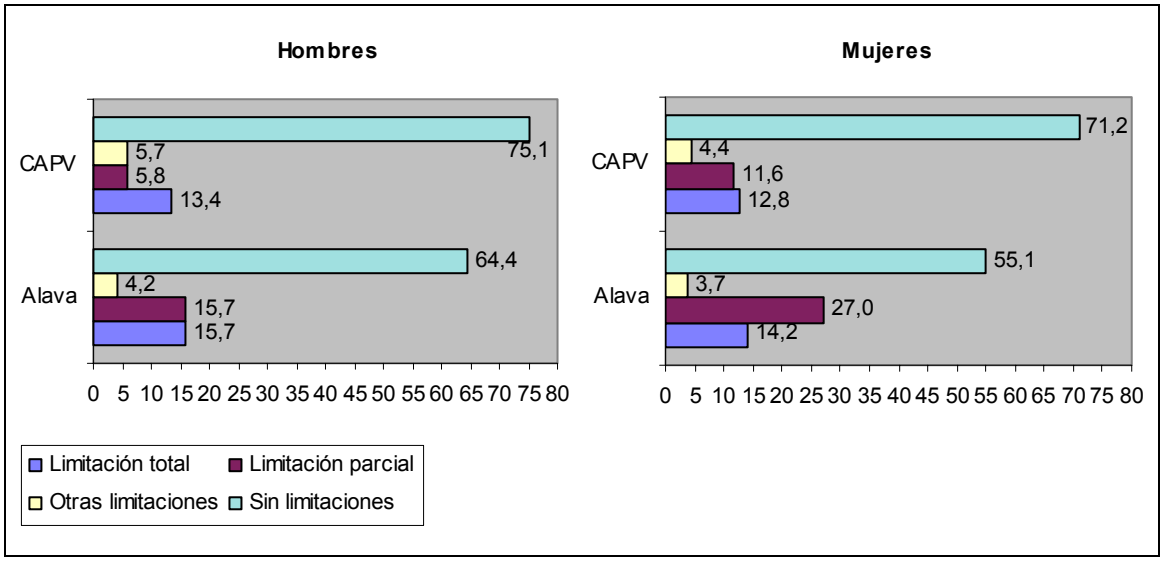
Merece la pena, particularmente en este caso, exponer los principales resultados obtenidos por esta Encuesta tanto en el ámbito de Álava como en el de la Comunidad Autónoma; son los que aparecen reflejados en los siguientes gráficos:

GRÁFICO Nº 29: PERSONAS AFECTADAS, O NO, POR LIMITACIONES CRÓNICAS O PERMANENTES EN ÁLAVA Y EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA (porcentajes)



Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

GRÁFICO Nº 30: DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN SU GRADO DE LIMITACIÓN (porcentajes)



Fuente: Encuesta de Salud 1997. Avance de resultados. Departamento de Sanidad.

Una valoración meditada y contrastada de los datos que figuran en estos gráficos da pie para someter a consideración dos cuestiones:

- Los datos relativos a las personas mayores que tienen una limitación total para la actividad principal pueden ser calificados de consistentes. La prevalencia hallada en Álava, 14,8%, es un catorce por cien más elevada que la correspondiente al conjunto de la Comunidad Autónoma, 13,0%, pero esta diferencia se justifica, en buena medida, por el mayor grado de envejecimiento interno del colectivo alavés en relación al vasco. Por otra parte, teniendo en cuenta el carácter más restrictivo del concepto de discapacidad empleado en el estudio de las redes informales, resulta también lógico que el porcentaje proporcionado por el Departamento de Sanidad sea más elevado, un dieciocho por ciento más alto que el calculado en el trabajo de las redes, 12,5 por 100. Habría que considerar, por último, que las situaciones de limitación total, definidas en torno a la capacidad de realizar o no una docena de actividades concretas de carácter cotidiano, son fácilmente objetivables, y ello contribuye a minimizar los márgenes de error en los resultados.

- No sucede lo mismo con las limitaciones parciales, caracterizadas por la existencia de necesidades puntuales de ayuda para vivir de forma independiente, cuestión más imprecisa y difícil de objetivar. La diferencia hallada en este caso entre la tasa de prevalencia alavesa, 22,3 por 100, y la de la Comunidad Autónoma, 9,2 por 100, no se puede justificar en base a diferencias sociales, demográficas o

sanitarias, y es más que posible que deba explicarse, en buena medida, por problemas muestrales o de diferencias de criterios en la realización del trabajo de campo.

Habría que señalar, por último, que los resultados en esta Encuesta ponen también de relieve que el 47 por 100 de las personas que, en este Territorio, presentan una limitación total para la realización de su actividad principal, tienen sesenta y cinco y más años.

La "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999", realizada por el I.N.E., en base a una muestra muy amplia de setenta y nueve mil viviendas y doscientas veinte mil personas, presenta el inconveniente de ofrecer resultados representativos a nivel de Comunidades Autónomas aunque, teniendo en cuenta el carácter indicativo de la información que se persigue, los datos más globales correspondientes al País Vasco pueden ser referidos a la población alavesa, introduciendo dos factores correctores:

- El porcentaje de personas de sesenta y cinco y más años residentes en ese Territorio en relación al total, que asciende al 12,08 por 100.

- El grado de envejecimiento de la población mayor alavesa en relación a la vasca –22,9 por 100 de personas mayores de ochenta años, frente al 21,4 por 100 del conjunto de la Comunidad- lo que, teniendo en cuenta las tasas de discapacidad específicas por sexo y tramos de edad, se traduciría en una incidencia de este problema un 4,6 por 100 más elevada en este Territorio que en el conjunto de los tres.

Los principales resultados que se obtendrían para Álava en 1999, a partir de los datos vascos corregidos de acuerdo con estos factores, serían los siguientes:

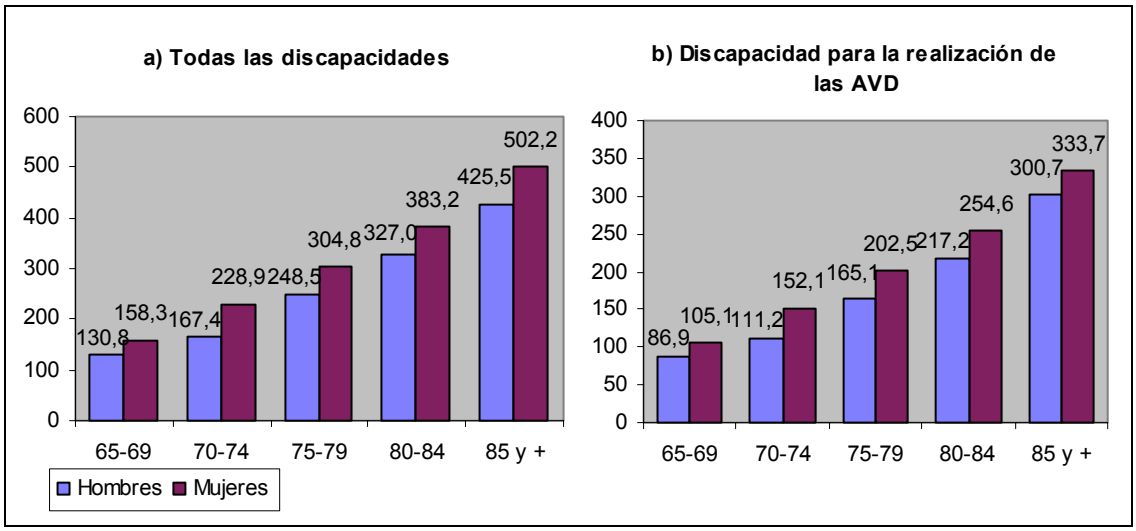
- El número de personas con discapacidad de sesenta y cinco y más años ascendería a 10.196.

- De ese conjunto de personas, 6.775, tendrían alguna discapacidad para la realización de alguna/s de las actividades de la vida diaria, personales o instrumentales.

Otro bloque de información que ofrece esa encuesta, que merece la pena considerar también con carácter indicativo, es el que se refiere a las tasas de discapacidad específicas por sexo y tramos de edades. Ajustando los datos que ofrece ese trabajo, respetando su estructura interna, a los resultados que se acaban de exponer, obtendríamos los gráficos de incidencia diferenciales que aparecen a continuación:

GRÁFICO Nº 31: PREVALENCIAS DE DISCAPACIDAD ESPECÍFICAS, POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD,

ESTIMADAS PARA ÁLAVA (tasas por 1000, personas no residencializadas)



Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999". I.N.E.

Cabe señalar, además, que la Encuesta sobre Discapacidades del I.N.E., que deja al margen de su observación a los menores de seis años, estima que, en el País Vasco, el 56,2 por 100 de las personas afectadas por alguna discapacidad han cumplido los sesenta y cinco años; este porcentaje debería aminorarse teniendo en cuenta que alrededor del cinco por ciento de la población vasca no ha cumplido los seis años y, por tanto, no ha sido computada dentro de la población con discapacidad menor de sesenta y cinco años.

La Encuesta del I.N.E., por último, clasifica a la población con alguna discapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria en tres categorías excluyentes atendiendo al grado de gravedad; estas son las definiciones que ofrece ese Instituto de dichas categorías:

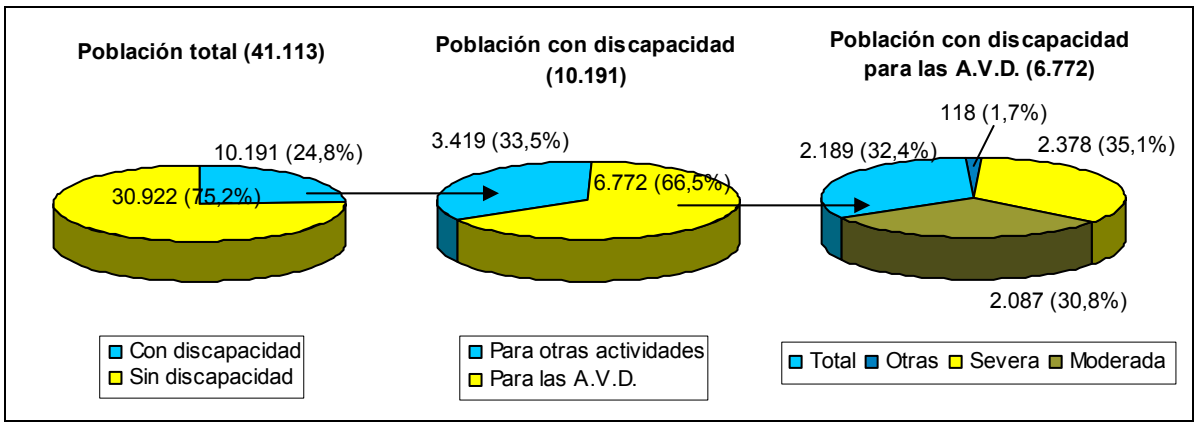
- Moderada. Se considera que una persona presenta una discapacidad moderada si realiza la actividad sin dificultad alguna debido a que recibe ayuda o la realiza con un grado de dificultad moderado.

- Severa. Se considera que una persona tiene una discapacidad severa si realiza la actividad con gran dificultad.

- Total. Se considera que una persona tiene una discapacidad total si no puede realizar la actividad.

Desde esta perspectiva, las estimaciones realizadas para Álava arrojan los siguientes resultados:

GRÁFICO Nº 32: DISTRIBUCIÓN ESTIMADA DE LA POBLACIÓN MAYOR ALAVESA RESIDENTE EN COMUNIDAD, ATENDIENDO AL GRADO DE DISCAPACIDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999". I.N.E.

Cada una de las investigaciones mencionadas, de acuerdo con los fines que persigue, mide la discapacidad con criterios más amplios o más restringidos, y ello explica, en lo fundamental, las sensibles diferencias que se aprecian en algún caso cuando se cotejan sus resultados. Todos los datos, exceptuando quizás el correspondiente a las limitaciones parciales de la Encuesta de Salud, resultan fiables y contribuyen a matizar y enriquecer la visión del problema. Existe, sin embargo, una variable clave para el sistema de servicios sociales, la discapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria que, aparte de ser la más fácilmente objetivable, es común a los tres trabajos y presenta resultados con diferencias poco significativas que, en cualquier caso, tienen una explicación clara. Esa es la variable que va a emplearse para estimar la incidencia del problema.

La prevalencia de la discapacidad para las actividades de la vida diaria que resulta más consistente es la calculada por el I.N.E., 16,5 por 100 de la población anciana, porcentaje algo más elevado que el que presentan los otros dos estudios debido a que:

- La investigación del Departamento de Sanidad sólo toma en consideración aquellas discapacidades directamente vinculadas a un problema de salud, sin duda las más frecuentes, pero no todas.

- Los trabajos sobre las redes informales no pasan revista a todas las actividades cotidianas y seleccionan, por esta vía, a las personas mayores que tienen unas discapacidades más graves, dejando al margen a parte de las que padecen este problema en un grado moderado.

Sería necesario, sin embargo, revisar al alza ese porcentaje, teniendo en cuenta que ninguno de estos estudios observa el estado en que se encuentran los mayores residencializados, tres por ciento tan sólo

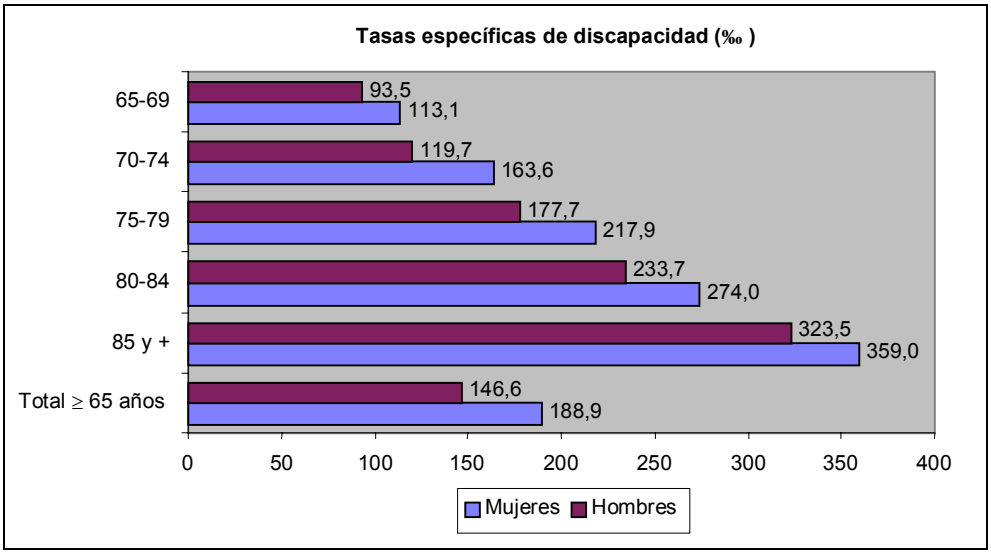
de la población anciana, pero con una incidencia de la discapacidad que puede estimarse en el sesenta por ciento; en base a estos dos datos, el segundo más hipotético que el primero, habría que añadir 1,3 puntos a la tasa establecida por el I.N.E., llegándose así a una incidencia de la discapacidad para las actividades de la vida diaria entre el conjunto de población del orden del 17,8 por 100.

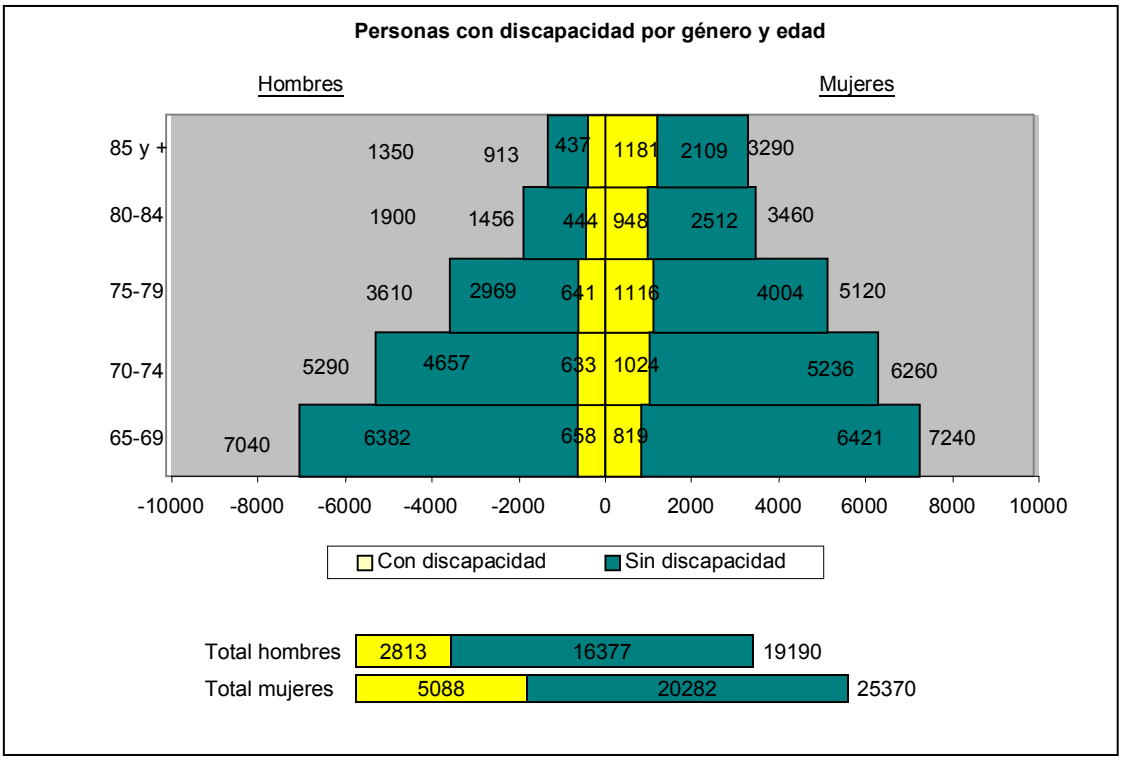
La investigación llevada a cabo por el I.N.E., por otra parte, ofrece el nivel de detalle más elevado desde la perspectiva de la incidencia diferencial del problema de la discapacidad por sexo y edad, presentando una estructura interna que es plenamente congruente con la que ofrecen otras investigaciones, alguna de ellas realizada a nivel censal. Esta información, corregida para llegar a la tasa estimada del 17,8 por 100, va a permitir calcular, de forma bastante aquilatada, la evolución seguida y las perspectivas de evolución[1] de la incidencia de este problema entre la población de sesenta y cinco y más años, lo que constituye una base importante para la planificación.

Tomando como referencia la población proyectada para el año dos mil, ordenada por sexo y tramos de edades, y aplicando a la misma las tasas específicas calculadas por el I.N.E. corregidas de la forma que se ha expuesto, obtendríamos la siguiente imagen de la discapacidad para las actividades de la vida diaria entre los mayores alaveses:

[1] Los estudios llevados a cabo en distintos países sobre la evolución de la incidencia de la discapacidad ofrecen resultados contradictorios y, por el momento, la hipótesis de su mantenimiento en el transcurso del tiempo puede considerarse consistente.

GRÁFICO Nº 33: PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD PARA LAS A.V.D. ESTIMADAS EN ÁLAVA EN EL AÑO 2000





La información contenida en estos gráficos, sumada a la expuesta en párrafos anteriores, permite concretar bastante más las apreciaciones que, con carácter general, se han realizado al comienzo de este capítulo en relación al fenómeno del envejecimiento y la discapacidad:

- Alrededor de la mitad de los alaveses que tienen problemas para llevar a cabo sus actividades cotidianas han cumplido los sesenta y cinco años; entre el cuarenta y siete y el cincuenta y tres por ciento, según las distintas estimaciones.

- La incidencia de este problema es 5,4 veces mayor entre las personas que sobrepasan ese límite de edad que entre el resto de la población alavesa.

- Prácticamente las dos terceras partes de las personas mayores afectadas por una discapacidad, el sesenta y cuatro por ciento, son mujeres.

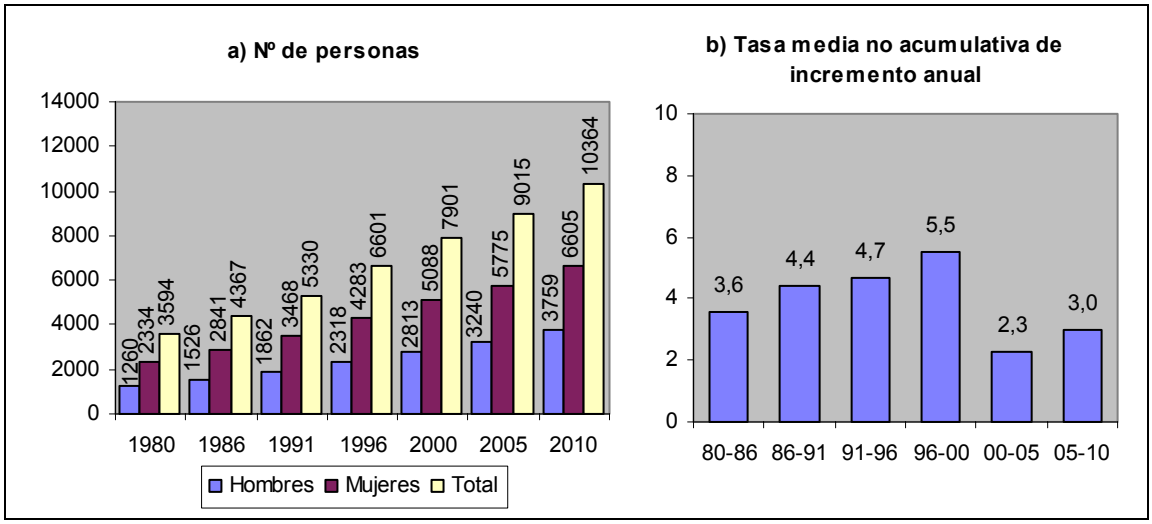
- Esta concentración de problemas en el sexo femenino responde a tres razones: su mayor peso entre la población mayor, 56,9 por 100, su nivel de envejecimiento más alto –el 26,8 por 100 de ellas han cumplido los ochenta, frente al 16,9 por 100 de los hombres- y la incidencia más alta de la discapacidad que padecen en todos los tramos de edades.

- La discapacidad se incrementa notablemente conforme avanza la edad, pero los incrementos más fuertes de la incidencia aparecen entre los hombres cuando sobrepasan los setenta y cinco y, entre las mujeres, cuando cumplen los setenta.

- Si el número de mayores alaveses con problemas de discapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria asciende a 7.901, el de mayores con cualquier tipo de discapacidad se elevaría, en el mismo año dos mil, a 11.890.

No existen datos que permitan hablar de la evolución seguida por el fenómeno de la discapacidad entre las personas mayores en Álava y, por otra parte, como ya se ha apuntado, las investigaciones llevadas a cabo sobre la esperanza de vida libre de discapacidad no llegan a resultados concluyentes que autoricen a realizar previsiones en relación al futuro. Merece la pena, sin embargo, abordar ambas cuestiones –la evolución y las previsiones- aunque sólo sea en términos estimativos, y la fórmula que parece más adecuada para ello es la de aplicar las tasas específicas por sexo y tramos de edad calculadas a las personas mayores residentes en Álava en diferentes momentos del pasado y a las que se calcula que van a residir en el futuro. Procediendo de esta manera, obtendríamos la siguiente imagen temporal del problema:

GRÁFICO Nº 34: EVOLUCIÓN Y PREVISIONES DEL NÚMERO DE PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ÁLAVA



Fuente: Elaboración propia.

Como se aprecia en estos gráficos, entre los dos años extremos considerados, el total de personas mayores con discapacidad residentes en Álava prácticamente se triplica; el número de hombres afectados se incrementa en un 198 por 100 y el de mujeres en un 186. El ritmo de aumento es singularmente elevado en el período noventa y seis-dos mil, previéndose un descenso muy significativo del mismo para el quinquenio 2000/2005 y un ligero repunte para el siguiente. El cualquier caso, es importante tomar en consideración, en relación al futuro, que el número de mayores con problemas de discapacidad para las actividades de la vida diaria es previsible que se incremente en torno a doscientas personas por año.

1.3.4. Situación económica

A pesar de que no existe información estadística detallada y actual que permita ofrecer una visión precisa de la situación económica en que se encuentran las personas mayores dentro de este Territorio, todos los datos disponibles ponen de manifiesto que es éste un sector de población en el que la incidencia de las situaciones de pobreza es claramente superior a la media general.

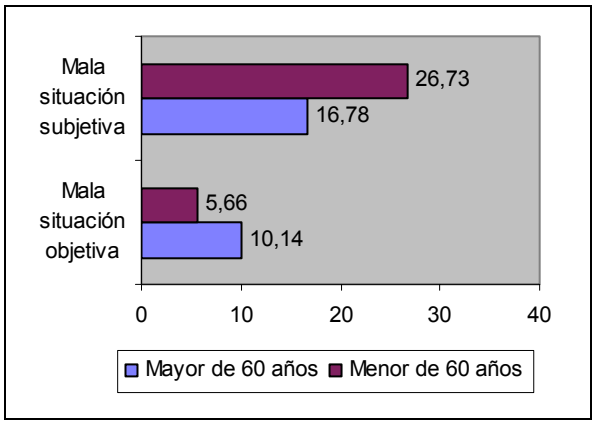
La "Encuesta de Condiciones de Vida 1999" de EUSTAT observa la situación económica de las familias vascas utilizando para ello unos pocos indicadores que no pretenden establecer los ingresos familiares en sentido estricto, sino "determinar la situación de desahogo o aprieto económico de las familias", tanto en términos subjetivos como objetivos. Los resultados de este trabajo permiten llegar a tres conclusiones:

- Las familias alavesas presididas por una persona de sesenta y más años se encuentran en mala situación económica objetiva en el 10,1 por 100 de los casos, frente al 5,7 por 100 que se alcanza cuando el cabeza de familia no ha cumplido esa edad; la incidencia del problema es, por tanto, un 77 por 100 mayor en el primer caso que en el segundo.

- A pesar de esta acusada diferencia en la situación objetiva, los cabezas de familia de más edad están más satisfechos subjetivamente con su situación económica que el resto: tan sólo el 16,8 por 100 de los hogares presididos por una persona de sesenta años y más considera que tropieza con dificultades económicas, frente al 26,7 por 100 al que se llega en el resto de las familias.

- El contraste entre la apreciación objetiva y la subjetiva no hace sino poner cifras a una realidad ya conocida: a pesar de que la situación económica de las personas mayores es peor, sus expectativas en este sentido son notablemente más moderadas que las del resto de la población y, por ello, su grado de satisfacción mayor.

GRÁFICO Nº 35: SITUACIÓN ECONÓMICA SUBJETIVA Y OBJETIVA DE LOS HOGARES ALAVESES SEGÚN LA EDAD DE LA PERSONA PRINCIPAL

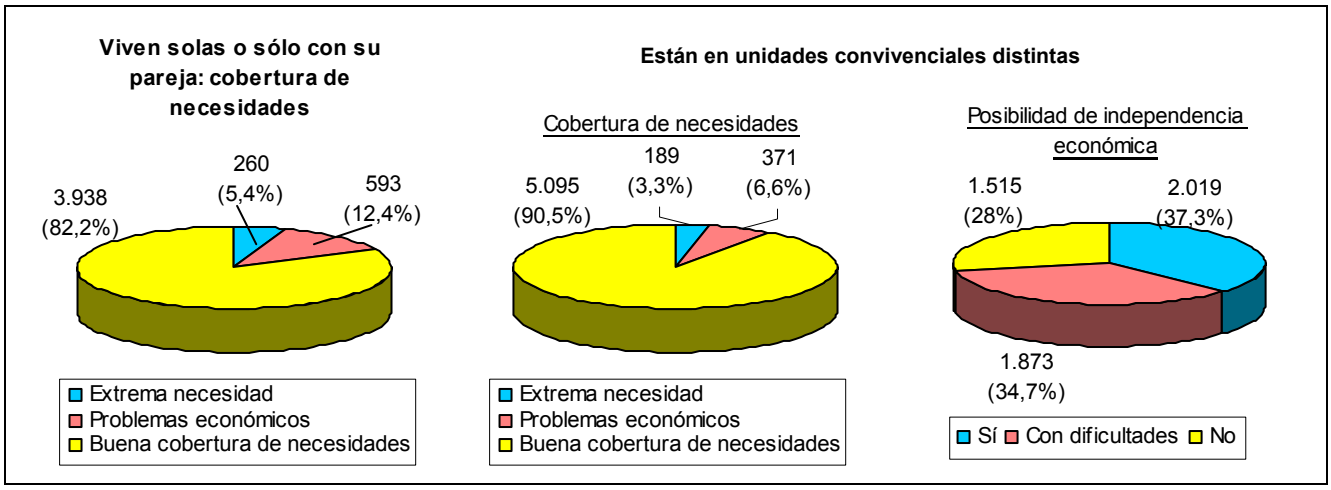


Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 1998. EUSTAT

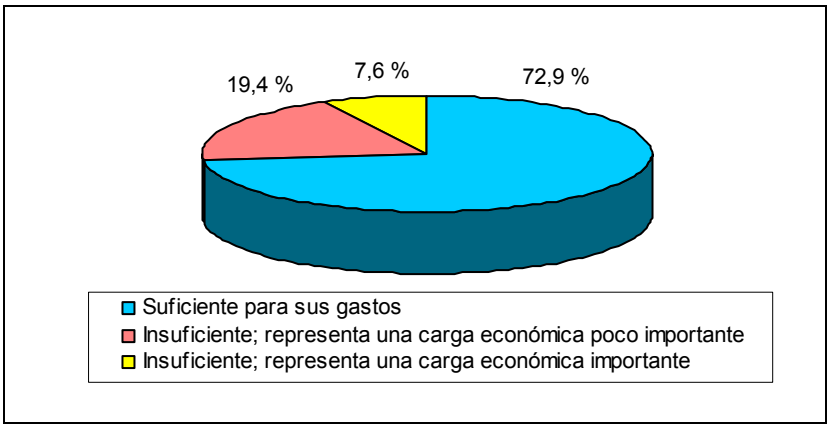
Los estudios realizados en Álava sobre la red natural de atención –en la zona rural (1995) y en Vitoria-Gasteiz (1997)- abordan también, aunque desde perspectivas diferentes, el tema de la situación económica de las personas mayores, ofreciendo los resultados que aparecen recogidos en los siguientes gráficos.

GRÁFICO Nº 36: SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA ZONA RURAL (1995) Y EN VITORIA-GASTEIZ (1997)

A) VITORIA-GASTEIZ 1997. Personas mayores de setenta y cinco años



B) ZONA RURAL 1995. Personas mayores de sesenta y cinco años. Aportación económica de la persona atendida a la familia en la que vive



Fuente: Estudios sobre las redes informales

De los datos contenidos en estos gráficos hay algunos que merecen particular atención; son los siguientes:

- La proporción de personas mayores de setenta y cinco años residentes en Vitoria-Gasteiz que se enfrenta con problemas económicos para atender a sus necesidades básicas se eleva al 13,5 por 100, porcentaje algo más elevado que el que se obtiene en la Encuesta de Condiciones de Vida, aunque congruente con el mismo, ya que en esa Encuesta se toman en consideración las personas mayores de sesenta años y la situación económica también empeora conforme avanza la edad.

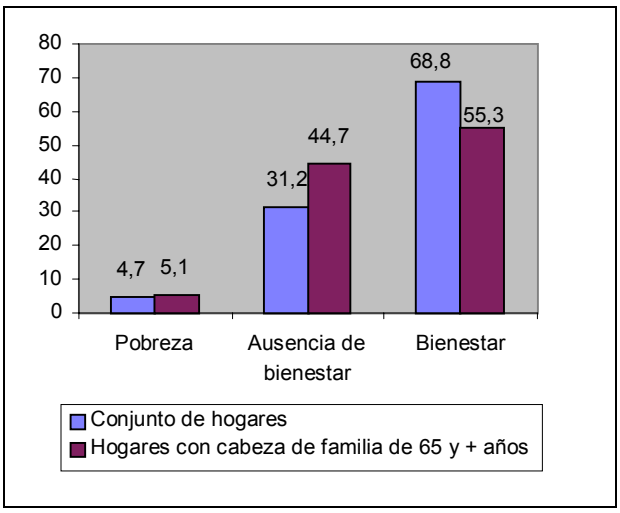
- La proporción de mayores en situación económica precaria es más baja, 9,9 por 100 de los casos, cuando los ancianos residen en un hogar amplio, pero ello es debido, en cierta medida, a los apoyos económicos que reciben del resto de los integrantes de la familia para atender a sus necesidades básicas: en Vitoria-Gasteiz tan sólo el 37,3 por 100 de estos ancianos podría vivir de forma autónoma, en términos económicos, mientras que, en la zona rural, el 72,9 por 100 declara que su aportación económica a la familia es suficiente como para hacer frente a sus gastos propios, afirmación que debe ser matizada, teniendo en cuenta las economías de escala que se derivan de la vivencia en grupo.

- Estos dos trabajos permiten sacar a la luz un problema que no suele aparecer reflejado en otros estudios y que puede ser importante y merecer la atención particular de la administración pública, el de la carga económica que puede suponer también para los ciudadanos la atención a las personas mayores que conviven con ellos.

La "Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 1996", promovida por el Gobierno Vasco recibió apoyo financiero del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava para ampliar el tamaño de la muestra en este Territorio, con el fin último de lograr niveles de representatividad más amplios, capaces de sustentar análisis con mayores niveles de desagregación. Merece la pena, por ello, aprovechar esta circunstancia, presentando datos que, a pesar de los cinco años transcurridos, proporcionan información más detallada que la Encuesta de Pobreza y Desigualdades del 2000, que no dispuso de esa ampliación muestral. Estos son los datos más relevantes:

- La pobreza de mantenimiento afectaba en Álava, a nivel global, al 4,7 por 100 de los hogares, y la situación etiquetada como "ausencia de bienestar" al 31,2 por 100, porcentaje acumulativo que incluye las situaciones de pobreza; el resto de las familias, el 68,8 disfrutaba de unas condiciones materiales de vida acordes con el desarrollo económico y social del Territorio. Entre los hogares cuyo cabeza de familia había cumplido los sesenta y cinco años, la incidencia de las situaciones más desfavorables resultaba superior a la media: la pobreza implicaba al 5,1 por 100 de estas familias y la ausencia de bienestar al 44,7 por 100 de ellas.

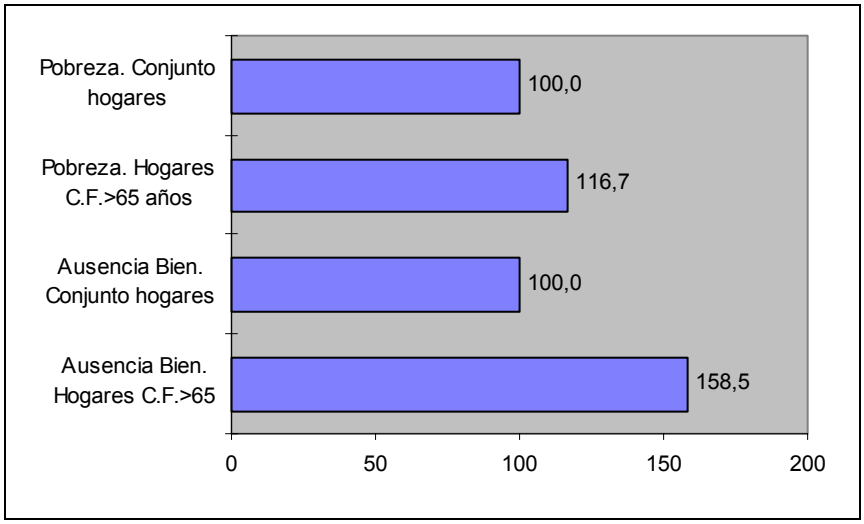
GRÁFICO Nº 37: SITUACIÓN ECONÓMICA DEL CONJUNTO DE LOS HOGARES Y DE LOS HOGARES CUYA PERSONA PRINCIPAL HABÍA CUMPLIDO LOS SESENTA Y CINCO AÑOS EN 1996



Fuente: Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 1996. Gobierno Vasco.

- A similares conclusiones se llegaba observando los resultados desde otra perspectiva: en los hogares con un cabeza de familia de sesenta y cinco y más años se concentraba el 27,3 por 100 de los estados de pobreza y el 37,1 por 100 de los de ausencia de bienestar. Si se comparan estos porcentajes con los correspondientes a los hogares encabezados por personas de sesenta y cinco y más años, 23,4 por 100 en la fecha de referencia, se obtiene una prevalencia diferencial de situaciones de pobreza que resulta un 16,7 por 100 superior a la media y de situaciones de ausencia de bienestar que son un 58,5 por 100 más elevadas que las que se alcanzan entre el conjunto de los hogares.

GRÁFICO Nº 38: PREVALENCIA RELATIVA DE SITUACIONES DE POBREZA Y AUSENCIA DE BIENESTAR (números índices; base conjunto de hogares=100)

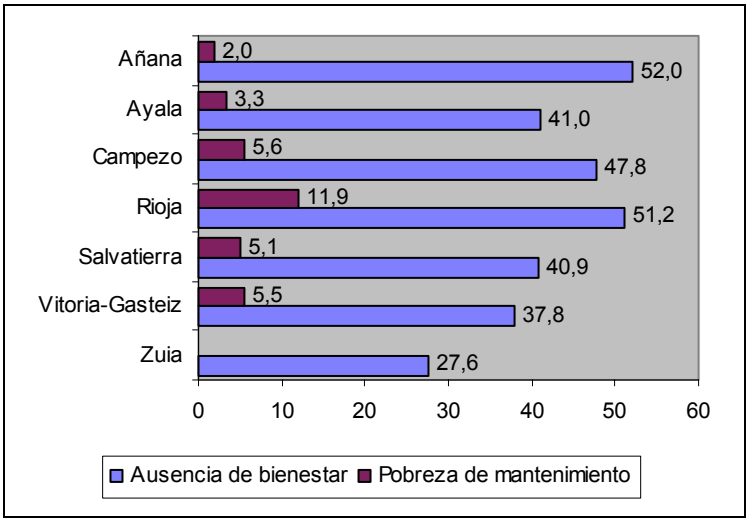


Fuente: Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 1996. Gobierno Vasco.

- En relación a la pobreza de acumulación, la investigación a la que nos estamos refiriendo pone también de manifiesto que las familias cuya persona principal tiene sesenta y cinco y más años viven en una situación económica claramente más desfavorable que el conjunto: la incidencia de este problema era del cuatro por cien entre las primeras y del 1,9 por cien entre las segundas, resultando una diferencia relativa entre ambos conjuntos del orden del 110,5 por 100.

- Los resultados obtenidos en Álava, a nivel comarcal, mostraban diferencias importantes en los hogares encabezados por una persona de sesenta y cinco y más años; la mayor incidencia de la pobreza se observaba en La Rioja, y la situación más grave de ausencia de bienestar, en Añana.

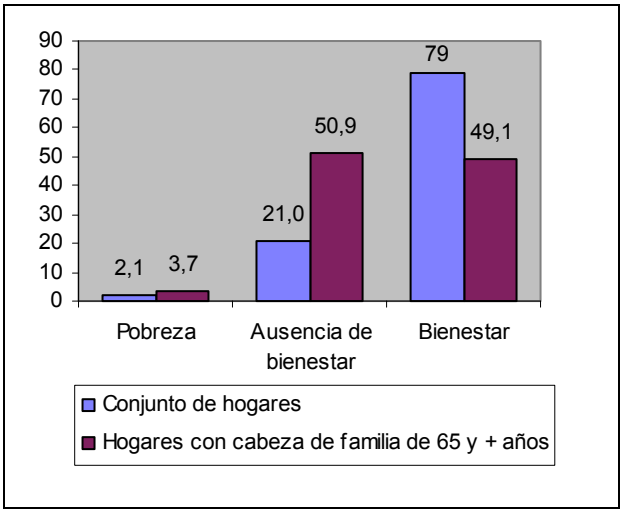
GRÁFICO Nº 39: INCIDENCIA DE LAS SITUACIONES DE POBREZA POR CUADRILLAS (porcentajes)



Fuente: Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 1996. Gobierno Vasco.

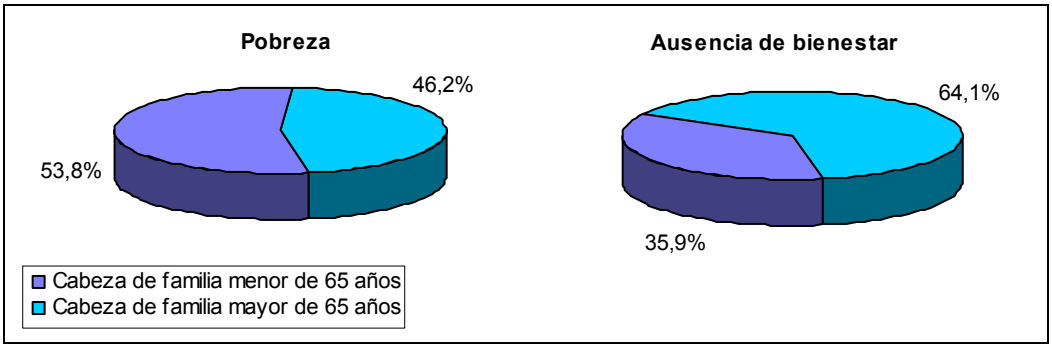
La "Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2000", realizada con la misma metodología que la anterior, aunque con un tamaño de muestra más pequeño ofrece los siguientes resultados significativos:

GRÁFICO Nº 40: INCIDENCIA DE LAS SITUACIONES DE PRECARIEDAD EN TODOS LOS HOGARES Y EN LOS HOGARES PRESIDIDOS POR UNA PERSONA DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS



Fuente: Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 1996. Gobierno Vasco.

GRÁFICO Nº 41: DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA Y DE AUSENCIA DE BIENESTAR SEGÚN LA EDAD DE LA PERSONA PRINCIPAL



Fuente: Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2000. Gobierno Vasco.

En relación a estos resultados, y teniendo además en cuenta los correspondientes al año noventa y seis, cabe destacar los siguientes aspectos:

- Si se centra la atención en los hogares pobres, resulta evidente que la situación general ha mejorado de forma espectacular en el transcurso de estos cuatro años, reduciéndose la incidencia de este problema en un cincuenta y cuatro por cien; hay que destacar, no obstante, que el descenso de la incidencia de la pobreza ha sido menos notable –veintisiete por ciento- en los hogares encabezados por una persona de sesenta y cinco y más años.

- Este desigual ritmo de descenso de la incidencia del problema ha agudizado la diferencia entre el conjunto de todos los hogares y el de los hogares encabezados por personas mayores, resultando la prevalencia en estos últimos un setenta y seis por ciento más alta que en los primeros.

- Como consecuencia de ello, si en 1996 en los hogares de personas mayores se concentraba el 27,3 por 100 de las situaciones de pobreza, cuatro años más tarde estos hogares llegan a representar el 46,2 por 100 del problema.

- También a nivel global se aprecia un descenso importante, del orden del treinta y tres por ciento, en las situaciones calificadas como de ausencia de bienestar, pero esa disminución tiene su origen, exclusivamente, en las familias cuya persona principal no ha cumplido los sesenta y cinco años; en los hogares de personas mayores, esto es muy relevante, la incidencia del problema se incrementa en un catorce por cien.

- De resultas de este proceso, estos hogares, los de los mayores, han pasado de suponer el 37,1 por 100 de las situaciones de ausencia de bienestar en 1996, a representar el 64,1 por 100 cuatro años más tarde.

1.3.5. Los problemas de maltrato y desatención

El riesgo de situaciones de maltrato y desatención está estrechamente relacionado con la falta de autonomía y con la dependencia de la persona que puede padecerlos, con el tipo de relación establecido con el entorno próximo y con el marco en que se producen estas relaciones. Se tiene constancia clara, desde hace ya mucho tiempo, de que los ancianos, particularmente los institucionalizados, son una población de riesgo desde esta perspectiva, y son muchas las investigaciones que, a partir de los años ochenta, han confirmado este hecho y lo han intentado cuantificar, a pesar de que todavía no existe un acuerdo unánime sobre lo que debe entenderse por maltrato, desatención, negligencia…

La información de la que se dispone sobre la situación en Álava está recogida en el "Estudio sobre la calidad de los cuidados a las personas ancianas que viven en la comunidad", encargado por el IFBS y realizado por Emaiker en el año 2001, que es la primera investigación llevada a cabo en esta Comunidad específicamente destinada a abordar este tema. Los aspectos metodológicos más relevantes de este trabajo son los tres siguientes:

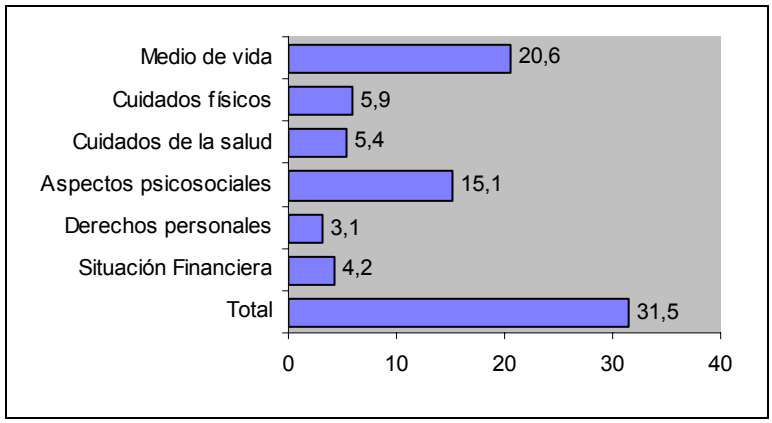
- Gira en torno al concepto de cuidados necesarios, estableciendo una separación entre los adecuados y los inadecuados y definiendo las situaciones de maltrato como el estadio más grave de los cuidados inadecuados.

- Se realiza por medio de una encuesta dirigida a una muestra representativa de ancianos alaveses que, en base a su falta de autonomía, reciben atención comunitaria –asistencia domiciliaria o centro de día- o han solicitado algún tipo de recurso social. No se trata por tanto de un estudio cuyos resultados puedan extrapolarse a la población mayor alavesa que vive en la comunidad, aunque sí que pueden considerarse muy indicativos.

- El instrumento de trabajo utilizado ha sido la escala Qualcare, empleado en diferentes investigaciones norteamericanas y mejorado posteriormente por la Universidad de Québec.

El estudio pone de manifiesto, en primer lugar, que existe un porcentaje muy elevado de ancianos, casi la tercera parte, el 31,5 por 100, que no recibe los cuidados que precisa o que los recibe de forma inadecuada.

GRÁFICO Nº 42: PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES PROBLEMAS DE DESATENCIÓN RESULTADOS GLOBALES 2001 (porcentajes)



Fuente: Estudio sobre la calidad de los cuidados a las personas ancianas que Viven en la comunidad.

Un análisis en profundidad de esos resultados –aparecen más desglosados en el gráfico siguiente- permite a los investigadores llegar a las siguientes conclusiones:

- Los problemas relacionados con el mantenimiento en la vivienda y los cuidados físicos y de la salud son más evidentes en las personas con mayor grado de autonomía, y tienen una incidencia mucho menor entre las personas dependientes, especialmente entre las afectadas por demencias.

- La desatención o atención inadecuada a aspectos psicosociales son situaciones que, por el contrario, se dan principalmente entre las personas con mayor dependencia; la prevalencia se sitúa en el 18,1 por 100 en el caso de las personas que necesitan alguna ayuda y en el 9,5 por 100 en el caso de las personas con mayor autonomía.

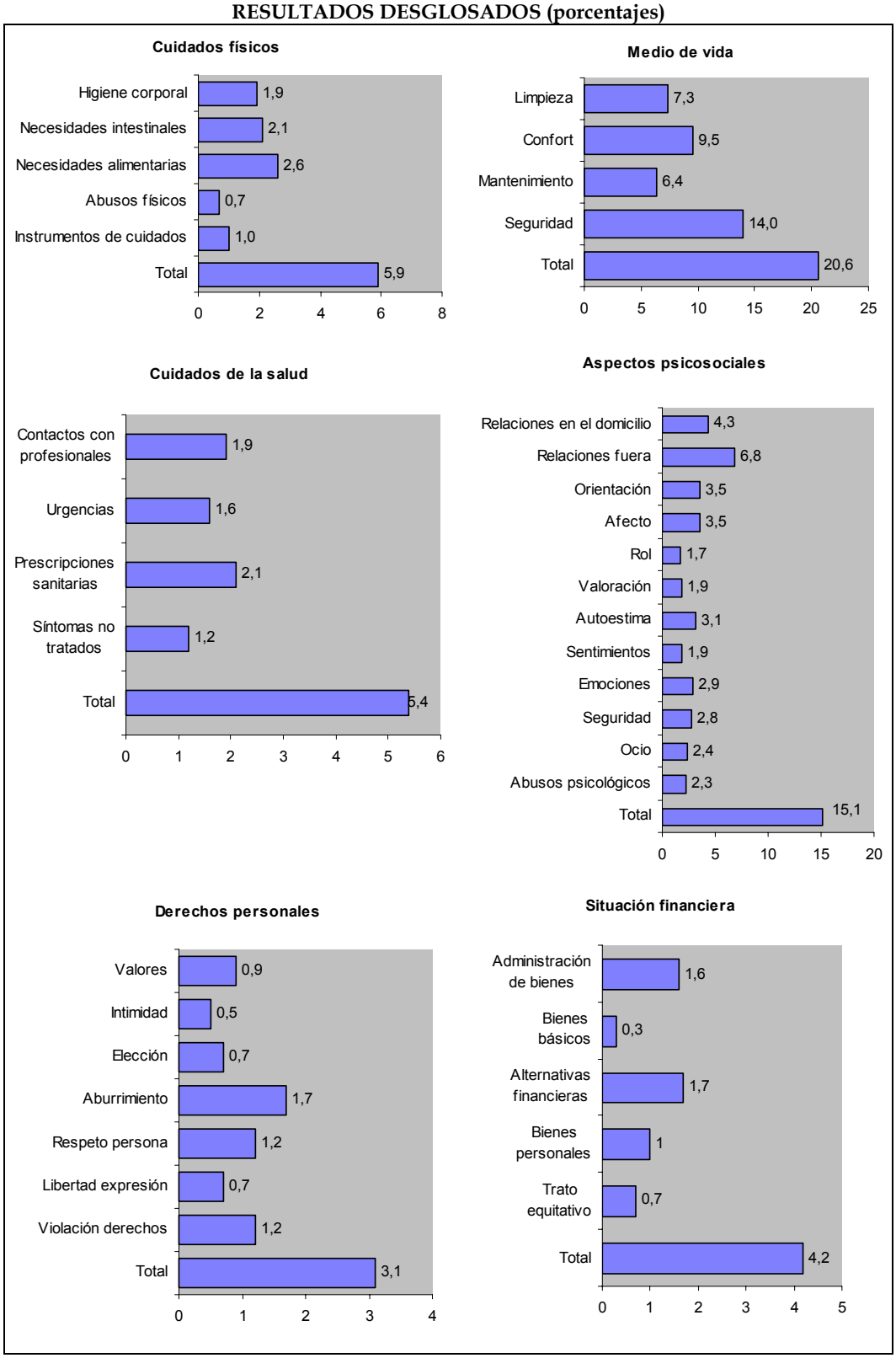
- Las personas dependientes sin demencia muestran un mayor grado de desatención hacia aspectos tales como la posibilidad de expresar sus sentimientos o la imposibilidad de asumir roles familiares significativos; entre las personas con demencia la principal deficiencia está relacionada con la inexistencia de medidas que faciliten su orientación.

- La calidad de los cuidados depende más de las características y la situación de las personas que los ofrecen que del estado de salud o nivel de autonomía de las personas atendidas. Reciben mejor atención quienes están cuidados por mujeres, por jóvenes, por hijos e hijas y, sobre todo, por personas que conviven con los ancianos; en el otro extremo, las situaciones más conflictivas aparecen cuando no existe cuidador o cuando éste vive en un domicilio distinto.

- La identificación de los cuidados inadecuados y de los malos tratos no es una tarea fácil, en ocasiones se ocultan y en otras no se valoran como tales ni por parte de los cuidadores ni por parte de los propios atendidos; su detección precisa de una metodología clara y de profesionales adecuadamente formados.

- En definitiva los cuidados inadecuados pueden producirse en cualquier tipo de situación y familia aunque son más frecuentes entre los ancianos no totalmente dependientes pero necesitados de ayuda y entre los cuidadores más vulnerables por su estado de salud, su avanzada edad o la carencia de apoyos externos.

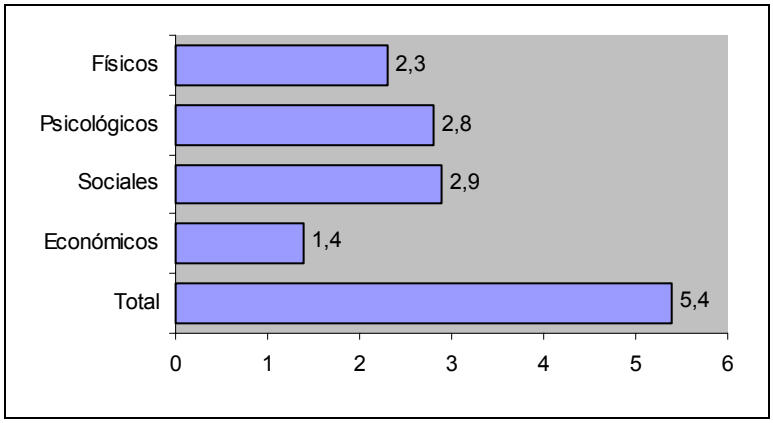
GRÁFICO Nº 43: PREVALENCIA DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE DESATENCIÓN. RESULTADOS DESGLOSADOS (porcentajes)



Fuente: Estudio sobre la calidad de los cuidados a las personas ancianas que viven en la comunidad.

En relación a las situaciones de malos tratos –incluidas entre los cuidados inadecuados- los resultados que ofrece este estudio muestran que algo más de uno de cada veinte ancianos investigados, el 5,4 por 100, los padecen, siendo los casos más frecuentes los que aparecen en el ámbito social y en el psicológico.

GRÁFICO Nº 44: PREVALENCIA DE LAS SITUACIONES DE MAL TRATO. RESULTADOS GLOBALES (porcentajes)



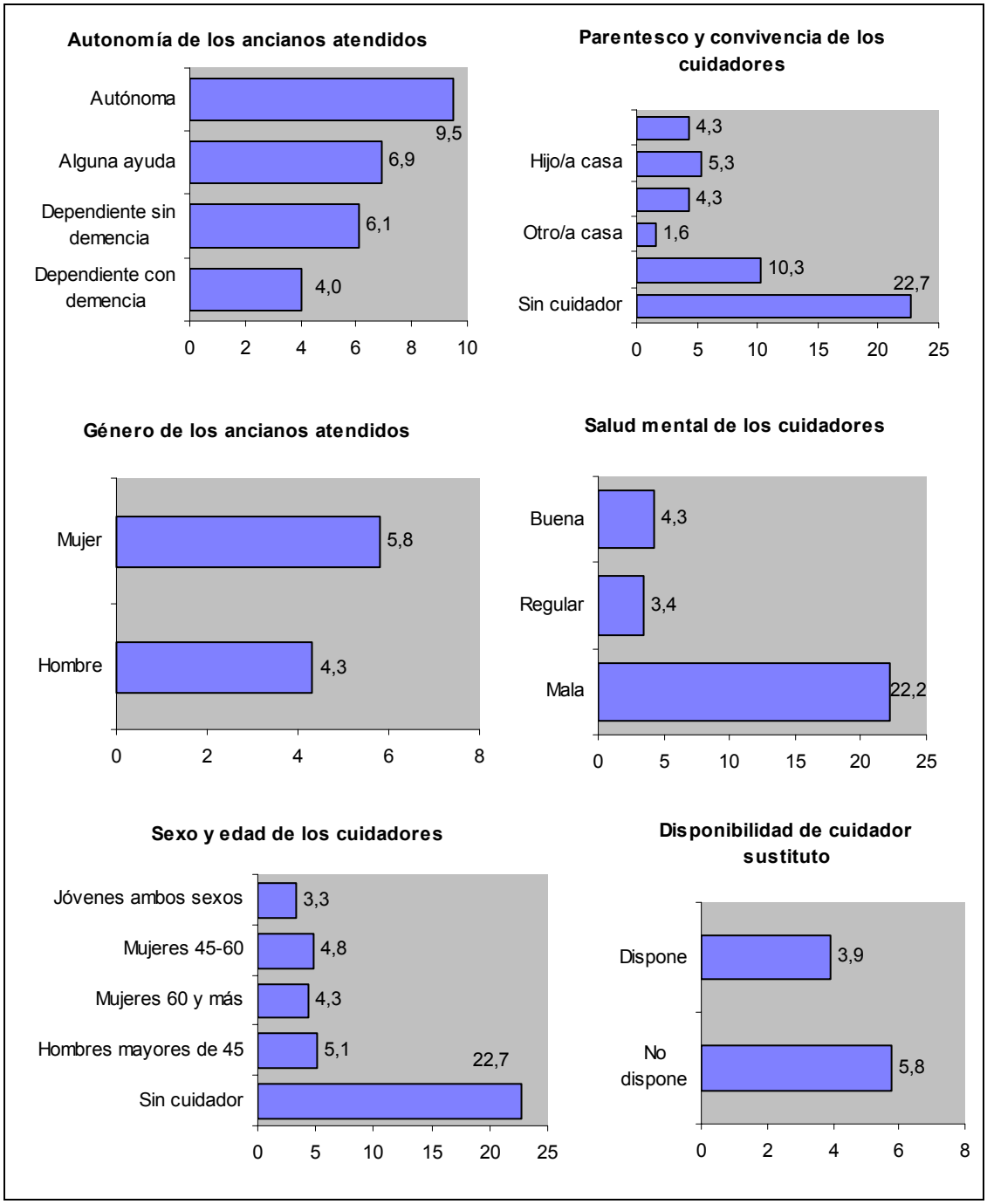
Fuente: Estudio sobre la calidad de los cuidados a las personas ancianas que viven en la comunidad

El porcentaje de ancianos afectados obtenido en el estudio realizado en Álava no resulta comparable con los de otras investigaciones que utilizan definiciones diferentes de lo que debe entenderse por malos tratos. En cualquier caso, se puede indicar, a título de referencia, que los trabajos realizados con metodologías más parecidas sitúan las prevalencias entre el 1 y el 3,2 por 100 en Estados Unidos y en el 4 por 100 en Canadá, mientras que otras investigaciones llevadas a cabo con criterios más amplios arrojan unos resultados sensiblemente más amplios, entre el 17 por 100, en el caso de Finlandia, y el 20 por 100, en el de Francia.

El trabajo realizado por Emaiker profundiza en el estudio de las situaciones de mal trato, ofreciendo también algunos resultados, en ocasiones poco esperados y siempre de interés, que aparecen sintetizados en el gráfico de la página siguiente, y que merecen los siguientes comentarios:

- El fenómeno sin duda más llamativo es la tendencia al descenso de la prevalencia conforme aumenta el grado de fragilidad del anciano, alcanzando la tasa más baja entre los dependientes con demencia.

GRÁFICO Nº 45: PREVALENCIA DE LAS SITUACIONES DE MAL TRATO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS Y LOS CUIDADORES (porcentajes>)



Fuente: Estudio sobre la calidad de los cuidados a las personas ancianas que viven en la comunidad.

- Otro dato que merece especial consideración es el de la elevadísima incidencia de los casos de mal trato entre los ancianos que no disponen de cuidador, 22,7 por 100; en buena lógica, no se trata en

sentido estricto de casos de malos tratos sino, más bien, de ausencia grave de cuidados, y hubiera sido de interés distinguir mejor una y otra situación.

- Destacaremos, por último, que la disponibilidad de una persona que ayuda al cuidador principal en la atención a las necesidades del anciano, tiene una fuerte incidencia en la aparición de malos tratos, disminuyendo el riesgo de éstos en un treinta y tres por ciento.

Y, para concluir, una última reflexión, reiterativa, pero que parece imprescindible para que la imagen ofrecida no se aleje de la realidad. El riesgo de maltrato, las situaciones de desprotección más graves, en buena lógica y a tenor de lo que ponen de manifiesto todas las investigaciones, tienden a concentrarse entre los ancianos que se han visto obligados a abandonar su marco natural de vida, que siempre resulta el más protector. El estudio de Emaiker deja al margen este colectivo pero, a efectos de planificación, no puede en modo alguno ser desconsiderado.

1.3.6. La vivienda

La información disponible sobre las características de las viviendas en las que residen personas mayores, y su adecuación a las necesidades específicas de este colectivo, es bastante parcial y escasamente operativa a efectos de planificación: las investigaciones más completas han sido llevadas a cabo hace más de cinco años y los estudios más recientes no ahondan suficientemente en los problemas peculiares de este grupo de población.

Con periodicidad anual, el Departamento de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente, ha venido llevando a cabo una encuesta destinada a cuantificar las necesidades y la demanda de viviendas en términos de primer acceso, cambio y rehabilitación. Del último de los trabajos realizados, el correspondiente al año 2000, tan sólo pueden extraerse dos datos más o menos expresivos de la incidencia de los problemas de vivienda entre las personas mayores:

- El veinte por ciento de las necesidades de cambio de vivienda que se aprecian en el País Vasco proviene de hogares cuya persona principal está jubilada; en este segmento de hogares la prevalencia de las situaciones de necesidad de cambio, 3,5 por 100, es inferior a la que se observa en el conjunto de los hogares, 5,2 por 100.

- A nivel supraterritorial también, se constató que el treinta por ciento de las necesidades de rehabilitación se concentran en hogares cuya persona principal está jubilada; ello representa una prevalencia

en este colectivo del 5,3 por 100 que también resulta inferior a la correspondiente al conjunto de hogares, estimada en un 10,5 por 100 del total.

Los resultados expuestos inducen a pensar, en síntesis, que las necesidades de cambio o de rehabilitación de vivienda afectan menos a las personas mayores que al conjunto de la población, pero esta idea debe ser matizada teniendo en cuenta que las expectativas de bienestar material son notablemente más bajas entre las personas de más edad que entre las más jóvenes, fenómeno que queda claramente de manifiesto al contrastar la situación económica objetiva con la subjetiva. En cualquier caso, no puede desdeñarse el dato de que casi nueve de cada cien hogares encabezados por una persona que está jubilada, requieren el cambio de vivienda o su rehabilitación. Hay que tener en cuenta, además, que, debido tan sólo a razones metodológicas, las encuestas de vivienda limitan el campo de las necesidades de acceso a personas de entre dieciocho a cuarenta y cinco años que disponen de ingresos propios –sólo a ellas se les interroga sobre este tipo de demanda-, desconsiderando la situación de muchos ancianos que han perdido su independencia en materia de vivienda al incorporarse a otros hogares, presididos las más de las veces por algún descendiente o persona vinculada a él.

Por otra parte, a nivel general, del conjunto de la población, la investigación del Departamento de Vivienda del Gobierno Vasco pone también de manifiesto dos hechos que merece la pena destacar:

- Las necesidades de rehabilitación tienen que ver, en un cuarenta y cinco por ciento de los casos, con reformas sustanciales en la cocina o cuarto de baño, y, en un once por ciento, con la exigencia de instalar un ascensor.

- El grado de conocimiento que tiene la población sobre las ayudas que ofrece el Gobierno es muy bajo: sólo las conocen directamente el 33,5 por 100 de las personas que afirman necesitar una reforma en su vivienda y el 18,8 por 100 de las que declaran precisar el cambio.

El panorama más completo sobre la situación de las personas mayores en relación a su vivienda es el que ofrece la Encuesta de Tercera Edad del Gobierno, realizada con vistas a la elaboración del Plan Gerontológico Vasco. Tan sólo merece la pena, sin embargo, limitarse a presentar alguno de sus resultados más relevantes, ya que la situación ha cambiado, sin duda, con el transcurso del tiempo –la investigación se llevó a cabo hace ya ocho años- y la muestra empleada en el trabajo no permitía llegar a resultados plenamente representativos a nivel territorial. Teniendo en cuenta estas importantes limitaciones, cabe decir que la situación de los mayores alaveses a comienzos de los noventa era, aproximadamente, la siguiente:

- El 1,3 por 100 de los alaveses de sesenta y cinco y más años, alrededor de cuatrocientos cincuenta en cifras absolutas, residían en viviendas calificadas ya en aquella fecha como inhabitables.

- Casi mil quinientos mayores, el 4,1 por 100 del total, carecían de baño completo y casi mil, el 2,6 por 100, de mobiliario básico.

- Algo más de mil ancianos, el 2,9 por 100, no disponían de un sistema de calefacción.

- Más de cuatro mil mayores, el 12 por 100, tenían problemas de humedades en sus casas, y casi cinco mil, el 14 por 100, declaraban necesitar realizar reparaciones sustanciales en las mismas.

- Por último, dos mil setecientas personas de estas edades afirmaban tener problemas importantes de convivencia en el hogar que no podían solventar por razones económicas, en otras palabras, tenían necesidades de acceso a otra vivienda no contemplada, por razones metodológicas, en la Encuesta del Gobierno a la que antes se ha aludido.

Teniendo en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones las carencias y deficiencias se solapan –también las viviendas suelen ser multiproblemáticas- las necesidades de adecuación afectaban en aquella fecha a un número de ancianos que puede estimarse en torno al quince por cien del total.

Las investigaciones realizadas en Álava sobre las redes naturales de atención a las personas mayores –en la zona rural, en 1994, y en Vitoria-Gasteiz, en 1997- se adentran también en el estudio de las viviendas, profundizando en el análisis de las ayudas técnicas existentes en los cuartos de baño –zona particularmente sensible de riesgo- y de las barreras arquitectónicas, y relacionan además esos datos con el grado de dependencia de las personas que las habitan, perspectiva que ofrece una visión mucho más real de las dimensiones del problema.

En relación a las ayudas técnicas de los baños, la situación de los mayores de setenta y cinco años residentes en la capital era la siguiente:

- Carecían de barreras de apoyo en los inodoros un total de mil doscientos ancianos que necesitaban ayuda o no podían levantarse y acostarse y/o andar.

- No disponían de barra ni de asiento en la bañera algo más de dos mil trescientas que necesitaban ayuda o no podían bañarse o ducharse y/o acostarse y levantarse y/o andar.

- Algo más de mil ancianos que no podían desplazarse solos no contaban con material antideslizante en los baños.

La información obtenida en la zona rural, a pesar de su menor nivel de representatividad, ofrece también datos suficientemente elocuentes: tan sólo el 4,5 por 100 de las personas entrevistadas disponía de un cuarto de baño parcialmente adaptado a sus necesidades concretas, enfrentándose el 36 por 100 de la población encuestada a dificultades importantes para hacer uso de sus instalaciones.

En lo que respecta a la existencia de barreras arquitectónicas de acceso a la vivienda –problema que para las personas que tienen una movilidad reducida repercute, cuando menos, en un incremento de su dependencia respecto a terceros y, cuando más, en su aislamiento social y en la imposibilidad de seguir viviendo en su domicilio habitual- los estudios sobre las redes informales de atención muestran que:

- En la capital alavesa residían algo más de ciento sesenta ancianos que, aunque no limitaban sus salidas a la calle, necesitaban la ayuda de otra persona para hacerlo, otros doscientos cincuenta que restringían sus salidas por la existencia de barreras, y más de trescientos materialmente enclaustrados en sus domicilios por la combinación, también, de la existencia de barreras y la falta de movilidad.

- En la zona rural pudo constatarse que casi la cuarta parte de la población investigada –personas de sesenta y cinco y más años con alguna dependencia- se enfrentaban con problemas de barreras que limitaban en mayor o menor grado sus salidas al exterior.

Señalaremos, para concluir, que las encuestas de condiciones de vida que elabora EUSTAT –1989, 1994 y 1999- ofrecen datos, desglosados por edad del cabeza de familia, relativos al parque de electrodomésticos con que cuentas los hogares vascos. Se trata de un indicador que debe ser valorado teniendo en cuenta la posible inexistencia de determinados elementos por razones más culturales que económicas, pero que, en cualquier caso, contribuye a ofrecer una imagen del nivel de confort de las viviendas.

Las conclusiones principales que pueden extraerse del análisis de los datos ofrecidos por EUSTAT son las siguientes:

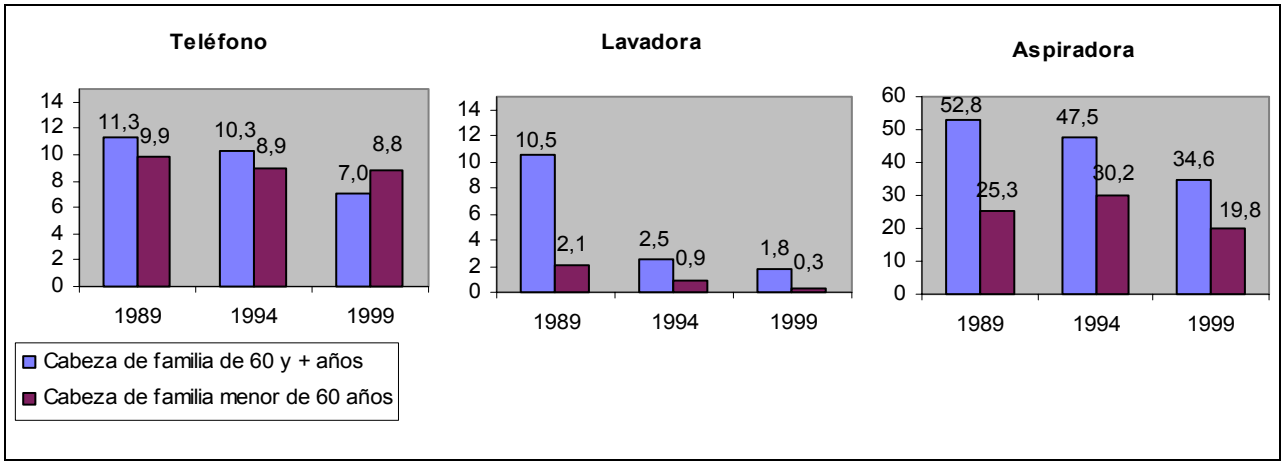
- Entre 1989 y 1999 se asiste a un aumento espectacular del número y la gama de electrodomésticos de que disponen todos los hogares.

- Este proceso de mejora de las condiciones materiales de vida ha sido más intenso en los hogares encabezados por personas de sesenta y más años, que partían de una situación notablemente más deficitaria.

- El equipamiento de que disponen las viviendas de personas mayores, sigue siendo al final del período considerado, algo peor que el de las restantes en todo tipo de aparatos, excepto el del teléfono.

- Merece la pena destacar que prácticamente dos mil hogares presididos por una persona mayor, el siete por ciento del total, carecen de ese instrumento de comunicación importante para la seguridad, quinientos no tienen lavadora y más de la tercera parte, nueve mil novecientos, no cuentan con aspiradora.

GRÁFICO Nº 46: PORCENTAJE DE HOGARES QUE CARECEN DE TELÉFONO, LAVADORA O ASPIRADORA SEGÚN LA EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA



Fuente: Encuestas de Condiciones de Vida. EUSTAT.

CUADRO Nº 2: PORCENTAJE DE HOGARES QUE CARECEN DE ALGÚN EQUIPAMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL CABEZA DE FAMILIA

Equipamiento	Cabeza de Familia menor de 60 años			Cabeza de familia de 60 y + años		
	1989	1994	1999	1989	1994	1999
Teléfono	9,87	8,91	8,50	11,30	10,33	6,99
Frigorífico congelador	25,69	26,40	17,92	37,65	43,38	37,41
Lavadora	2,05	0,87	0,31	10,46	2,48	1,75
Lavavajillas	85,66	81,99	71,38	85,77	88,01	78,7
Horno eléctrico	15,08	19,93	9,91	29,29	33,88	17,48
Calentador	38,17	50,17	32,86	28,87	42,80	26,92
Robot multiuso	82,30	66,61	83,01	89,54	76,44	91,26
Batidora eléctrica	14,90	8,74	9,43	31,80	19,01	16,78
Exprimidor eléctrico	46,36	22,90	19,34	66,11	42,56	32,52
Horno microondas	91,06	51,22	22,33	92,47	72,73	55,24
Aspiradora	25,32	30,24	19,81	58,16	47,52	34,62

Fuente: Encuestas de Condiciones de Vida. EUSTAT.

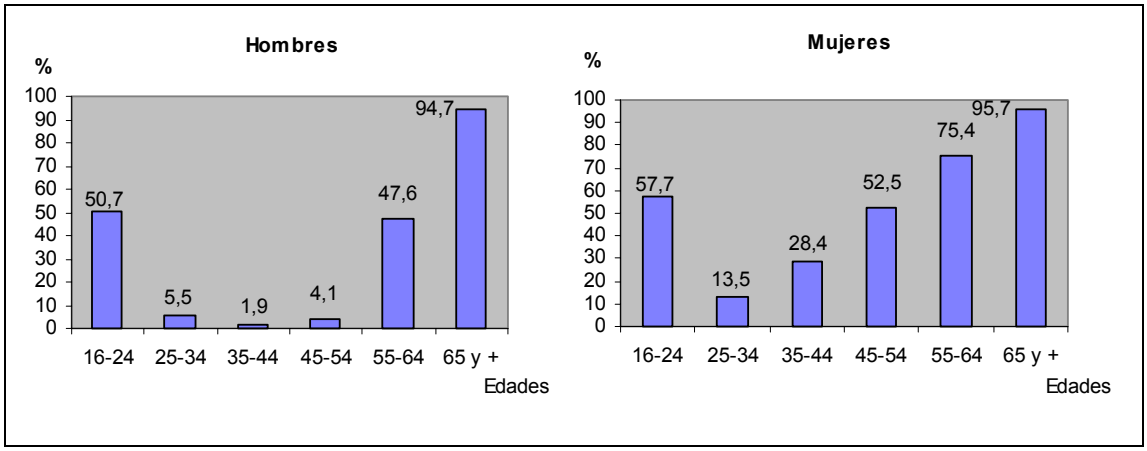
1.3.7. Actividad productiva y ocupación del tiempo

A partir de los sesenta y cinco años el porcentaje de personas económicamente inactivas sobrepasa el noventa y cinco por cien; entre los hombres representa el 94,7 y, entre las mujeres, el 95,7. Las personas de sesenta y cinco y más años inactivas no son, sin embargo, más que una parte minoritaria del total, el 30,1 por 100 en el caso de los hombres y el 21,1 por 100 en el de las mujeres; en conjunto, algo menos de la cuarta parte, el 24,3 por 100, sin contar en ningún caso a los menores de dieciséis años. La tendencia al crecimiento de la tasa de inactividad aparece en edades más tempranas:

- Entre los hombres, a partir de los cuarenta y cinco, llegando a suponer casi la mitad, el 47,6 por 100, en el estrato comprendido entre los cincuenta y cinco y los sesenta y cuatro años.

- Entre las mujeres, una vez cumplidos los treinta y cinco, alcanzándose entre los cincuenta y cinco y los sesenta y cuatro una tasa del 61,1 por 100.

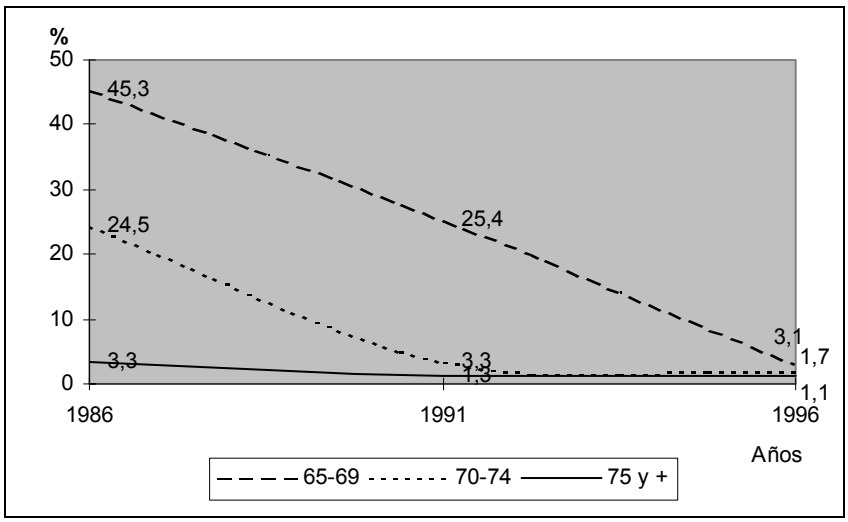
GRÁFICO Nº 47: TASAS DE INACTIVIDAD POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO EN ALAVA. 1997



Fuente: Encuesta de Población en Relación a la Actividad. EUSTAT

A pesar de la idea casi intemporal que identifica los sesenta y cinco años con la jubilación y ésta con el cese de la actividad productiva, la retirada prácticamente total de las personas mayores del mercado de trabajo es un fenómeno relativamente reciente. No hace todavía muchos años, en 1986, casi la mitad de los habitantes de esta Comunidad de entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años, el 45,3 por 100, y la cuarta parte, 24,5 por 100 de los que tenían cumplidos setenta y no llegaban a los setenta y cinco, seguían dedicados a actividades productivas; diez años más tarde estas proporciones alcanzaban los valores de 3,1 y 1,7 por cien respectivamente. La simple comparación de estos datos pone de manifiesto el enorme potencial de recursos humanos que, por razones de diversa índole, se ha retirado del mercado laboral últimamente.

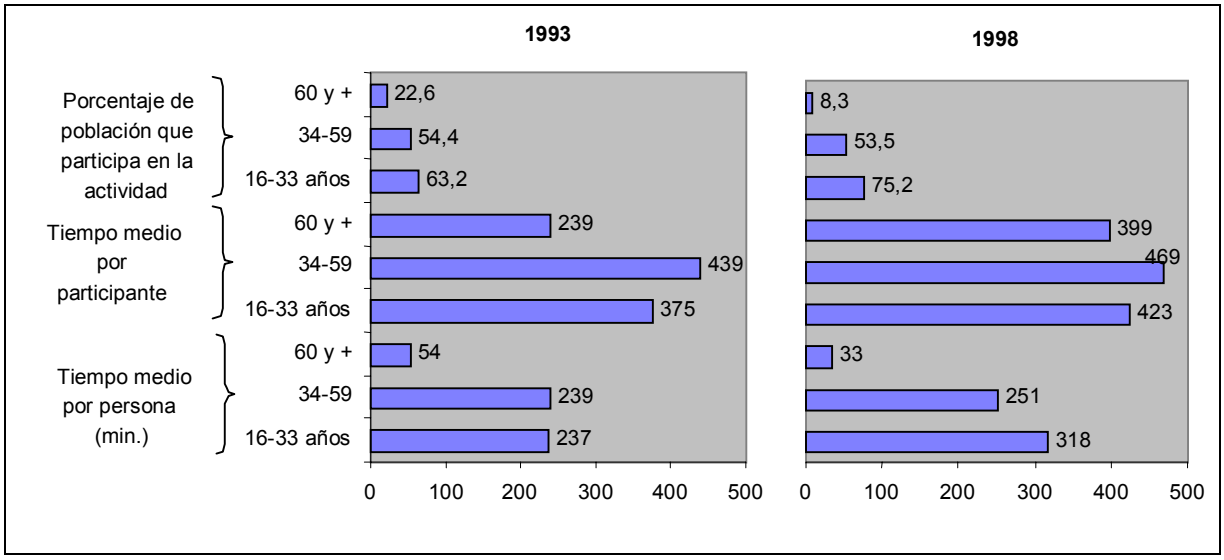
GRÁFICO Nº 48: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE ACTIVOS MAYORES DE SESENTA Y CINCO AÑOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA POR TRAMOS DE EDAD



Fuente: Principales resultados de la Estadística de Población y Vivienda 1996. EUSTAT.

El tipo de tareas que realizan a lo largo del día las personas mayores y el tiempo que dedican a ellas se encuentran bastante mediatizadas por esta circunstancia; es precisamente en la realización de actividades vinculadas al empleo y la formación –conceptos que son considerados conjuntamente por las encuestas de presupuestos de tiempo- donde radica la principal diferencia entre la población mayor de sesenta años y la que no ha llegado a esa edad.

GRÁFICO Nº 49: TIEMPO DEDICADO AL EMPLEO Y LA FORMACIÓN POR LA POBLACIÓN ALAVESA POR TRAMOS DE EDAD



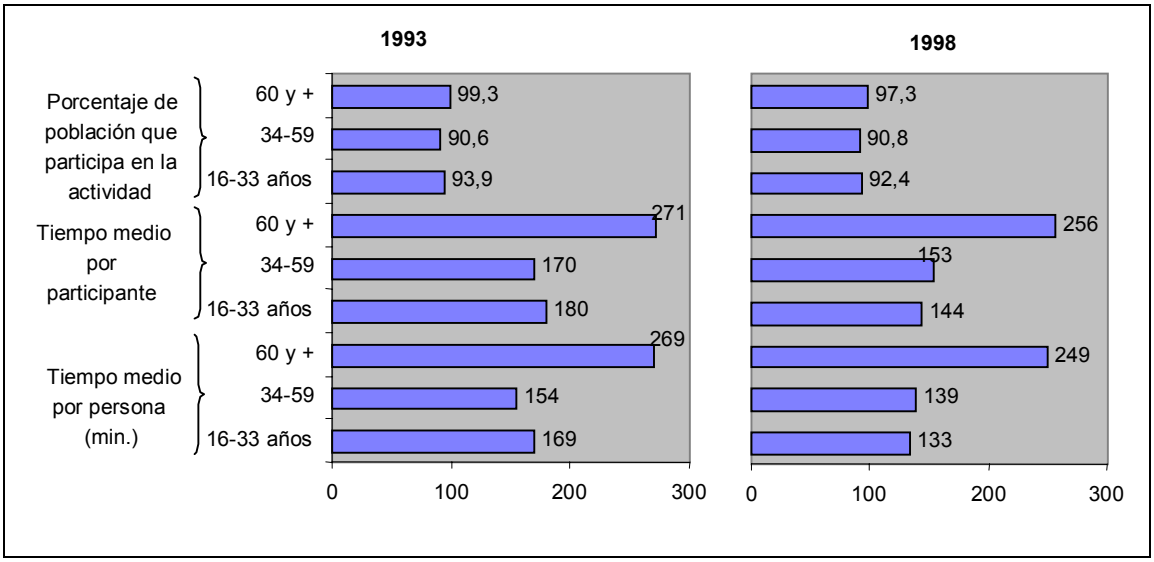
Fuente: Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1993 y 1998. EUSTAT.

Los datos recogidos en este gráfico confirman también la tendencia observada anteriormente: entre 1993 y 1998 el tiempo medio ocupado por las personas mayores en estas tareas se reduce casi en un cuarenta por cien, como consecuencia directa del enorme descenso experimentado por la tasa de participación, y a pesar del notable incremento del tiempo medio por participante.

En sentido opuesto, la segunda gran diferencia que se aprecia entre las personas mayores y el resto radica en el tiempo dedicado a actividades de ocio pasivo, concepto que engloba el consumo de medios de comunicación, la asistencia a espectáculos, la participación en juegos o la simple ausencia de actividad, y en el que la televisión desempeña un papel determinante.

Por término medio, los alaveses de más edad emplean casi dos horas diarias más que el resto en este tipo de ocupaciones, observándose un descenso muy ligero del tiempo invertido en ellas, entre 1993 y 1998, que afecta a todos los estratos de edades.

GRÁFICO Nº 50: TIEMPO DEDICADO AL OCIO PASIVO POR LA POBLACIÓN ALAVESA POR TRAMOS DE EDAD



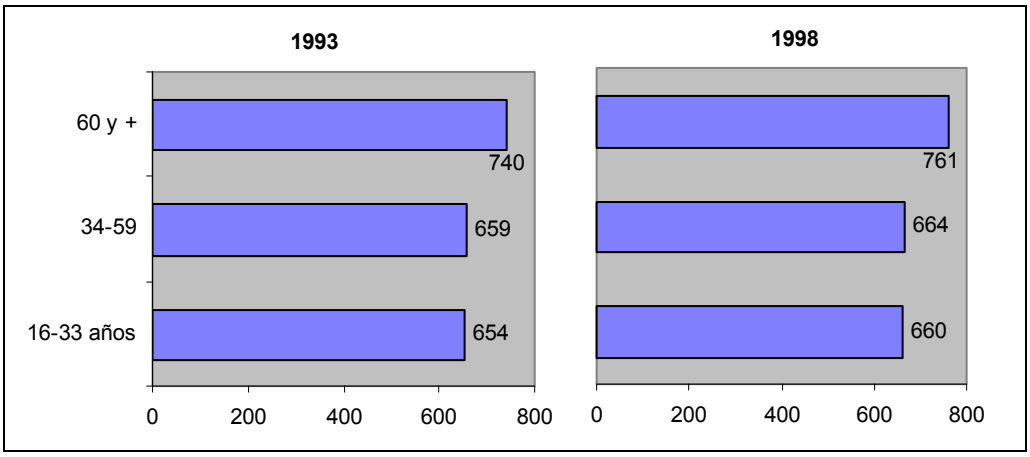
Fuente: Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1993 y 1998. EUSTAT.

La mayor parte del tiempo, casi la mitad, lo invierte la población en actividades que EUSTAT incluye dentro del epígrafe de necesidades fisiológicas: sueño, cuidados personales y médicos, comidas y otras necesidades privadas. En este ámbito, las diferencias relativas entre los mayores y los más jóvenes son más pequeñas aunque, de cualquier forma, los primeros dedican casi una hora tres cuartos

más al día, por término medio, que los segundos; la evolución experimentada entre 1993 y 1998 es de signo positivo para todas las edades, aunque el aumento es muy ligero.

Dado que el grado de participación en este tipo de actividades es el cien por cien, los tiempos medios por participante resultan iguales a los tiempos medios por persona, ofreciéndose tan sólo los datos relativos a esta última variable en el siguiente gráfico:

GRÁFICO Nº 51: TIEMPO MEDIO POR PERSONA DEDICADO A LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN ALAVA POR ESTRATOS DE EDAD (min.)

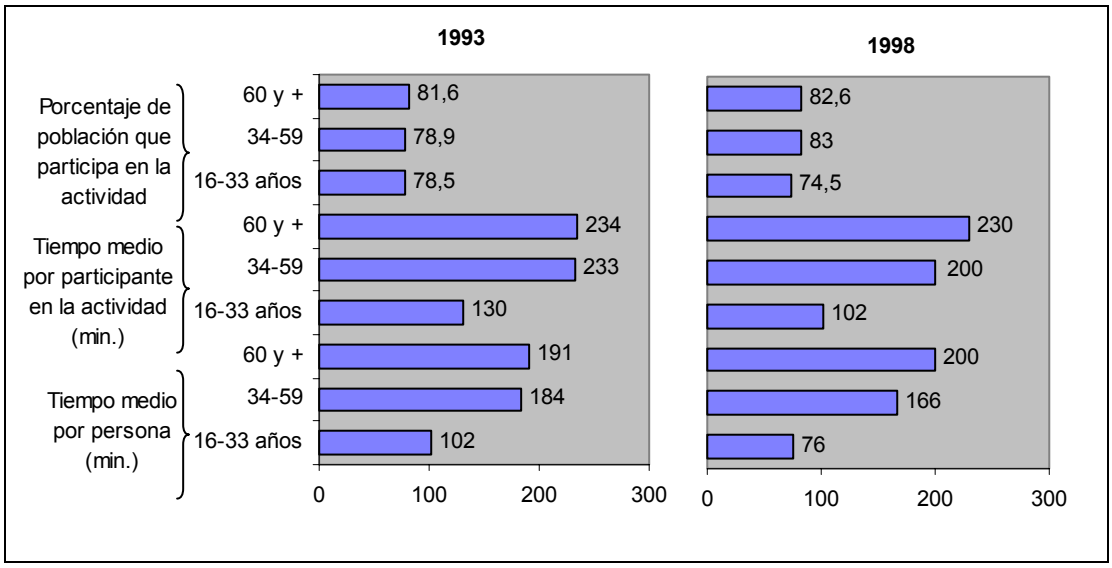


Fuente: Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1993 y 1998. EUSTAT.

El cuarto epígrafe, en orden de cantidad de tiempo invertido, es el que EUSTAT denomina "trabajos domésticos", al que las mujeres alavesas vienen a dedicar 219 minutos diarios, frente a los setenta que emplean los hombres[1]; en conjunto, considerando toda la población, el tiempo medio invertido en la realización de estas tareas asciende a 139 minutos diarios y el porcentaje de participación alcanza un valor del ochenta por cien. De los datos ofrecidos por las encuestas merece la pena además destacar el aumento del nivel de dedicación que se observa conforme avanza la edad, particularmente a partir de los treinta y cinco, tanto a nivel de participación como de número de horas de los intervinientes, disminuyendo la participación pero aumentando las horas de actividad a partir de los sesenta.

[1] La encuesta del año noventa y ocho no ofrece datos desglosados simultáneamente por sexo y tramo de edad.

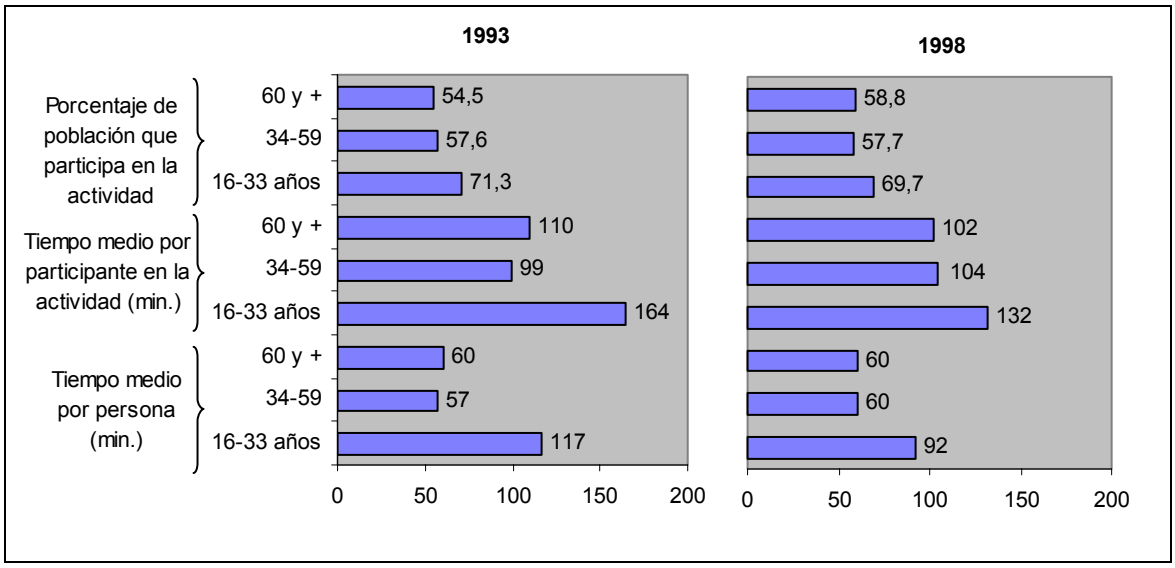
GRÁFICO Nº 52: TIEMPO DEDICADO A TRABAJOS DOMÉSTICOS POR LA POBLACIÓN ALAVESA POR TRAMOS DE EDAD



Fuente: Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1993 y 1998. EUSTAT.

El tiempo dedicado a las actividades ordenadas bajo el título de "vida social" –recepciones y salidas, conversaciones, prácticas religiosas y participación cívica desinteresada- disminuye enormemente conforme avanza la edad, aunque los resultados muestran que ese descenso se produce ya a partir de los treinta y cuatro años: frente a los noventa y dos minutos que, por término medio, emplean todos los alaveses de entre dieciséis y treinta y tres años, el resto de todos los alaveses dedican una media de tiempo igual, sesenta minutos, obteniéndose de esta forma una media para todo el Territorio de setenta y dos. Algo similar ocurre con el nivel de participación, se aproxima al setenta por ciento entre los menores de treinta y cuatro y, a partir de ahí, disminuye hasta situarse en torno al cincuenta y ocho.

GRÁFICO Nº 53: TIEMPO DEDICADO A LA VIDA SOCIAL POR LA POBLACIÓN ALAVESA POR TRAMOS DE EDAD



Fuente: Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1993 y 1998. EUSTAT.

Aunque no existen datos desglosados por tramos de edad para cada una de las actividades que se integran en este epígrafe de vida social, en relación a la participación cívica desinteresada, que tiene especial relevancia dentro de este trabajo, se sabe que:

- El tiempo medio que dedica cada alavés de dieciséis y más años diariamente a estas tareas, es de siete minutos, nueve los hombres y cinco las mujeres.

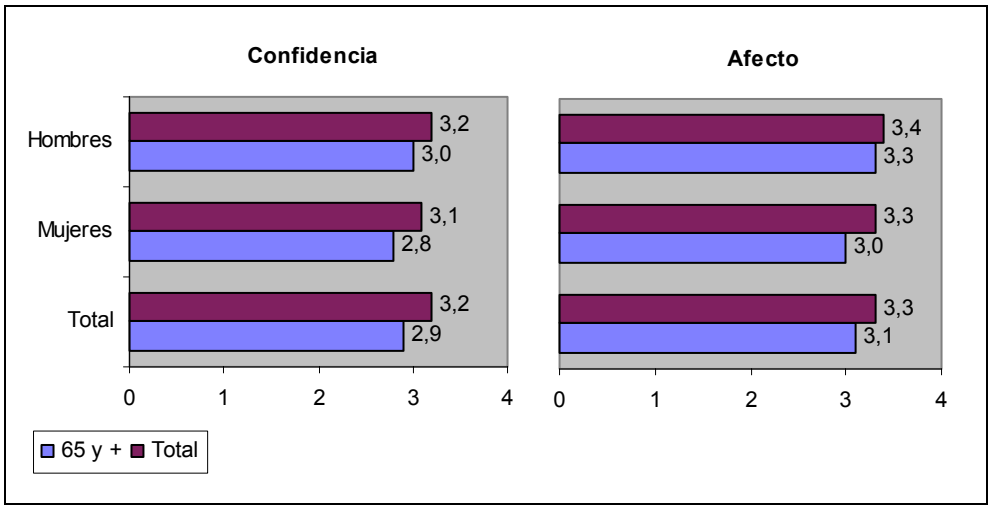
- El índice de participación es bajo, 5,9 por 100 de media, 7,4 en el caso de las mujeres y 5,1 por 100 en el de los hombres.

- Los varones que participan en este tipo de actividades cívicas dedican a ellas sensiblemente más tiempo que las mujeres, 176 minutos diarios, frente a 68, alcanzándose una media general de 118.

La Encuesta de Salud 1997, del Gobierno Vasco, aborda también el tema de las relaciones interpersonales utilizando para ello su índice de salud social, que mide dos dimensiones, la confianza o posibilidad de contar con personas para comunicarse y el apoyo afectivo o las demostraciones de cariño, dimensiones ambas que, en la mejor de las situaciones, alcanzan una puntuación de cinco. Los resultados muestran que los mayores alaveses, en general, alcanzan puntuaciones inferiores a las del conjun-

to de la población, un diez por ciento más baja en el caso de la confidencia y un seis por ciento en el del afecto, y que las situaciones más claramente desventajosas se producen entre las mujeres mayores.

GRÁFICO Nº 54: ÍNDICES DE SALUD SOCIAL EN ALAVA POR SEXO



Fuente: Encuesta de Salud 1997. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Un conjunto de tareas que la encuesta de EUSTAT distingue específicamente y que tiene también particular interés dentro del ámbito de los servicios sociales –a pesar de su escasa incidencia en términos cuantitativos- es el relativo al cuidado de personas dentro del hogar, capítulo en el que se integran tres tipos de actividades: el cuidado de los niños, el de los adultos y los juegos y la instrucción, relacionados con la infancia. Aunque a la hora de considerar los resultados es preciso tener en cuenta que su grado de fiabilidad puede estar condicionado por su carácter residual, merece la pena, como se ha señalado, prestarles especial atención.

Por término medio cada alavés de dieciséis y más años destina veinte minutos diarios al cuidado de otra persona que convive con él, cifra muy similar a la que se obtiene tanto en Bizkaia como en Gipuzkoa, veintiuno y dieciocho minutos respectivamente. Si se relaciona este resultado con otros datos significativos se puede diseñar el siguiente panorama:

- Cada residente que ha cumplido los dieciséis años de este Territorio destina, por término medio, 122 horas anuales a la atención de sus familiares o, cuando menos, convivientes.

- El número total de horas de atención ofrecidas en Álava ascendería a veintinueve millones setecientas mil.

- Si esta atención informal tuviese que ser sustituida por cuidados profesionales, la "empresa" encargada de ello –sobre la base de mil seiscientas horas anuales- tendría que disponer de una plantilla de trabajadores de atención directa próxima a las dieciocho mil seiscientas personas.

- La dimensión de esta hipotética plantilla, en relación a la población ocupada del Territorio, representaría, aproximadamente el quince por ciento del total.

El cuidado de las personas adultas, mayores de catorce años[1], representa en este Territorio, y a nivel de toda la Comunidad, el veinte por ciento del conjunto de los cuidados, lo que se traduciría en los siguientes ratios: 24,4 horas anuales de cada alavés de dieciséis y más años, cinco millones novecientas cincuenta mil horas de atención en el Territorio y tres mil setecientas personas de atención directa contratadas, en el caso de que hubiese que sustituir la atención informal por la formal. Llevar a cabo esta hipotética maniobra supondría, aproximadamente, multiplicar por 2,6 la plantilla de trabajadores propios de todas las entidades y centros, públicos y privados, del sistema de servicios sociales alavés, de acuerdo con los resultados que ofrece la Estadística de Servicios Sociales 97/98 de EUSTAT.

Las diferencias en la oferta de cuidados a niños y a adultos difieren sustancialmente según el género, fenómeno que resulta sobradamente conocido. En este sentido, los resultados de la encuesta del noventa y ocho muestran que:

- Mientras las mujeres alavesas que efectivamente prestan atención a sus allegados lo hacen una media de 238 minutos diarios, los hombres que también tienen a su cargo un familiar le dedican 101, cifras ambas prácticamente idénticas a las que se obtienen a nivel de la Comunidad Autónoma.

- El grado de participación en este tipo de actividades es también notablemente más elevado entre las mujeres, 92 por 100, que entre los hombres, 69 por 100.

- Como resultado de estas dos circunstancias, mientras la mujer alavesa de dieciséis y más años dedica por término medio a estas ocupaciones veintinueve minutos diarios, los hombres de ese mismo grupo de edad, también por término medio, invierten tan sólo doce, estableciéndose una diferencia relativa que va de 2,4. a 1.

Es preciso además dejar constancia de que en el cuidado sólo de personas adultas –media cuatro minutos diarios por residente de dieciséis y más años en Álava- la disparidad entre géneros se agudiza

[1] Las encuestas de presupuestos de tiempo no efectúan otro desglose sobre la población atendida que éste.

notablemente; frente a los nueve minutos que emplean las mujeres, los hombres sólo dedican uno, ampliándose hasta esos extremos las diferencias relativas.

En lo que respecta a la edad de las personas que ofrecen este tipo de servicios –perspectiva básica de este capítulo- la encuesta del noventa y ocho ofrece únicamente datos relativos al conjunto de los cuidados, a jóvenes y a adultos, datos que muestran que:

- El porcentaje más alto de personas que efectivamente se ocupan de sus allegados se sitúa en la franja de edad de treinta y cuatro/cincuenta y nueve años –30,2 por 100 del total- mientras que entre las personas de sesenta y más años esta proporción alcanza un valor del 13,6 por 100.

- Las personas de sesenta años cumplidos que efectivamente prestan cuidados dedican a estas tareas ciento diez minutos diarios, frente a los ochenta y seis que ofrecen las que pertenecen al estrato de edad inmediatamente anterior.

- Como síntesis de todo ello, la intensidad de la atención, medida en términos de dedicación media por residente, se sitúa entre los mayores de sesenta años en quince minutos diarios y, entre los que tienen de treinta y cuatro a cincuenta y nueve, en veintiséis minutos.

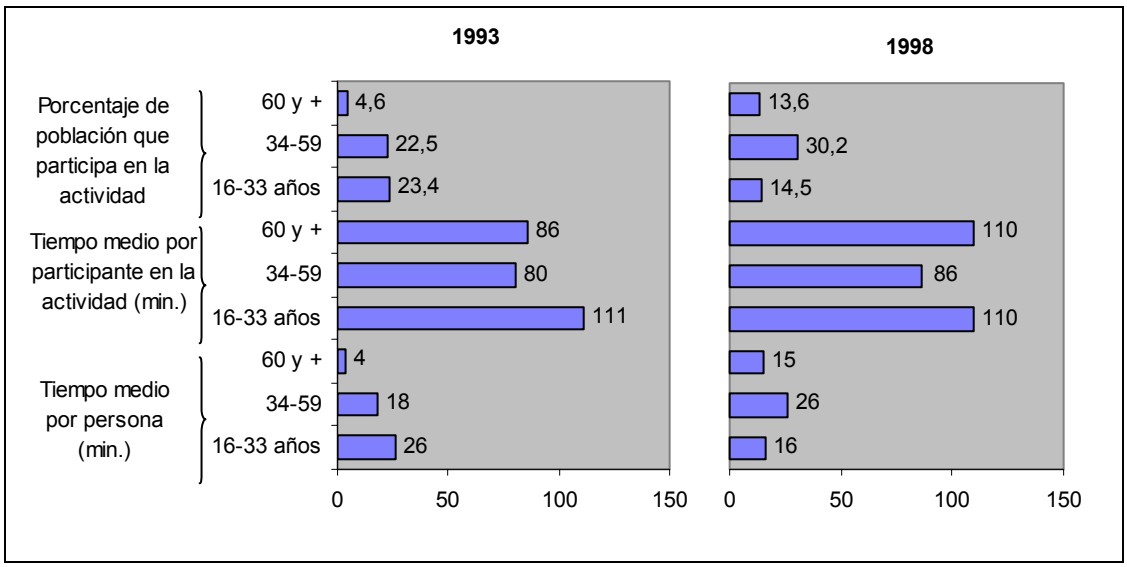
También resulta de interés comparar las grandes cifras del noventa y tres con las del noventa y ocho y, desde esta perspectiva, se constata que:

- El tiempo medio empleado por el conjunto de la población alavesa en el cuidado de familiares se incrementa entre los dos años de referencia en un once por cien, pasando de los dieciocho minutos a los veinte.

- En el transcurso de estos cinco años la estructura por edades de los cuidadores experimenta cambios importantes, bajando notablemente la participación de los cuidadores más jóvenes y aumentando particularmente la de los cuidadores de más edad.

- El tiempo dedicado al cuidado de adultos se duplica, pasando de dos a cuatro minutos, fenómeno que hay que valorar con cautela a la vista de la escasa importancia cuantitativa de las cifras.

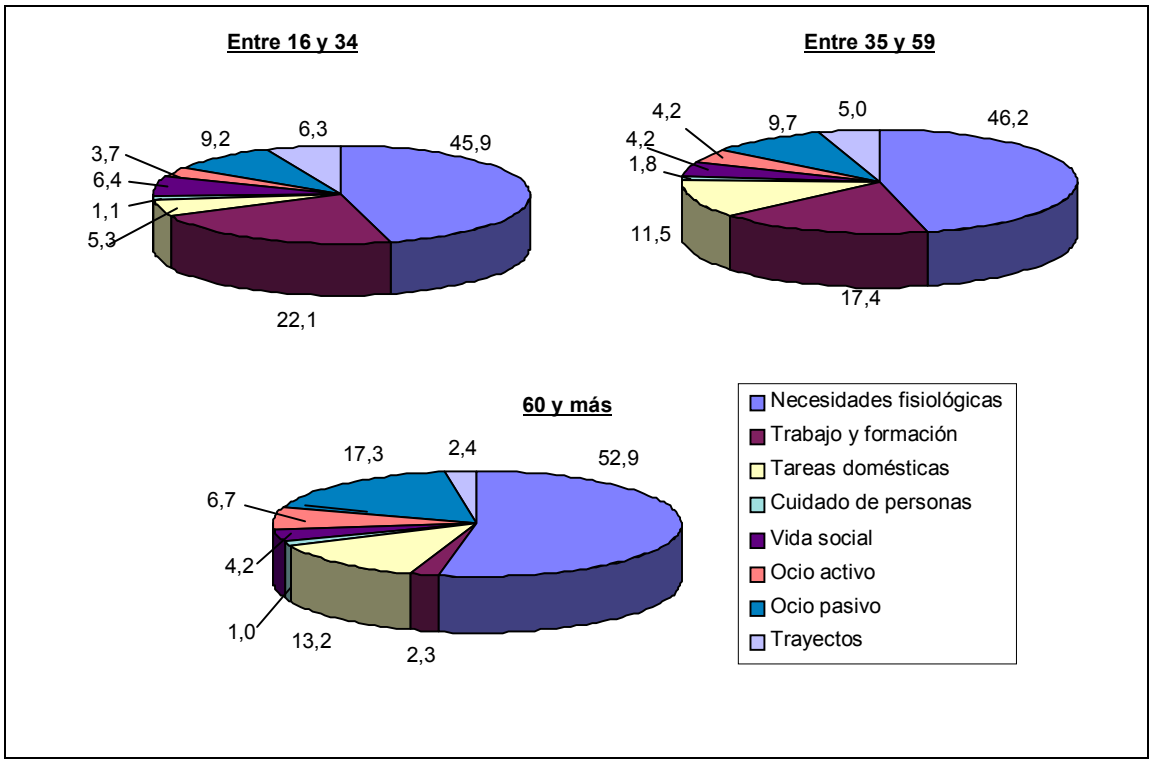
GRÁFICO Nº 55: TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO DE PERSONAS DENTRO DEL HOGAR POR LA POBLACIÓN ALAVESA POR TRAMOS DE EDAD



Fuente: Encuestas de Presupuestos de Tiempo 1993 y 1998. EUSTAT.

Para ofrecer una visión de conjunto de la incidencia de los años en la forma de ocupar el tiempo, se recogen en el siguiente gráfico las distribuciones medias que efectúan de un día tipo las personas pertenecientes a los distintos estratos de edades considerados en las encuestas.

GRÁFICO Nº 56: DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE UNA JORNADA ESTÁNDAR QUE EFECTÚA LA POBLACIÓN ALAVESA POR TRAMOS DE EDAD (PORCENTAJES)



Fuente: Encuesta de Presupuestos de Tiempo 1998. EUSTAT.

La información de estos gráficos no hace sino poner cifras a un fenómeno sobradamente conocido: las personas mayores, en definitiva, compensan la reducción del tiempo que dedican al trabajo y la formación y, en menor medida, a los trayectos, incrementando sus actividades de ocio –más pasivo que activo- y el tiempo destinado a sus necesidades fisiológicas y a las tareas domésticas.

1.3.8. Conocimiento de los servicios

La información a la población sobre sus derechos en materia de protección social es la prestación más básica del sistema de servicios sociales: es legalmente exigible y, por tanto garantista, y su alcance es universal. Desde otra perspectiva, una población bien informada sobre sus derechos y obligaciones sociales constituye un requisito imprescindible para el buen funcionamiento de los servicios, tanto en términos de cobertura, como de eficacia, eficiencia y garantía de calidad. Sin la saludable tensión entre unos ciudadanos –clientes bien informados de sus derechos- por un lado, y el sistema que debe hacerlos efectivos, por el otro, éste corre el gravísimo riesgo de encerrarse en sí mismo, dando por buenas todas sus actuaciones, y acabar, en definitiva, respondiendo más a sus intereses propios que a los de la sociedad a la que debe atender.

Con carácter general puede afirmarse que la imagen que tienen los ciudadanos vascos sobre las coordinadas básicas que definen su sistema de servicios sociales –contingencias que cubre, servicios y prestaciones que ofrece, vías y condiciones de acceso- no se ajusta todavía bien a la realidad, a diferencia de lo que sucede en relación a sistemas tales como la sanidad, la educación, las pensiones contributivas o las prestaciones por desempleo, por poner ejemplos evidentes. Aunque no se tiene constancia de que este problema tenga una incidencia diferencial más elevada entre las personas mayores, sí se sabe al menos que les afecta, y de forma importante. Las investigaciones llevadas a cabo en este sentido, sin embargo, presentan tres inconvenientes que es preciso tener en cuenta a la hora de valorar los resultados:

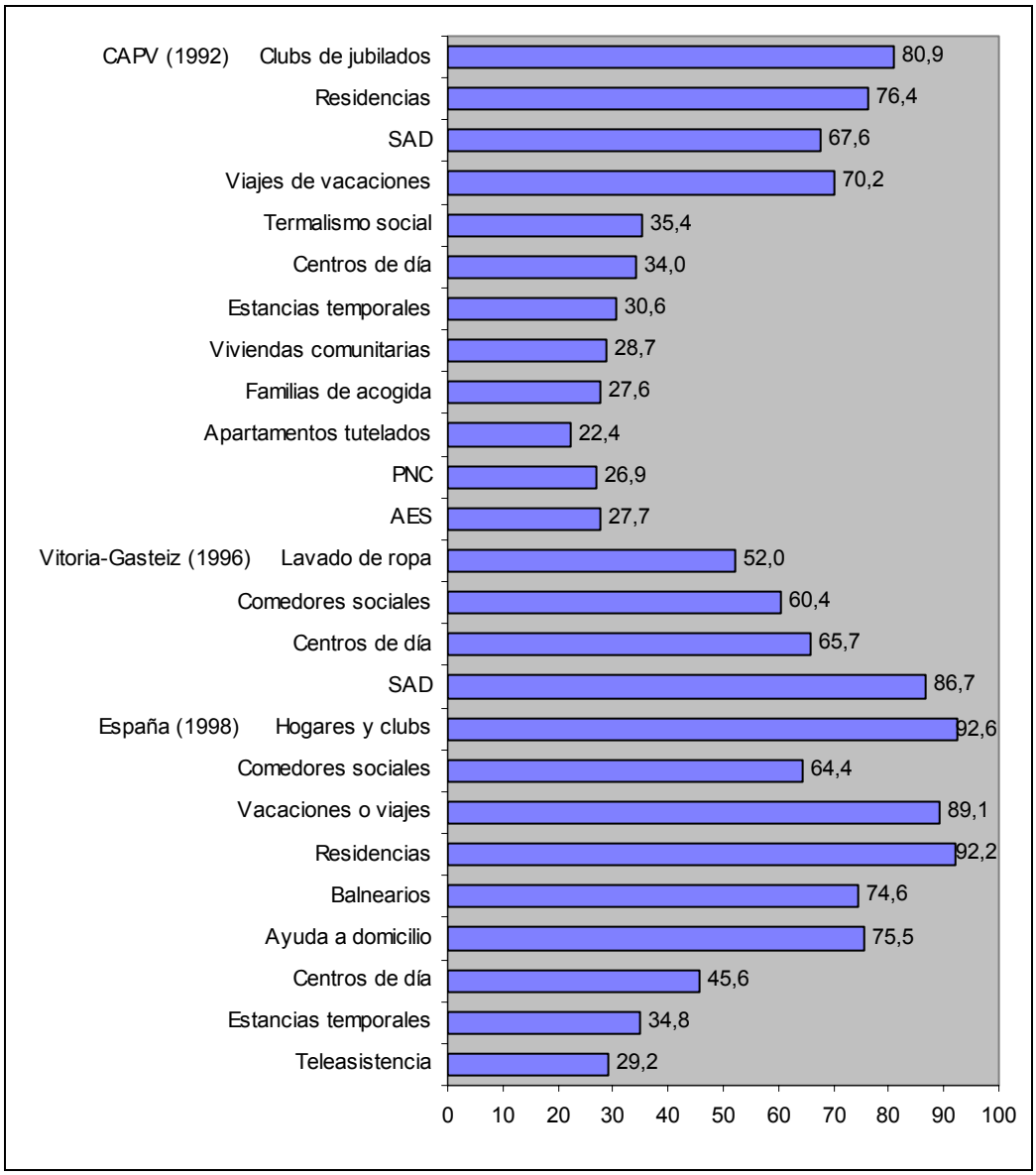
- Han sido realizadas hace unos cuantos años y es razonable pensar que la situación habrá mejorado sensiblemente con el transcurso del tiempo, debido, aunque sólo sea, al propio funcionamiento del sistema.

- El estudio más actual, correspondiente al año 1998, ofrece únicamente datos a nivel estatal, ámbito en el que los servicios sociales están menos desarrollados y donde el nivel de conocimiento puede resultar más bajo que en Álava.

- Los estudios abordan la cuestión en términos excluyentes de conocimiento/no conocimiento de la existencia de determinados servicios y prestaciones, sin entrar en mayor profundidad, sin ofrecer datos sobre el nivel y la calidad de la información disponible; desde esta perspectiva tan parcial sus resultados tienden a embellecer la realidad.

La Encuesta de Tercera Edad, promovida por el Gobierno Vasco en 1992, la realizada en Vitoria-Gasteiz cuatro años más tarde, para el estudio de la red natural, y la del C.I.S. de 1998 llevada a cabo a nivel estatal, ofrecen los siguientes datos sobre el nivel de conocimiento de los servicios de las personas mayores investigadas en los respectivos ámbitos geográficos.

GRÁFICO Nº 57: PORCENTAJE DE PERSONAS ANCIANAS QUE CONOCEN LA EXISTENCIA DE OFERTAS DETERMINADAS DEL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES



Fuente: Encuesta de Tercera Edad. Gobierno Vasco. 1992, La Red Informal de Atención en Vitoria-Gasteiz. SIIS. 1996, y Soledad, C.I.S., 1998.

La información más valiosa, por tratarse de ancianos alaveses es la que ofrece el segundo estudio, y muestra que proporciones relativamente elevadas de personas mayores, en este caso de setenta y cinco años, desconocen la existencia de servicios de importante alcance y larga trayectoria, como el de

atención domiciliaria, 13,3 por 100, los comedores sociales, 39,6, o el servicio de lavado de ropa, 48,0 por 100. La explotación de la encuesta promovida por el Gobierno, por su parte, pone también de manifiesto algunas cuestiones de singular interés:

- Los más jóvenes de los ancianos, los que tienen menos de setenta y cinco años y presentan menos necesidades, son los que mejor conocimiento tienen de los servicios.

- Las personas con menores ingresos son las que, en mayor medida, desconocen las prestaciones económicas que administran los servicios sociales; así, entre las que tenían ingresos inferiores a cincuenta mil pesetas, cónyuge incluido, menos del veinte por ciento, conocía la existencia de las pensiones no contributivas y de las ayudas de emergencia social.

- Alrededor de quince mil ancianos vascos potenciales beneficiarios de las ayudas de emergencia social y ocho mil cuatrocientos acreedores a las pensiones no contributivas desconocían la existencia de esas prestaciones.

La información ofrecida a la población desde los servicios sociales, y sobre los servicios sociales, debe tener particularmente en cuenta, para resultar eficaz, las características concretas de los ciudadanos a los que se dirige. En el caso de las personas mayores, es preciso considerar, al menos, dos cuestiones básicas:

- Se trata de ciudadanos que han pasado la mayor parte de su trayectoria vital teniendo a la vista servicios sociales relacionados con la beneficencia, reservados a personas que habían "fracasado" en la vida, y socialmente estigmatizados, circunstancia que puede provocar un rechazo cultural a los mismos.

- Un porcentaje de ellos significativo, especialmente alto para los servicios sociales, tiene problemas de alfabetización importantes, que no deben ser desdeñados a la hora de diseñar las políticas informativas.

En relación al primero de estos problemas, poca duda cabe sobre su trascendencia, a pesar de no existir investigaciones que lo certifiquen mediante su cuantificación y cualificación. Algo más puede avanzarse con respecto al tema del analfabetismo, estudiado en las Encuestas de Condiciones de Vida de EUSTAT del ochenta y nueve y del noventa y cuatro, aunque obviado en la del noventa y nueve.

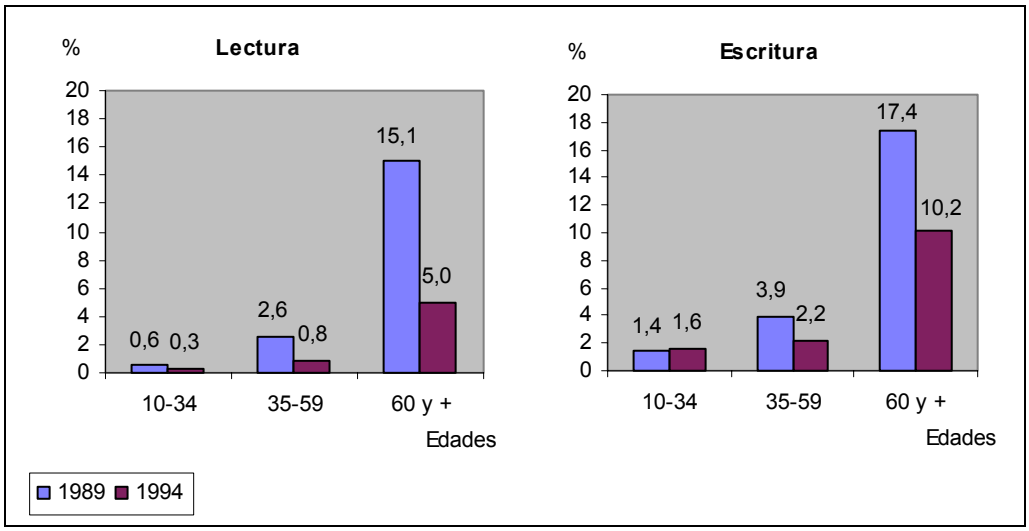
Los datos más significativos que ofrecen esas encuestas, relativos al conjunto de la Comunidad, muestran que:

- En 1994 más de las tres cuartas partes de las personas funcionalmente analfabetas para la lectura, el 76,1 por 100, y las dos terceras partes de las que tenían problemas para escribir, habían cumplido los sesenta años; los porcentajes de personas mayores afectadas eran el 5,0 por 100, en el primer caso, y el 10,2 por 100 en el segundo.

- La incidencia del analfabetismo funcional entre las personas de sesenta y más años resultaba en aquella fecha un 177 por cien más elevado que la media general, en la lectura, y un 143 por 100 más alto, en la escritura.

- Entre 1989 y 1994 se asiste a un descenso sustancial de personas mayores afectadas por el problema, disminuyendo el número de analfabetos funcionales para la lectura en más de un sesenta por ciento, y el de los que tenían problemas para la escritura en un treinta y tres por ciento, proceso que corrobora la estrechísima relación existente entre la edad y el nivel cultural, medida a través de este indicador.

GRÁFICO Nº 58: EL ANALFABETISMO FUNCIONAL EN LA CAPV. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA POR TRAMOS DE EDAD 1989-1994



Fuente: Encuestas de Condiciones de Vida. EUSTAT.

A la vista de la trayectoria seguida por el problema, cabe razonablemente pensar que su dimensión actual, en términos cuantitativos, será sensiblemente más baja que en el noventa y cuatro, aunque es evidente que siguen existiendo personas mayores con estas carencias, que seguramente se trata de

personas frágiles desde muchas otras perspectivas, y que es preciso seguir dedicándoles especial cuidado a la hora de ofrecerles información y atención.

2. LA PROTECCIÓN QUE RECIBEN LAS PERSONAS MAYORES

2.1. LA PROTECCIÓN OFRECIDA POR LA RED NATURAL DE ATENCIÓN

A pesar de los significativos esfuerzos realizados en los últimos años por el sector público para mejorar las condiciones de vida de la población anciana, a pesar de los avances que ello ha supuesto en términos de solidaridad y cohesión para hacer frente a los radicales cambios que está experimentando nuestra sociedad, siguen siendo las familias, fundamentalmente sus miembros femeninos, las que en mayor medida se responsabilizan del bienestar de estas personas; sobre esta red informal de atención reposa la mayor parte del apoyo y los cuidados que atenúan sus problemas y dificultades.

Entre la red pública y la red informal no están planteadas unas relaciones claras, a pesar de trabajar ambas con el mismo objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas dependientes; los cuidadores, desde la perspectiva de los servicios sociales, tienen unas veces la consideración de recursos, otras la de colaboradores y, sólo en ocasiones, son tratados ellos mismos como destinatarios específicos de algunas prestaciones y programas. Puede afirmarse, en definitiva, que hasta hace bien poco tiempo, la red pública ha vivido de espaldas a la red informal, lo que queda de manifiesto en dos hechos suficientemente relevantes:

- En el Plan Gerontológico de Euskadi, de 1994, no se aborda el estudio de esta red, aunque sí que se realizan algunas propuestas concretas en relación a ella.

- Las dos primeras investigaciones llevadas a cabo sobre redes informales en el contexto de la Comunidad Autónoma y del Estado fueron las promovidas por el IFBS alavés: en el medio rural en 1995 y en Vitoria-Gasteiz, un año más tarde.

Una vez reconocida la necesidad de tender puentes entre estas dos redes, el problema principal con que se enfrentan los servicios sociales para llevar a cabo esa operación estriba en su propia organización, que todavía no ha conseguido integrar de forma consecuente los principios que definen el modelo de atención vasco, establecidos en nuestra Ley de Servicios Sociales. El sistema se encuentra todavía muy condicionado en su funcionamiento por los prolijos requerimientos derivados de la gestión y administración de recursos y, sin embargo, su engarce con los cuidadores requiere una metodología distinta; exige trabajar en términos de tratamientos integrales e individualizados de alcance familiar que es el marco donde cobran sentido las relaciones entre una y otra red.

La creciente importancia concedida por la administración pública a la red informal no supone, en definitiva, más que una vuelta al modelo original, a lo que se ha entendido siempre por trabajo social, y las razones que explican su creciente preocupación pueden sintetizarse en tres reflexiones:

- La red informal se ocupa de atender a la mayor parte de las necesidades de todo tipo de las personas dependientes.

- Las necesidades de atención se están incrementando a un ritmo cada vez más rápido por el espectacular aumento del número de personas con discapacidades cada vez más graves.

- La red informal se asienta en un modelo de familia tradicional que actualmente está sujeto a profundas transformaciones y ello puede afectar negativamente al potencial de cuidados que ofrece.

El volumen de cuidados que está en disposición de ofrecer esta red puede verse afectado por buen número de razones que operan de forma interrelacionada, entre las que los expertos destacan las siguientes:

- La pérdida de concepción de la familia como institución permanente.

- La modificación parcial del rol y la posición de la mujer a nivel familiar y social.

- La progresiva democratización de las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja.

- La disminución de las dimensiones y la capacidad de las viviendas.

- El retraso en la concepción de los hijos y la prolongación de su estancia en el hogar paterno.

- La mayor movilidad geográfica de los miembros de la familia.

- La reducción del tamaño familiar que, en este Territorio, ha experimentado un descenso del 21 por 100 entre 1986 y 1996.

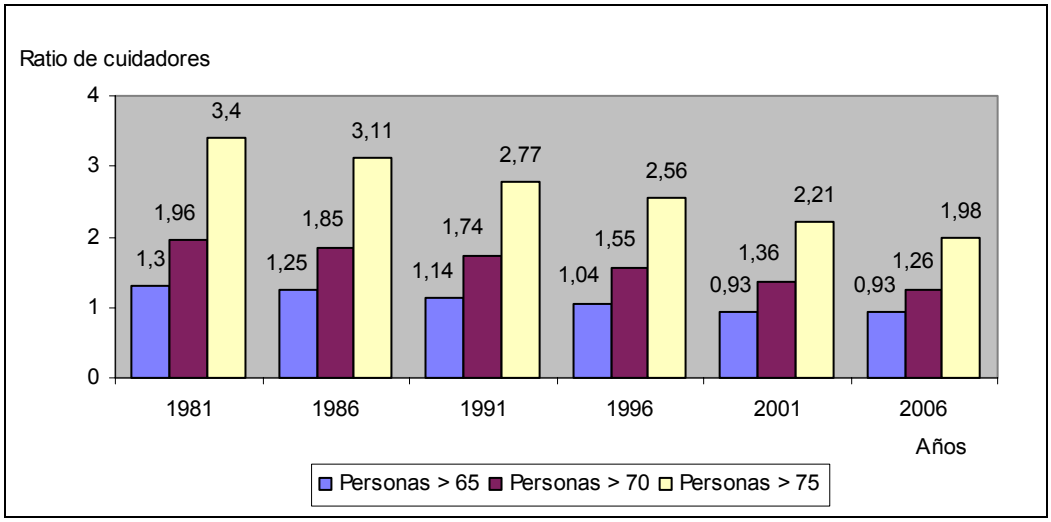
- El espectacular aumento del número de personas que viven solas, del orden del 57 por 100 en Álava en el transcurso de tan sólo cinco años, entre el noventa y uno y el noventa y seis.

- El aumento de familias nucleares y monoparentales, 21,2 y 43,2 por 100 en este Territorio en el mismo periodo.

- La incorporación laboral de la mujer, cuya tasa de actividad se ha incrementado, también en Álava, entre 1987 y el año 2000 en un 35 por 100, pasando del 32,2 por 100 al 43,5 de ese último año.

- El descenso, en términos relativos, del número de cuidadores potenciales, ratio que, a pesar de su discutible sentido, se define como el cociente entre el número de mujeres de entre cuarenta y cinco y sesenta y nueve años y el de personas mayores de determinados estratos de edades y que, en este Territorio ha experimentado en los últimos años la evolución descrita en el siguiente gráfico:

GRÁFICO Nº 59: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CUIDADORES POTENCIALES EN ALAVA Y PERSPECTIVAS



Fuente: Anuarios estadísticos y Proyecciones de población 2010.

- Por último, aunque no en orden de importancia, cabe hablar de la mejora de la calidad de los servicios formales y su progresiva normalización, procesos que pueden inducir a nuevos sectores de población a formular demandas al sistema público que antes no planteaban. Este fenómeno, sobre el que se ha reflexionado poco, hace todavía más ineludible la necesidad de clarificar las responsabilidades y las relaciones entre una y otra red de atención.

Con los resultados obtenidos en las dos investigaciones realizadas en Álava, la de la zona rural y la de la capital, el SIIS elaboró una ponencia síntesis, expuesta en el marco de unas jornadas organizadas por el IFBS sobre este tema, en la que se presentaban datos, en términos estimativos, relativos a:

- las personas ancianas que recibían atención por parte de esta red,
- las que les atendían,
- los cuidados que les proporcionaban, y
- la carga psicológica que se deriva de la atención.

Se trata, sin duda, del trabajo que mejor refleja la situación de la red informal alavesa –a pesar del tiempo transcurrido y del carácter aproximativo de los datos- y sus principales conclusiones constituyen el cuerpo central de este capítulo. Con posterioridad a la realización de ese informe, se han publicado dos estudios que abordan también, aunque tangencialmente, esta cuestión, la encuesta de presupuestos de tiempo de EUSTAT de 1998 y la encuesta de salud de 1997 del Departamento de Sanidad; sus resultados tienen también carácter orientativo, a causa del reducido tamaño de la muestra alavesa y la baja incidencia relativa del asunto, pero serán expuestos, junto a los de la ponencia citada, a título de contraste.

Antes de pasar a exponer de forma resumida las conclusiones más importantes de esa ponencia, es imprescindible referirse a algunas cuestiones metodológicas que ayuden a situar en sus justos términos los resultados:

- Los datos, en términos de porcentajes y prevalencias específicas por edad y sexo, proceden de las dos investigaciones realizadas en Álava; esto es así tanto en términos de las personas ancianas atendidas como de la red natural y de la red pública que las protegen y apoyan.

- La atención que reciben las personas ancianas se desglosa, según su origen, en tres grandes bloques: la ofrecida de manera formalmente no remunerada por personas próximas, -prácticamente todas

familiares y mayoritariamente mujeres-, la contratada entre particulares y la proporcionada por la red pública. En las investigaciones realizadas, esto es importante, no se ha detectado la intervención de redes sociales de apoyo, integradas por personal voluntario, sin vínculo de parentesco con la persona atendida, más que en un número muy reducido de casos; el hecho de haber fijado la atención en los cuidadores principales puede, en parte, contribuir a explicar este hecho.

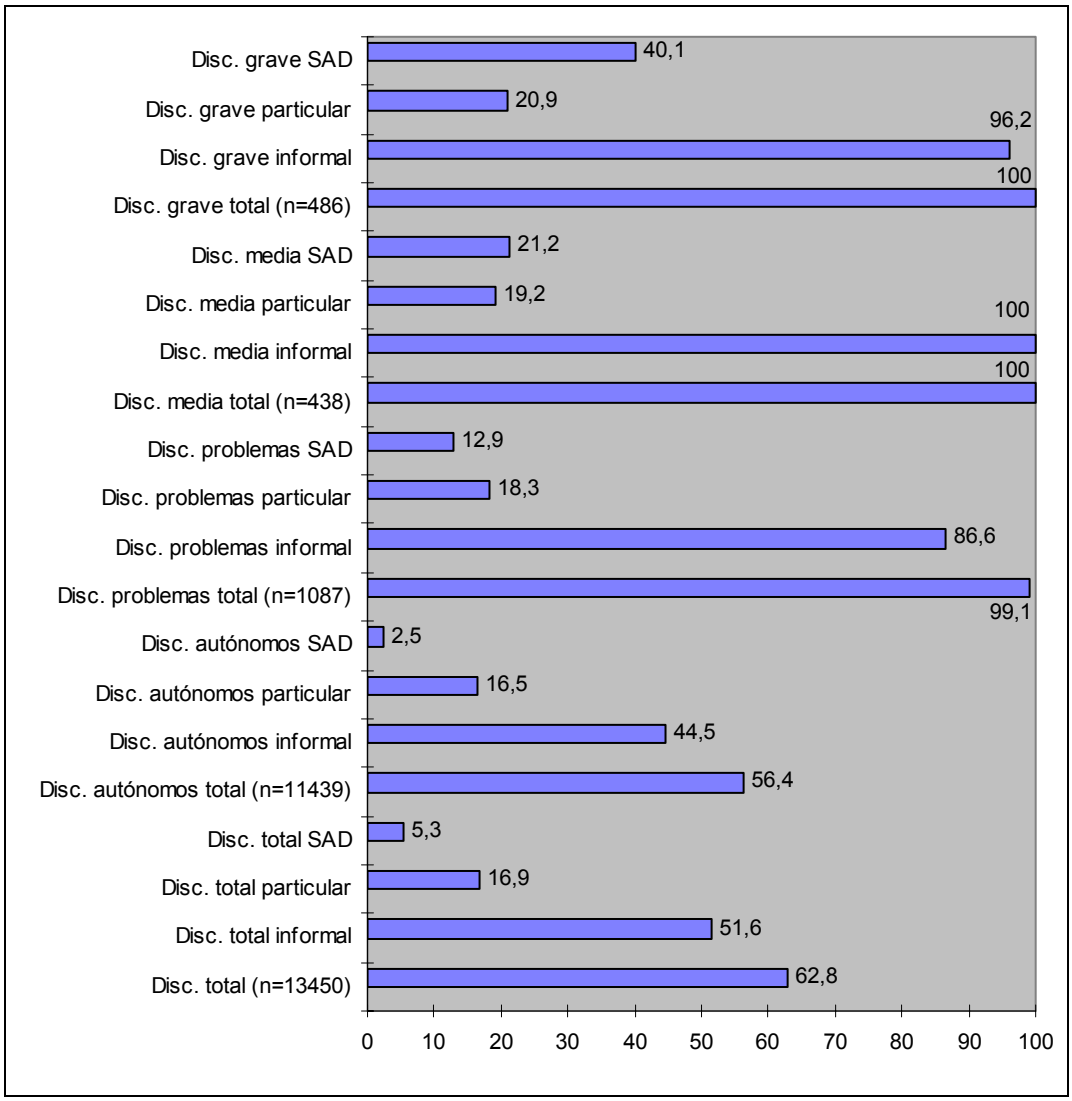
- Se consideran básicamente dos tipos de necesidades entre la población anciana, las relacionadas con actividades personales cotidianas -vinculadas a la discapacidad en sentido estricto- y las correspondientes a las actividades instrumentales, que pueden estar relacionadas con la discapacidad o con cuestiones culturales. Tanto en este terreno como en el de los niveles de discapacidad, los criterios y definiciones son los expuestos en el capítulo correspondiente a la discapacidad entre las personas mayores.

- La población a la que se refieren los porcentajes y ratios obtenidos en los dos estudios alaveses es una "población tipo" de cien mil habitantes, con una estructura por edad y sexo muy similar a la que presenta la población alavesa en 1996.

Teniendo en cuenta todos esos condicionantes pasamos ya a exponer las características principales de la red informal, ofreciendo una primera visión de su importancia:

- En términos de cobertura la red natural ofrece cuidados a algo más de la mitad de la población anciana, 51,6 por 100, frente al 16,9 por 100 de cobertura que proporcionan los cuidadores contratados particularmente y el 5,3 por 100 del SAD. La cobertura de la red natural, además, se ajusta muy bien a los niveles de discapacidad de las personas ancianas, ocupándose prácticamente de todas aquellas que tienen una discapacidad grave o media y de más del 85 por 100 de los que tienen sólo algún problema de autonomía.

GRÁFICO Nº 60: COBERTURA DE LAS DIFERENTES REDES DE ATENCIÓN A PERSONAS ANCIANAS EN UNA POBLACIÓN TIPO DE CIEN MIL HABITANTES



Fuente: Estudios sobre las redes informales.

Dos comentarios adicionales a estos datos. La eficacia conjunta de las tres redes es prácticamente del cien por cien en relación a las personas ancianas con alguna discapacidad. La dependencia cultural queda de manifiesto en los porcentajes de personas autónomas que reciben apoyos, básicamente para la realización de las tareas instrumentales.

- La oferta de la red natural, en términos de horas destinadas a la atención de las personas ancianas de esa ciudad de cien mil habitantes, ascendería a 44.107 semanales, 3,3 horas por persona mayor. En términos más gráficos, la desaparición de la red natural y su sustitución por profesionales de aten-

ción directa a plena dedicación, implicaría la contratación del 3,5 por 100 de la población activa de esa hipotética ciudad. La encuesta de presupuestos de tiempo estima que el tiempo medio social que destinan los ciudadanos alaveses que han cumplido los dieciséis años al cuidado de adultos, en 1998, es de cuatro minutos diarios. Si se extrapola esa cifra a la hipotética ciudad que sirve de referencia, se obtendrían unos resultados algo inferiores, aunque, de todas formas, sumamente expresivos de la importancia de la red: el número de horas semanales de atención sería 37.707, 2,8 horas por persona mayor, y el porcentaje de la población activa necesaria para ofrecer los cuidados se situaría en el 2,9 por 100.

- La red natural desempeña también un importantísimo papel de apoyo económico a las personas ancianas. La retirada de estas ayudas provocaría un descenso en las condiciones materiales de vida de la tercera parte de las personas ancianas de esa ciudad, del 33,8 por 100. Si la administración pública se propusiese compensar esa pérdida con el otorgamiento de pensiones a las personas afectadas, tendría que hacer frente a 4.547 solicitudes cuando, a título de referencia, a esa población de cien mil habitantes le correspondían tan sólo, de acuerdo con los estándares actuales vascos, 160 beneficiarios del IMI.

- Desde otra perspectiva, y tomando únicamente en consideración en este caso a los habitantes de esa ciudad de setenta y cinco y más años, la existencia de esta red soluciona las necesidades de alojamiento a 1.800 personas; se trata de una suerte de alojamiento en familia próxima no institucionalizada. También como contraste podemos señalar que, con una cobertura de atención residencial del cuatro por cien de la población de sesenta y cinco y más años, esa ciudad ideal dispondría de un parque de 538 plazas en establecimientos de este tipo.

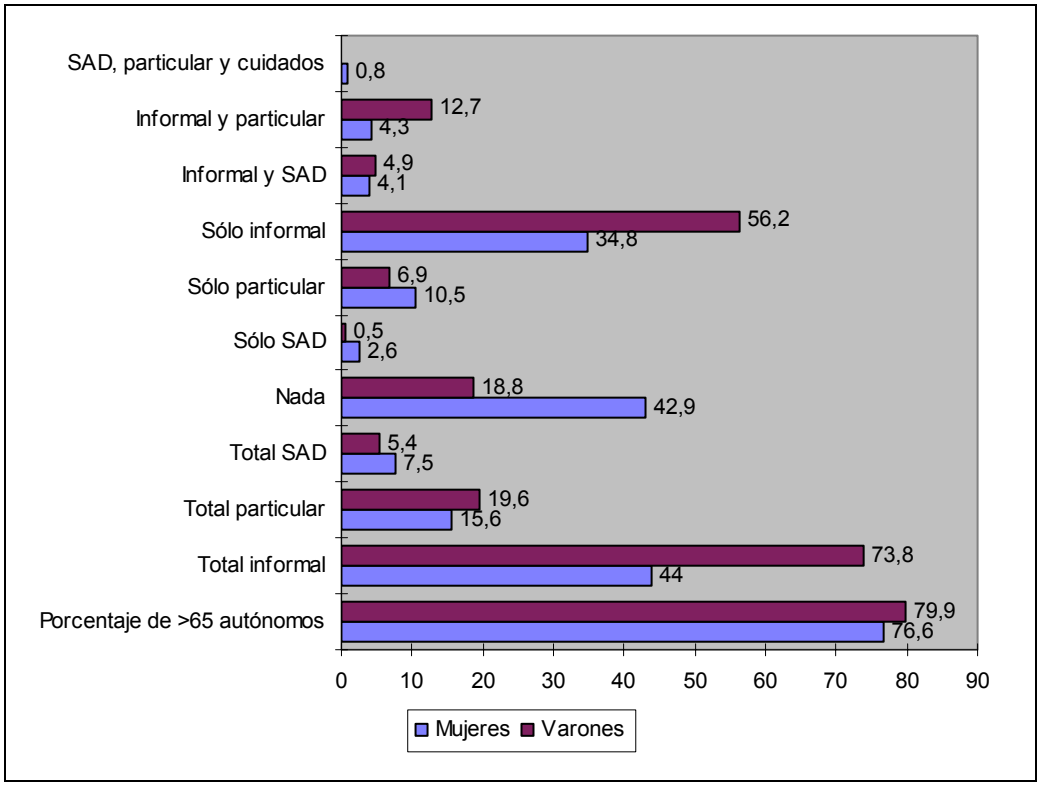
- Señalaremos para concluir con este primer epígrafe que la red natural ofrece a las personas ancianas una atención de fondo, continuada y de proximidad, que en ningún caso podría ser sustituida por la administración pública; el 90 por 100 de los mayores que disponen de cuidadores, viven con ellos en el mismo domicilio.

La variable demográfica que mejor singulariza a la red natural es el género. Los cuidados que ofrece esta red proporcionan una cobertura mucho más amplia a los varones, mientras que las personas que se ocupan de los cuidados son casi exclusivamente mujeres, se trata de una red de género femenino.

Las diferencias se explican, en parte, por razones biológicas -el número mayor de años que vive la mujer- y también por razones culturales y sociales de innegable peso y más posible abordaje:

- El 73,8 por 100 de los varones mayores de sesenta y cinco años recibe cuidados de la red natural, frente al 44,0 por 100 de las mujeres que han llegado a esos años, discriminación que se ahonda si se tiene en cuenta que la proporción de ancianos varones autónomos es más elevada que la de mujeres que se encuentran en las mismas circunstancias. Considerando todos los tipos de redes de apoyo, las diferencias por género, en términos de cobertura, serían las que aparecen reflejadas en el siguiente gráfico.

GRÁFICO Nº 61: PORCENTAJES DE PERSONAS ATENDIDAS POR LAS DIFERENTES REDES DE APOYO SEGÚN EL GÉNERO

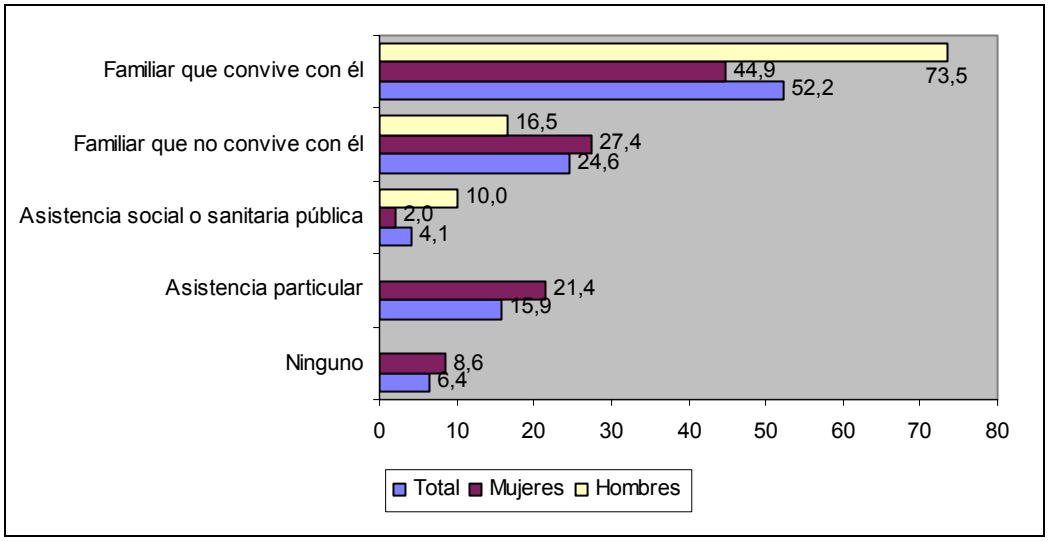


Fuente: Estudios sobre las redes informales.

A las mismas conclusiones puede llegarse si se analizan los datos que ofrece la encuesta de salud del noventa y siete, a pesar de que esa investigación tiene un campo de observación algo distinto, ya que centra su atención, al abordar este tema, en las personas mayores de setenta años necesitadas de ayuda para hacer frente a las actividades de la vida cotidiana. Para una población estimada en 1557 hombres y 4.503 mujeres residentes en Álava de estas características, los resultados que ofrece la encuesta indican que la red informal –integrada por familiares convivientes y no convivientes- atiende al noventa por ciento de los varones y al setenta y dos por ciento de las mujeres y que, además, el

73,5 por 100 de los hombres es atendido por un familiar que convive con él, proporción que en el caso de las mujeres sólo llega al 44,9 por 100.

GRÁFICO Nº 62: CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DE SETENTA AÑOS QUE NECESITAN AYUDA PARA LAS AVD POR SEXO DE LA PERSONA ATENDIDA (porcentajes)

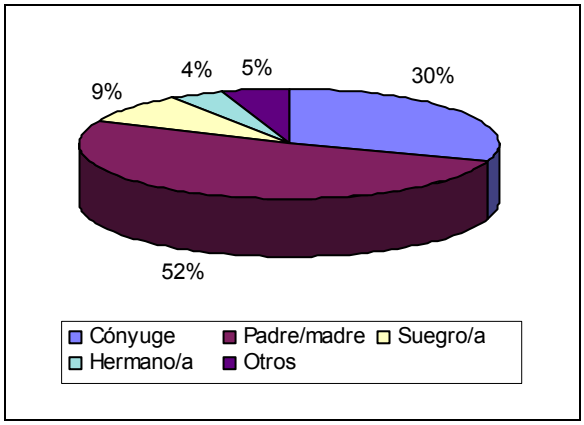


Fuente: Encuesta de Salud 1997. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Lo contrario sucede, con diferencias aún más agudas, cuando se considera el género de los cuidadores. De las 6.937 personas que en esta ciudad dedican parte de su tiempo a atender a las necesidades de las personas mayores, 6.105 son mujeres, el 88 por ciento del total, de acuerdo con los estudios realizados sobre redes informales. Estamos hablando de cuidadores principales -en el ochenta por ciento de los casos únicos cuidadores- que son, lógicamente, los que soportan la parte fundamental de la carga de atención. Los resultados que ofrece la encuesta de presupuestos de tiempo, rebajarían la cifra de cuidadores y también el porcentaje de mujeres cuidadoras, sin alterar sustancialmente ni la trascendencia social del problema ni su carácter discriminatorio: los cuidadores informales de esta ciudad se reducirían a cuatro mil doscientos, de los que las tres cuartas partes serían mujeres. Este trabajo señala, además, que frente al 2,85 por ciento de los varones que dedican a esas tareas un tiempo medio de treinta y cinco minutos, el 7,25 por 100 de las mujeres que se ocupan de ellas invierten ciento veinticuatro, cifras que, en definitiva implican que si el tiempo medio social ocupado en la atención de adultos es de cuatro minutos diarios, los hombres ponen uno y las mujeres nueve.

Las personas ancianas que reciben cuidados por parte de la red natural son atendidas prácticamente en su totalidad por familiares muy directos, fundamentalmente sus cónyuges y sus hijos, 82 por 100 en total.

GRÁFICO Nº 63: RELACIONES EXISTENTES ENTRE LAS PERSONAS ATENDIDAS POR LA RED INFORMAL Y SUS CUIDADORES



Fuente: Estudios sobre las redes informales.

Las fuertes diferencias por género que ofrece la red natural tienen, como hemos apuntado, un origen no sólo biológico sino también cultural. La investigación realizada en Vitoria-Gasteiz, que profundizaba más en este tema que la anteriormente realizada en la zona rural, puso de manifiesto los siguientes aspectos de interés:

- Como mínimo el cincuenta por ciento de los hombres atendidos por la red natural son autónomos en la realización de las tareas personales y no llevan a cabo alguna/s de las instrumentales; en esta misma situación se encuentran tan sólo el 18 por 100 de las mujeres.

- Los hombres autónomos para la realización de las tareas personales representan el 22,7 por 100 del colectivo de hombres atendidos por el SAD, las mujeres, el 4,3 por 100.

- Considerando conjuntamente las tres redes de atención, resulta que más del cincuenta por ciento de los hombres y algo más del dieciséis por ciento de las mujeres que reciben algún cuidado son personas autónomas que, sin embargo, no llevan a cabo las tareas domésticas; en conjunto el 32,4 por 100 de los que reciben apoyos y ayudas.

La sujeción a las personas que atienden es uno de los problemas más graves con que se enfrentan los cuidadores. Algunos indicadores de esta dependencia son los siguientes:

- A más de la mitad, al 53 por 100, le resultaría cuando menos bastante difícil encontrar un cuidador sustituto.

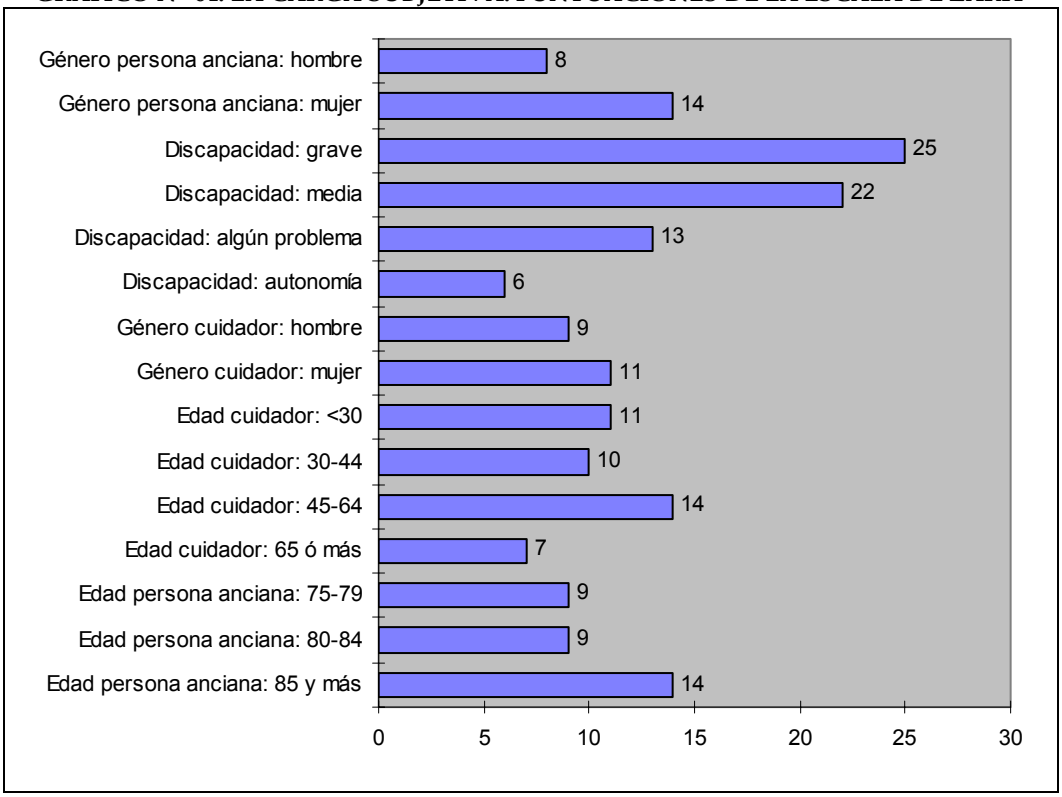
- Casi ocho de cada diez no se han tomado un descanso de dos días en los últimos años.

- Algo más de seis de cada diez cuidadores tropiezan con limitaciones para llevar a cabo actividades que les resultan atractivas.

- Uno de cada cinco, en definitiva, llega a afirmar que su salud se ha visto negativamente afectada por la práctica de los cuidados.

La carga subjetiva que soportan los integrantes de la red natural derivada de la atención y los cuidados que proporcionan a las personas ancianas es, en general, bastante elevada. El análisis de las puntuaciones obtenidas en la escala de Zarit, específicamente diseñada para medir esta carga, muestra que ésta es particularmente más elevada cuando los niveles de discapacidad y las edades de las personas ancianas son más altos -se trata de dos variables muy interrelacionadas-, cuando la persona atendida es mujer y cuando la edad del cuidador oscila entre los cuarenta y cinco y los sesenta y cuatro años.

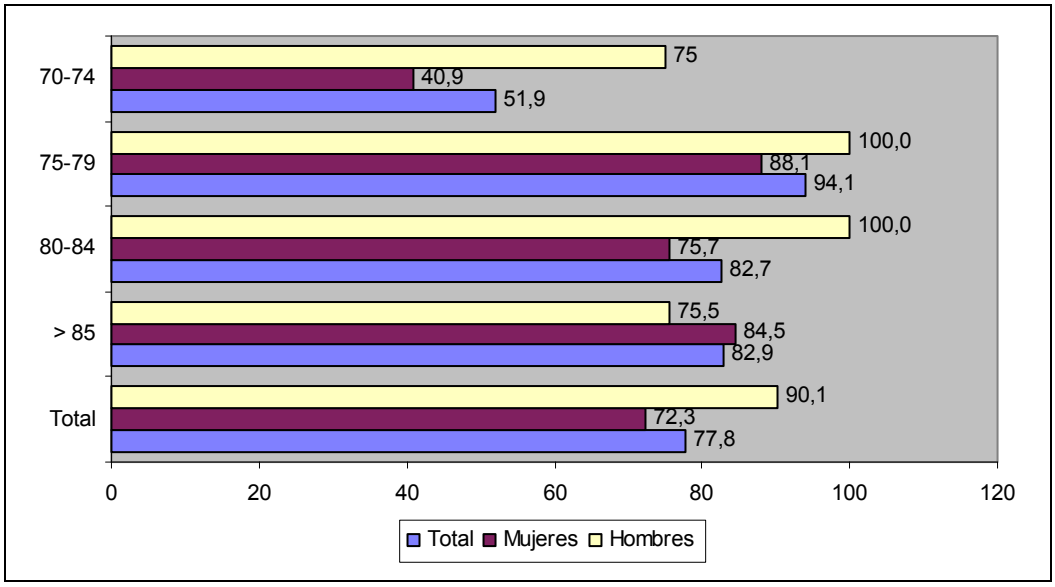
GRÁFICO Nº 64: LA CARGA SUBJETIVA: PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ZARIT



Fuente: Estudios sobre las redes informales.

Merece la pena señalar, a modo de epílogo, que a pesar de los cuidados ofrecidos por todas las redes de atención, la inmensa mayoría de los ancianos con problemas de dependencia considera que tiene necesidades de ayuda que no están bien cubiertas. En este sentido, los resultados que ofrece la encuesta de salud del noventa y siete, en relación a los ancianos alaveses, son suficientemente elocuentes como para no merecer comentarios.

GRÁFICO Nº 65: MAYORES DE SETENTA AÑOS ALAVESES CON NECESIDADES DE AYUDA NO CUBIERTAS POR SEXO Y EDAD (porcentajes)



Fuente: Encuesta de Salud 1999. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

2.2. LA PROTECCIÓN SOCIAL

2.2.1. El sistema de pensiones contributivas

2.2.1.1. Introducción

Entre los sistemas de protección social puestos en marcha para hacer frente a los riesgos que afectan a la población anciana, el de las pensiones contributivas es, en términos económicos, el más importante con gran diferencia. A pesar de ello, y a pesar del ingente volumen de datos administrativos que el sistema acumula, la información que ofrece el Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre estas pensiones no facilita el estudio de su cobertura, proporción de personas que se benefician de las mismas, ni de su incidencia, impacto económico de las prestaciones sobre los beneficiarios. Desde estas perspectivas, son dos los inconvenientes principales que presentan las estadísticas regulares que elabora este Instituto:

- Están centradas en las pensiones y no en los pensionistas; se conoce el número de prestaciones de cada tipo pero no el número de personas que perciben más de una pensión de un tipo y/o más de un tipo de pensión.

- Los datos demográficos que se ofrecen sobre los beneficiarios de las pensiones, edad y sexo, no están desglosados territorialmente, están referidos al conjunto del Estado.

Estas limitaciones impiden analizar aspectos importantes del funcionamiento de este sistema de protección en Álava a partir de cifras reales y obligan a trabajar con estimaciones basadas en hipótesis más o menos verosímiles. Las dos principales que ha sido preciso introducir han sido las siguientes:

- La relación entre el número de pensiones y el de pensionistas en Álava es de 109 a 100, ratio que baraja la sección de estudios del I.N.S.S. para el conjunto de sus pensiones a nivel estatal.

- La estructura por edad y sexo de los beneficiarios de pensiones en el estado español es similar a la que existe en este Territorio.

2.2.1.2. La cobertura de las pensiones

De acuerdo a las estimaciones realizadas, a finales el año 2000, el I.N.S.S. ofrecía a los mayores residentes en Álava 40.433 pensiones –29.857 de jubilación, 10.305 de viudedad y 271 de incapacidad permanente[1] -que beneficiaban a un total de 37.094 personas. La distribución de los beneficiarios de esas pensiones por sexo y edad y la estimación del número de personas beneficiarias, ordenada también por sexo y edad aparecen en la siguiente tabla:

CUADRO Nº 3: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LOS BENEFICIARIOS DE PENSIONES Y DE LOS PENSIONISTAS

Edad	Pensiones									Pensionistas		
	Jubilación			Viudedad			Incapacidad			Jubilación + Viud. + Incapc. 109		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
65-69	6.289	2.414	8.703	129	1.474	1.603				5.888	3.567	9.455
70-74	5.590	2.478	8.068	155	1.978	2.133				5.271	4.088	9.359
75-79	4.161	2.160	6.321	181	2.263	2.444				2.141	3.136	5.277
80-84	2.192	1.556	3.748	142	1.862	2.004				2.141	3.136	5.277
85 y +	1.556	1.461	3.017	156	1.965	2.121				1.571	3.143	4.714
NC							48	223	271	44	204	248
Total	19.788	10.069	29.857	763	9.542	10.305	48	223	271	18.898	18.196	37.094

Fuente: Elaboración propia a partir del "Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 2000" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y "Las pensiones de la Seguridad Social en la C.A. de Euskadi 2000" del Gobierno Vasco.

[1] A partir de 1997 los perceptores de pensiones de incapacidad permanente, al cumplir los sesenta y cinco años pasan automáticamente a cobrar pensiones de jubilación.

La cobertura de este sistema de protección es muy amplia, alcanza al 83,2 por 100 de este colectivo, aunque muy desigual, tanto desde el punto de vista del sexo como desde el punto de vista de la edad, reproduciendo de alguna forma las discriminaciones del mercado laboral.

Desde la perspectiva del género, y tomando en consideración exclusivamente las pensiones de jubilación y de viudedad, que representan la inmensa mayoría, 99,3 por 100 del total, se constata que:

- El sistema protege a la práctica totalidad de los hombres, 98,5 por 100, y deja sin atención a casi un treinta por cien de las mujeres, cobertura del 71,7 por 100.

- Las pensiones de cuantía más elevada, las de jubilación, están mayoritariamente destinadas a los hombres, 66,3 por 100, mientras que las mujeres prácticamente monopolizan las pensiones más bajas, las de viudedad, 92,6 por 100.

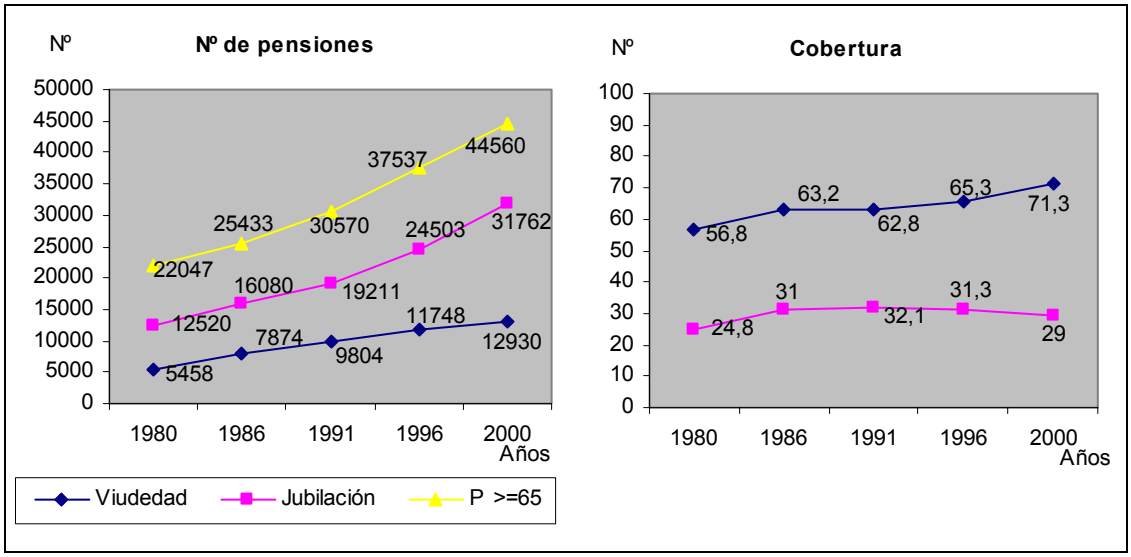
Desde la perspectiva de la edad, y siguiendo exclusivamente con esas dos pensiones, se observa:

- Un incremento continuo de la tasa de cobertura conforma avanza la edad: 66,2 por 100 para las personas de entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años, 81,3 por 100 para las que pertenecen al siguiente quinquenio… hasta llegar a una cobertura de prácticamente el cien por cien entre los mayores de edades más avanzadas.

- Una incidencia progresiva de las pensiones de más baja cuantía, las de viudedad, según aumenta la edad, que va acompañada de un descenso continuo del número de pensiones más altas, las de jubilación.

A lo largo de los últimos años el número de pensiones de jubilación y de viudedad vigentes en Álava no ha hecho sino aumentar ejercicio tras ejercicio. Su cobertura, sin embargo, si se toma como referencia el número de personas mayores, ha aumentado de forma muy clara, aunque discontinua, en el caso de las pensiones de jubilación –las más importantes desde todas las perspectivas-, apreciándose un descenso de la correspondiente a las pensiones de viudedad a partir del año noventa y uno.

GRÁFICO Nº 66: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PENSIONES Y DE SU COBERTURA, MEDIDA EN RELACIÓN AL NÚMERO DE PERSONAS MAYORES



Fuente: Anuarios Estadísticos Vascos.

2.2.1.3. La cuantía de las pensiones

El importe medio de las pensiones de jubilación alavesas, a finales del año dos mil, ascendía a 1.579.844 pesetas anuales que se distribuían en catorce pagas de 112.846 pesetas; esta cantidad resulta algo más baja que la que se obtiene en Bizkaia y Gipuzkoa –ciento veinticinco mil y ciento dieciséis mil pesetas, respectivamente- aunque si se la compara con la de las otras provincias españolas, se aprecia que sólo es superada ligeramente en Madrid y Asturias.

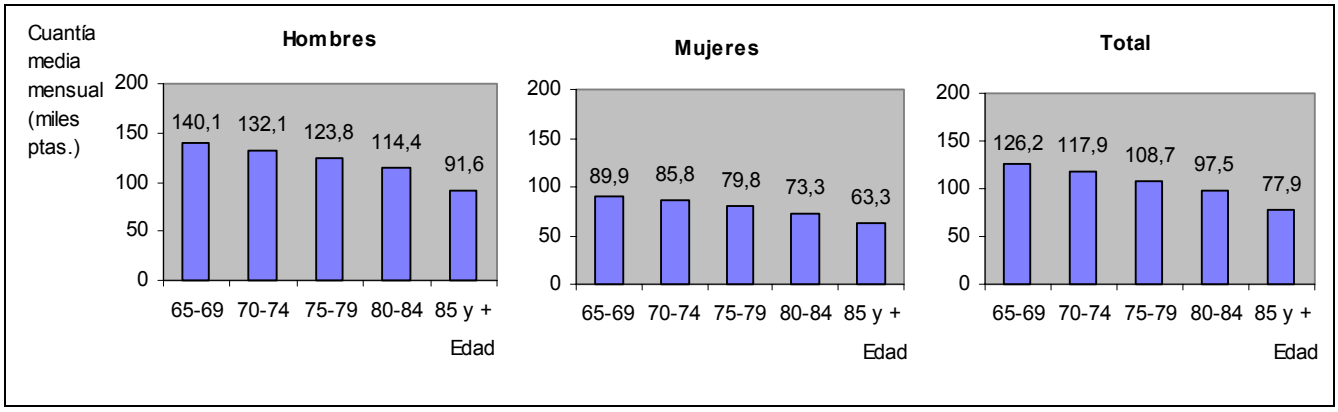
Si se centra la atención en las pensiones de jubilación cobradas por los alaveses de sesenta y cinco y más años, se constata que la cuantía media de la pensión desciende algo, situándose en las 111.759 pestas mensuales. En relación a esta cifra media las diferencias que se aprecian en función del género y la edad son muy importantes:

- La pensión de jubilación media que perciben los hombres mayores, 127.756 pesetas mensuales, es un 59,1 por 100 más elevada que la que cobran las mujeres, 80.305.

- La que perciben los alaveses de sesenta y cinco a sesenta y nueve años de los dos sexos, 126.181 pesetas, es un 62,0 por 100 más alta que la que reciben los alaveses de ochenta y cinco y más años.

- Si se comparan las dos situaciones medias extremas, la de los varones de entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años y la de las mujeres de más de ochenta y cinco, la diferencia, lógicamente, se amplía aún más, llegando a representar las pensiones medias del primer grupo un 91,1 por 100 más que las del segundo. Este último colectivo, el integrado por las mujeres más mayores –algo más de mil quinientas pensionistas- percibe mensualmente 63.279 pesetas, un 11 por 100 menos que el salario mínimo interprofesional.

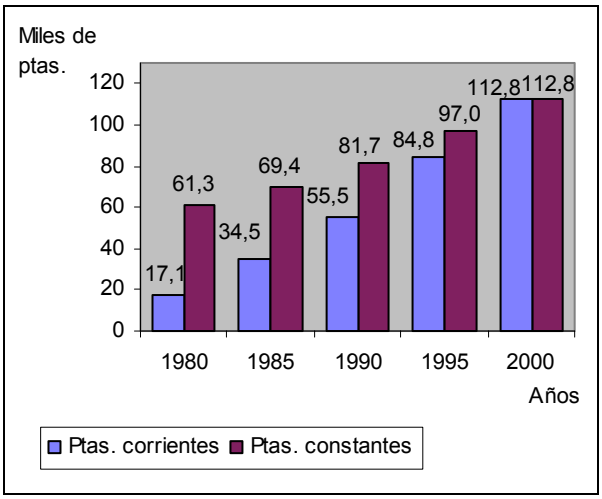
GRÁFICO Nº 67: CUANTÍA MEDIA DE LAS PENSIONES DE JUBILACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (estimaciones)



Fuente: Elaboración propia a partir del "Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 2000" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y "Las pensiones de la Seguridad Social en la C.A. de Euskadi 2000" del Gobierno Vasco.

La cuantía media de las pensiones de jubilación ha aumentado constantemente ejercicio tras ejercicio en términos de pesetas corrientes, multiplicándose por 5,6 en el transcurso de los últimos veinte años; en términos de pesetas constantes el incremento también ha sido positivo y muy notable: entre 1981 y el año 2000 la pensión media de jubilación se ha incrementado en un 87 por 100.

GRÁFICO Nº 68: EVOLUCIÓN DE LA CUANTÍA MEDIA MENSUAL DE LAS PENSIONES DE JUBILACIÓN EN ALAVA (pesetas corrientes y pesetas constantes del año 2000)



Fuente: Anuarios Estadísticos Vascos. EUSTAT

El importe medio de las pensiones de viudedad, 63.058 pesetas mensuales, es considerablemente más bajo que el de las pensiones de jubilación, no llega a representar más que el 55,9 por 100 de ésta y se sitúa un once por ciento por debajo del salario mínimo interprofesional. De la misma forma que en el caso anterior, la pensión media alavesa resulta algo más baja que la vizcaína y que la guipuzcoana –sesenta y siete mil y sesenta y seis mil pesetas respectivamente-, aunque en el resto del estado sólo es superada por la madrileña.

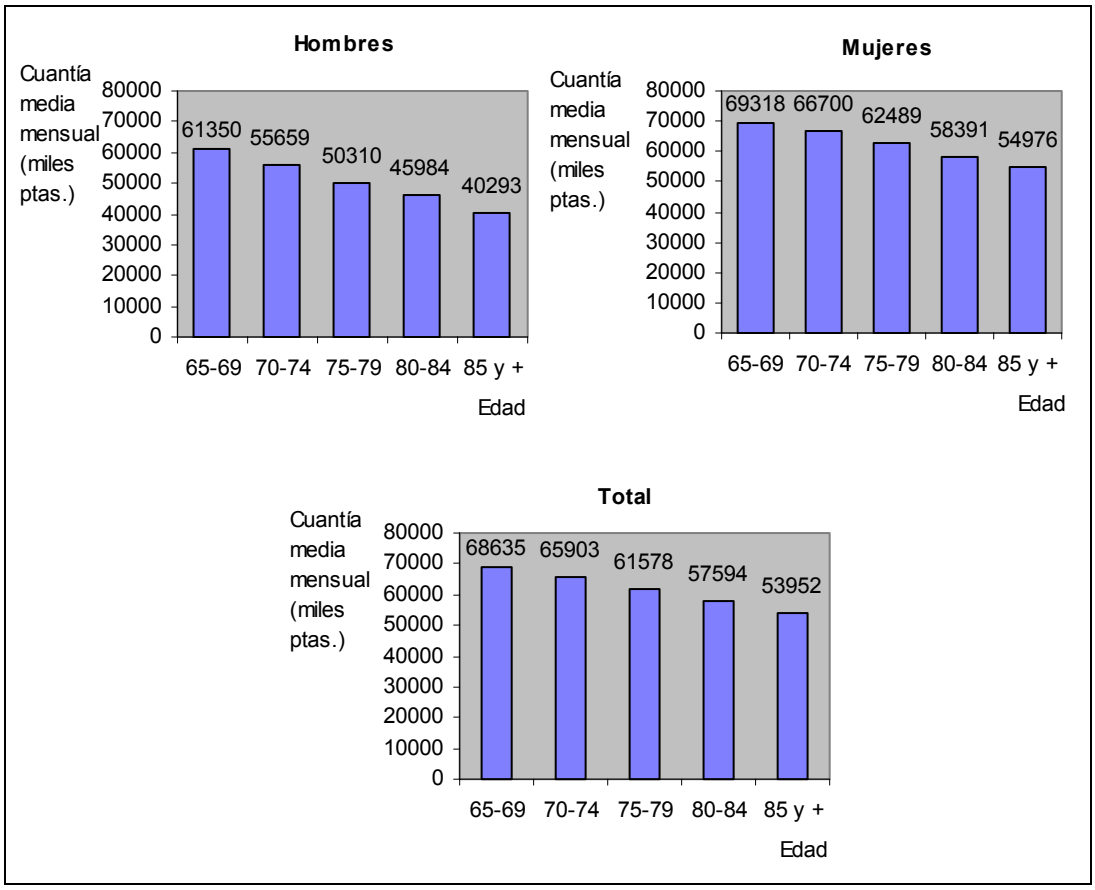
Si se limita el análisis a las pensiones de viudedad percibidas por beneficiarios de sesenta y cinco y más años, la cuantía media desciende a 61.226 pesetas mensuales. También en relación a esta cifra media existen diferencias, aunque menos importantes, en función de la edad y del género que, en este caso, en tanto que prestación de supervivencia, juega en sentido contrario que en el anterior:

- La pensión de viudedad media que perciben las mujeres mayores, 62.070 pesetas, es un 23 por 100 más alta que la de los hombres.

- La correspondiente a una persona de entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años supera a la que recibe una mayor de ochenta y cinco en un 27 por 100.

- En el extremo, también, la relación entre la pensión media de una mujer de entre sesenta y cinco y sesenta y nueve años y un hombre de más de ochenta y cinco es de 1,72 a 1.

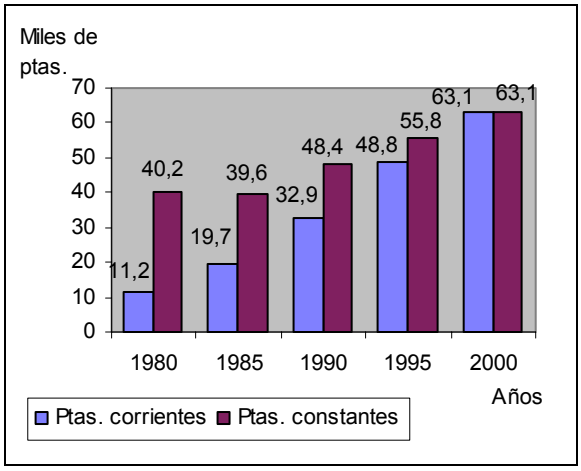
GRÁFICO Nº 69: CUANTÍA MEDIA DE LAS PENSIONES DE VIUDEDAD POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (estimaciones)



Fuente: Elaboración propia a partir del "Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales 2000" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y "Las pensiones de la Seguridad Social en la C.A. de Euskadi 2000" del Gobierno Vasco.

También el importe medio de las pensiones de viudedad ha venido aumentando año tras año, aunque en menor proporción que el correspondiente a las pensiones de jubilación: en pesetas corrientes se ha multiplicado por 4,9 entre el ochenta y uno y el dos mil y, en pesetas constantes, ha experimentado un aumento del orden del cincuenta y siete por ciento.

GRÁFICO Nº 70: EVOLUCIÓN DE LA CUANTÍA MEDIA MENSUAL DE LAS PENSIONES DE VIUDEDAD EN ALAVA (miles de pesetas corrientes y de pesetas constantes del año 2000)



Fuente: Anuarios Estadísticos Vascos. EUSTAT

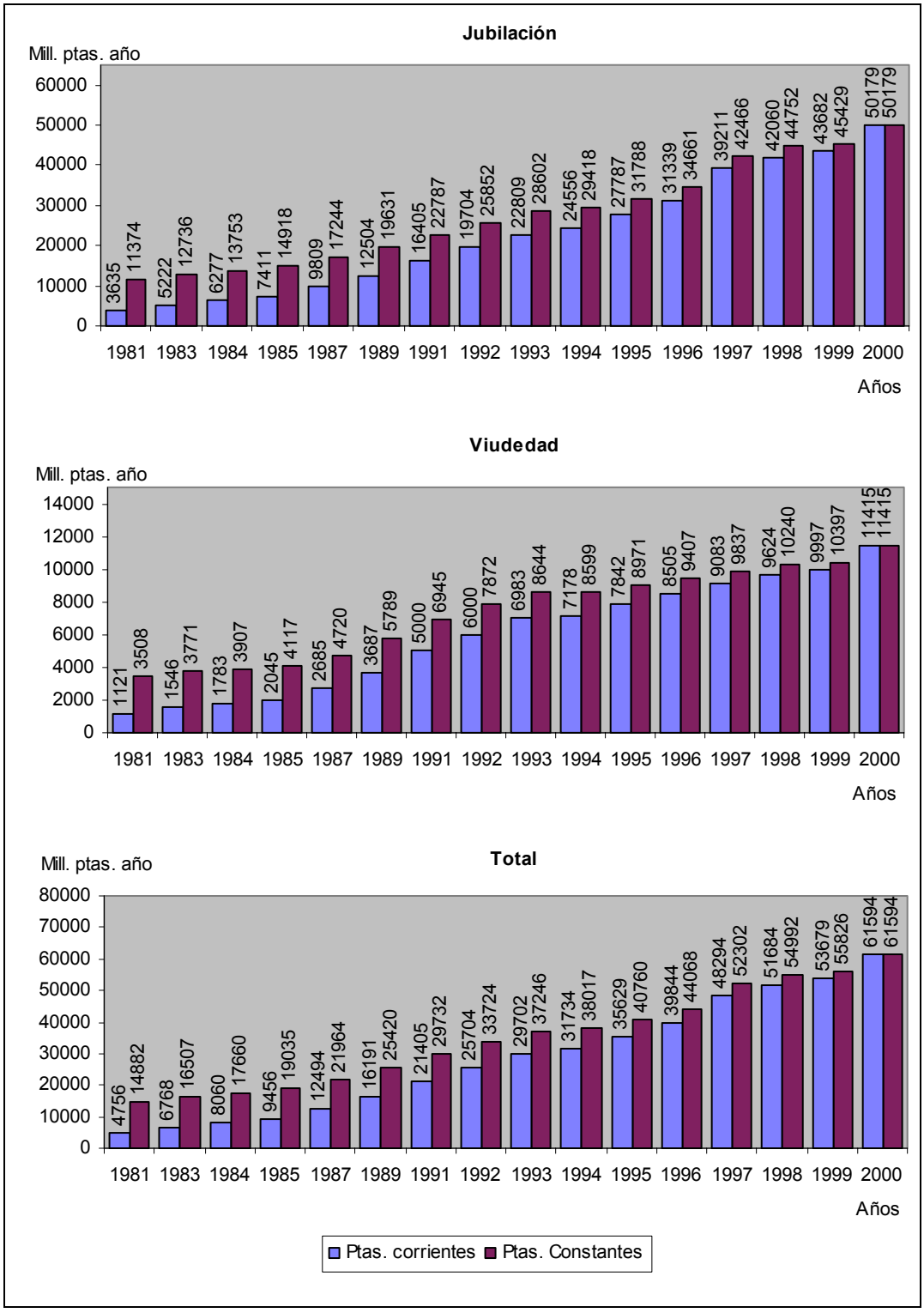
2.2.1.4. El coste del sistema de pensiones para la tercera edad

El coste de las pensiones contributivas de las que se benefician las personas mayores residentes en este Territorio durante el ejercicio correspondiente al año 2000 se estima en 56.001 millones de pesetas –46.714 millones en pensiones de jubilación, 8.833 de viudedad y 456 de incapacidad permanente-, cifra global que representa el 79,9 por 100 del coste de todo el sistema de pensiones contributivas alavés y que, en relación a su producto interior bruto, viene a suponer el 5,1 por 100. Dentro del conjunto de medidas de protección social puestas en marcha para hacer frente a las contingencias de la población mayor es ésta, con gran diferencia, la que implica un coste más elevado, como ya se ha indicado.

A pesar de la importancia que el tema encierra, no resulta posible conocer directamente la evolución seguida por esta variable –los problemas metodológicos ya comentados se multiplicarían-, aunque sí que puede realizarse una aproximación suficiente, utilizando como indicadores las dos pensiones principales, la de jubilación y la de viudedad: la primera destina a las personas mayores el 93,1 por 100 de sus recursos, la segunda el 77,4 y, entre ambas, financian más del 99 por 100 de las pensiones contributivas de las que se benefician los mayores alaveses.

Entre 1981 y el año 2000 los recursos económicos invertidos en estas dos pensiones han pasado de 4.756 millones de pesetas anuales a 61.594, multiplicándose por 12,9 en pesetas corrientes y por 4,1 en términos de pesetas constantes.

GRÁFICO Nº 71: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PENSIONES DE JUBILACIÓN Y VIUDEDAD 1981-2000 (PTAS. CORRIENTES Y CONSTANTES)



Fuente: Anuarios Estadísticos Vascos. EUSTAT

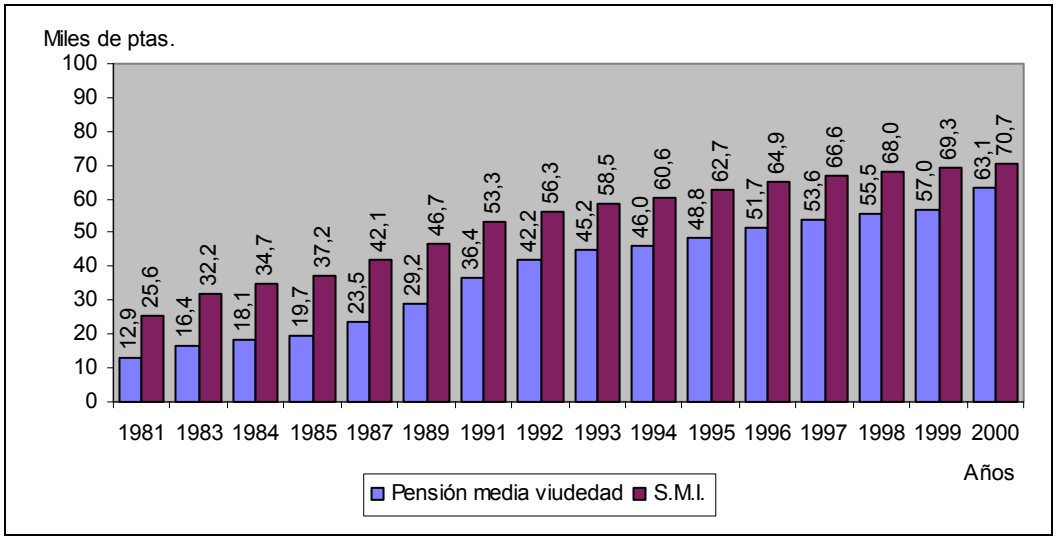
Los cambios observados durante este periodo tienen lógicamente su origen en las modificaciones experimentadas por los dos componentes del gasto, la extensión de la protección, medida por el número de pensiones, y su intensidad, medida por su cuantía media. Aunque ya se han comentado por separado estos procesos a lo largo de este capítulo, merece la pena presentarlos de forma conjunta y, en este sentido, cabe subrayar que entre 1981 y el año 2000:

- El número de pensiones de jubilación pasa de 13.034 a 31.762, incremento del 143,7 por 100, mientras que las de viudedad pasan de 6.216 a 12.930, incremento del 108,8 por 100; en conjunto el número de pensiones se incrementa en este período en un 132 por 100.

- El importe medio de la pensión de jubilación salta de 19.921 pesetas mensuales a 112.846, lo que implica un aumento de la pensión media, en pesetas constantes, del orden del 81,0 por 100, sumamente expresivo de una mejora sustancial –no quiere decir ello que suficiente- en las condiciones materiales de vida de la gran mayoría de la población mayor.

- El importe medio de las pensiones de viudedad pasa de 12.876 ptas. mensuales a 63.058, lo que representa un incremento en pesetas constantes del orden del 63,9 por 100, inferior al que se observa entre las pensiones de jubilación. Son dos las consideraciones, aparentemente de signo opuesto, que merece este hecho. Resulta socialmente cuando menos discutible que las pensiones más bajas crezcan menos que las más altas; las mismas consideraciones que llevan al aumento de éstas sirven de argumento, reforzadas, para el aumento, como mínimo en la misma proporción, de aquéllas. El esfuerzo realizado en el incremento de las cuantías de las pensiones de viudedad no es desdeñable y ello se aprecia claramente si se pone en relación la pensión media de viudedad con el salario mínimo interprofesional, 50,3 por 100 al principio del periodo y 89,2 por 100 al término del mismo.

GRÁFICO Nº 72: EVOLUCIÓN DE LA PENSIÓN MEDIA DE VIUDEDAD Y DEL SALARIO MÍNIMO INTERPROFESIONAL 1981-2000

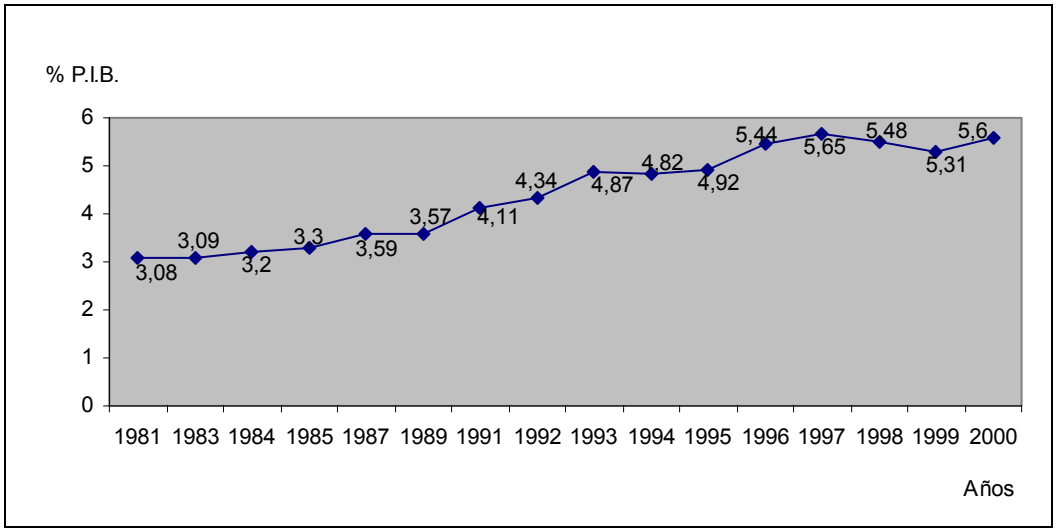


Fuente: Anuarios estadísticos. EUSTAT.

En cualquier caso, es evidente que en el sector de población que percibe únicamente pensiones de viudedad –integrado casi exclusivamente por mujeres- se encuentran sin duda los casos más graves de riesgo de exclusión económica, a pesar de encontrarse protegidas.

Resulta, por último, también de interés estudiar la evolución del esfuerzo social realizado en el pago de estas dos pensiones; el porcentaje del producto interior bruto alavés destinado a su mantenimiento ha evolucionado de la siguiente forma:

GRÁFICO Nº 73: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DEL P.I.B. ALAVÉS DESTINADO AL MANTENIMIENTO DE LAS PENSIONES DE JUBILACIÓN Y VIUDEDAD 1981-2000

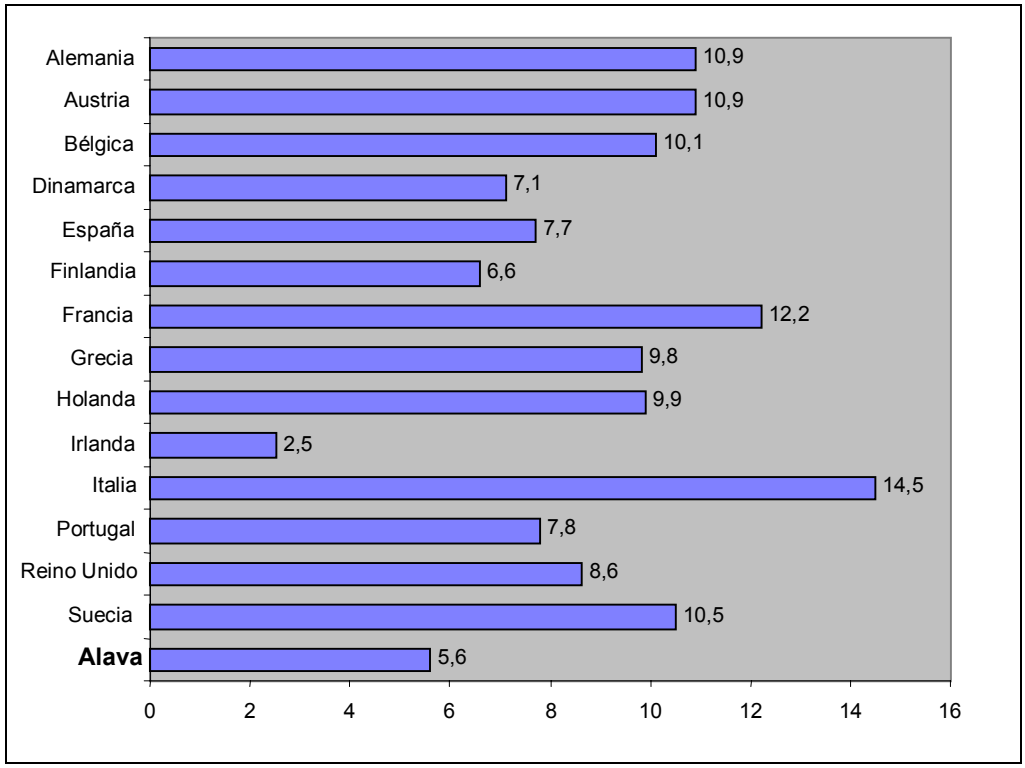


Fuente: Anuarios Estadísticos Vascos.

Como se aprecia gráficamente el proceso de crecimiento de la proporción del P.I.B. invertido en el mantenimiento de estas pensiones es claro hasta el año noventa y seis, a pesar de apreciarse algún año un descenso; a partir de ese año, el porcentaje del P.I.B. gastado parece más o menos estabilizado en torno al 5,5 por 100.

No parece previsible, sin embargo, que a medio o largo plazo esta situación se estabilice. Si se tiene en cuenta que el grado de envejecimiento de la población alavesa se aproxima rápidamente a los estándares europeos y se compara al gasto alavés en estos dos tipos de pensiones con el de los países de la UE –pensión de ancianidad y pensiones de supervivencia, fundamentalmente de viudedad- se constata inmediatamente que el gasto en este Territorio resulta comparativamente bajo, tan sólo supera al de Irlanda y es incluso superado por el de España, según la información suministrada a EUROSTAT por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

GRÁFICO Nº 74: PORCENTAJE DEL P.I.B. DESTINADO AL PAGO DE PENSIONES DE VEJEZ Y SUPERVIVENCIA EN DISTINTOS PAÍSES EUROPEOS Y EN ALAVA (1997)



Fuente: Dépenses et recettes de protection sociale. Données 1980-1997. EUROSTAT.

2.2.2. El sistema de salud

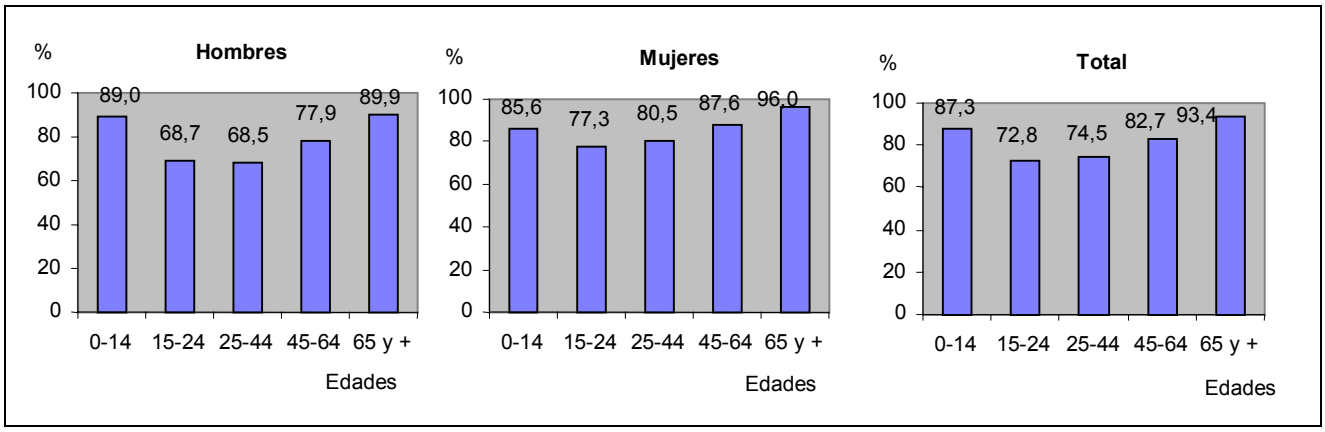
2.2.2.1. Los servicios y las prestaciones

El sistema público de sanidad vasco, de cobertura universal, prácticamente gratuito, y con unas cotas de calidad homologables a las alcanzadas en los países más desarrollados, resulta un elemento esencial para el bienestar social de todos los ciudadanos de este Territorio y, muy en particular, de sus ciudadanos de mayor edad, los más afectados por las enfermedades. El estado de salud es el principal determinante de la utilización de los servicios sanitarios y ello convierte a la práctica totalidad de las personas mayores en usuarios del sistema y, además, en usuarios particularmente asiduos y sensibles.

La proporción de alaveses que acude, al menos una vez al año, a los centros que integran la red primaria de atención, para realizar consultas y recibir tratamientos y prestaciones, es mayoritaria, como corresponde a un sistema ya normalizado, pero, en el caso de las personas mayores, alcanza incluso

niveles superiores al noventa por cien, lo que convierte a estos servicios, entre otras cosas, en observatorios privilegiados de su situación y de sus problemas.

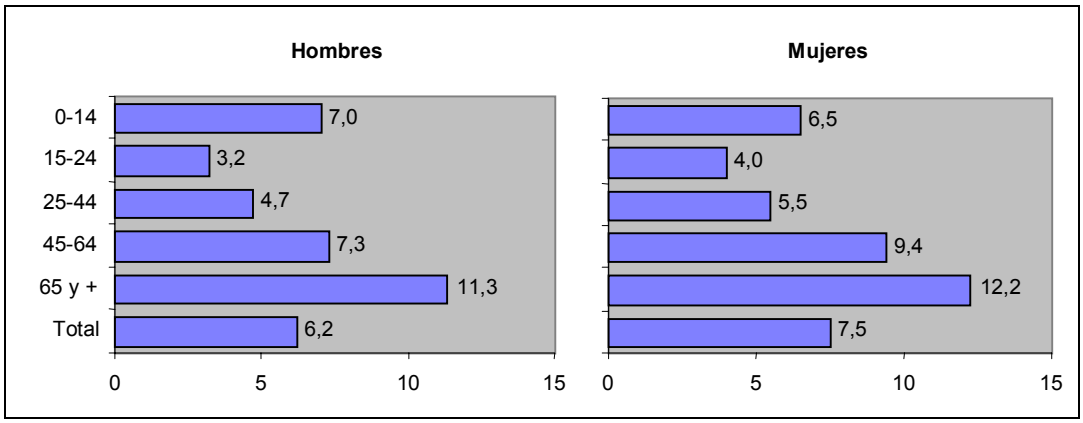
GRÁFICO Nº 75: PROPORCIÓN DE ALAVESES QUE HAN ACUDIDO, AL MENOS UNA VEZ AL AÑO, A LOS CENTROS DE LA RED PRIMARIA, A CONSULTAS MEDICAS, POR SEXO Y EDAD



Fuente: Encuesta de Salud 1997.

La eficacia horizontal del sistema en relación a las personas mayores –porcentaje de atendidos respecto a la población de referencia- no sólo es elevadísima, sino que además, como cabía esperar, va acompañada de unos niveles de intensidad en la atención -medidas por el número de consultas realizadas- que también son diferencialmente muy altos. La encuesta de Salud 1997 muestra, para el conjunto de la Comunidad Autónoma Vasca, que la media anual de consultas médicas realizadas por las personas mayores es sustancialmente más alta que la del resto de la población, como queda de manifiesto en los siguientes gráficos.

GRÁFICO Nº 76: MEDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS DE LOS RESIDENTES DE LA CAPV POR SEXO Y EDAD

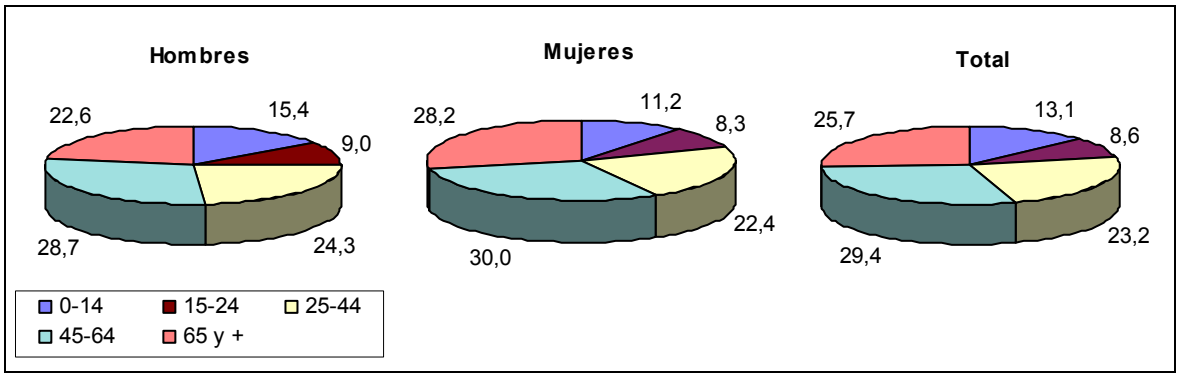


Fuente: Encuesta de Salud 1997.

Es importante considerar, además, que la cifra media de consultas médicas realizadas por las personas mayores permanece bastante estable desde hace años; la Encuesta de Salud correspondiente al año ochenta y seis ofrecía prácticamente los mismos resultados que la del noventa y siete, 11,7 consultas entre los varones y 12,6 entre las mujeres.

En base a los resultados que aparecen en el gráfico, y teniendo en cuenta que la muestra de la encuesta es proporcional a la población en términos de edades, puede estimarse que, cuando menos, la cuarta parte de la red primaria del sistema de salud está orientada, en lo que respecta a sus servicios médicos, a la atención a las personas mayores.

GRÁFICO Nº 77: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS MÉDICAS DE LA CAPV ATENDIENDO A LA EDAD Y EL SEXO DE LOS DEMANDANTES



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud 1997.

Aunque la valoración que realizan las personas mayores de estos servicios médicos puede calificarse de muy positiva, mejor en todos los casos que la expresada por el conjunto de la población, la encuesta de salud del noventa y siete detecta también algunas insatisfacciones entre las personas mayores residentes en la Comunidad Autónoma:

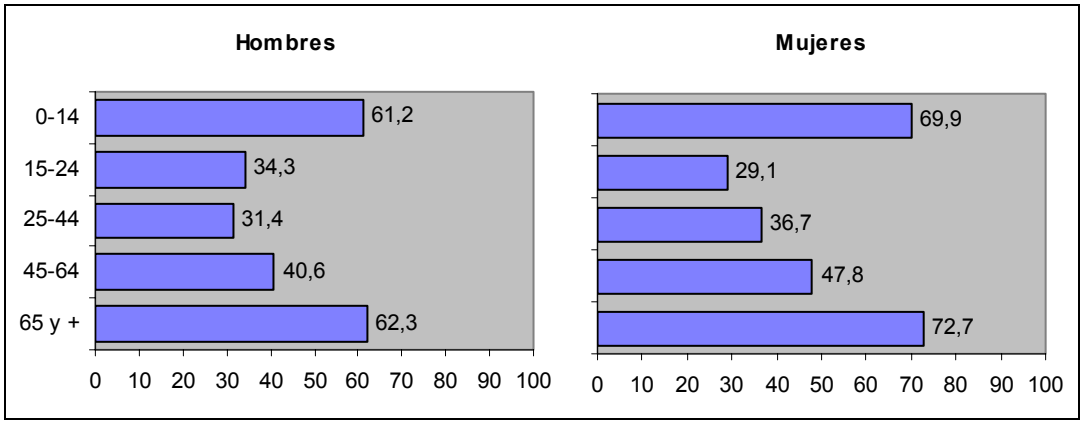
- El 17,5 por 100 de los hombres y el 22,5 por 100 de las mujeres afirman que los centros quedan lejos o muy lejos de sus domicilios.

- El 3,5 por 100 de los hombres y el 3,2 por 100 de las mujeres –seguimos refiriéndonos a personas mayores- opinan que los horarios de consulta son poco o nada adecuados.

- La proporción de mayores insatisfechos con algún otro aspecto de las consultas médicas llega al 16,5 por 100 y la de los que valoran negativamente todos los aspectos, el 3,2; en conjunto, casi uno de cada cinco, se encuentra disconforme con algún aspecto de la atención.

Los servicios de enfermería de la red de salud primaria también dedican una buena parte de sus recursos a las personas mayores, alrededor del veinticuatro por ciento si lo medimos en términos de visitas, proporción sólo ligeramente inferior a la obtenida en relación a las consultas médicas, veinticinco por cien; los resultados que en este sentido ofrece la encuesta del noventa y siete son los siguientes:

GRÁFICO Nº 78: PROPORCIÓN DE RESIDENTES EN ALAVA QUE HAN HECHO USO DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN UN AÑO POR SEXO Y EDAD

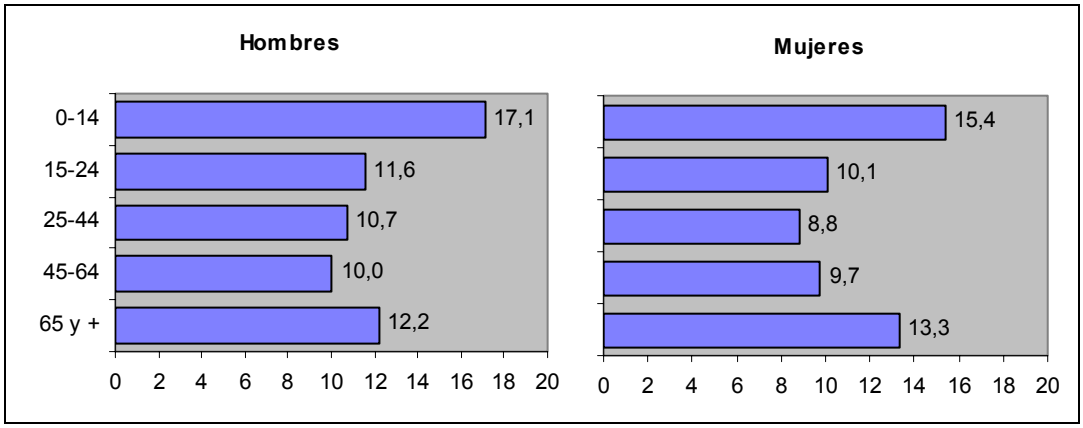


Fuente: Encuesta de Salud 1997.

En relación a estos servicios de enfermería las valoraciones efectuadas por las personas mayores son más positivas que en lo que respecta a las consultas médicas y, como sucede casi siempre, mejores que las del conjunto de la población; los resultados indican que sólo el 7,8 de las personas mayores están insatisfechas con algún aspecto de los servicios y sólo el 1,7 con todos los aspectos; en conjunto, el descontento no llega a afectar a una de cada diez personas mayores.

También en los servicios de urgencia las personas mayores aparecen sobrerrepresentadas, aunque en menor proporción que en los casos anteriores. Siguiendo la misma pauta de cálculo –porcentaje de mayores que acuden a los centros- puede estimarse que este colectivo consume el 17 por cien de los recursos; se trata de servicios lógicamente menos frecuentados, y los resultados que ofrece la Encuesta, teniendo en cuenta que el período de referencia es de seis meses y no de un año, son los siguientes:

GRÁFICO Nº 79: PROPORCIÓN DE RESIDENTES EN LA CAPV QUE HAN ACUDIDO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES A UN SERVICIO DE URGENCIAS POR SEXO Y EDAD



Fuente: Encuesta de Salud 1997.

El sistema sanitario se vuelca muy especialmente en la atención a las personas mayores a través de sus centros más pesados, complejos y costosos, los hospitales. Aunque las encuestas de salud no contemplan esta circunstancia, la Estadística de Altas Hospitalarias que publica EUSTAT –la última se refiere al ejercicio 1996- ofrece datos sumamente relevantes a nivel de toda la Comunidad autónoma.

CUADRO Nº 4: ATENCIÓN HOSPITALARIA AL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN Y A LA POBLACIÓN MAYOR EN LA CAPV: ALTAS, ESTANCIAS Y ESTANCIAS MEDIAS POR GRANDES GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS[1]

	Población total			Población de 65 y más		
	Altas	Estancias	Estancias medias	Altas	Estancias	Estancias medias
Hospitales de agudos de Osakidetza	180.217	1.255.723	7,0	65.157	561.689	8,6
Otros hospitales de agudos	55.133	302.703	5,5	16.463	139.877	8,5
Hospitales de media y larga estancia	6.935	197.077	28,4	5.531	147.114	26,8
Total	242.285	1.755.503	7,2	87.151	848.680	9,7

[1] El número medio de diagnósticos por alta es de 2,5; para estimar las estancias reales es preciso dividir las cifras de estancias que figuran en el cuadro por su factor corrector.

Fuente: Estadística de Altas Hospitalarias 1996. EUSTAT.

De la información contenida en ese cuadro cabría deducir que las personas mayores resultan para los centros hospitalarios una población de altísimo riesgo, dado que su atención absorbería prácticamente la mitad de las estancias, el 48,3 por 100. Aunque la metodología empleada en el cálculo de esta variable puede distorsionar algo los resultados, al girar en torno a los diagnósticos y no a las personas, lo cierto es que en el avance de la estadística de altas hospitalarias correspondiente al año dos mil, se

recogen las siguientes afirmaciones –referidas también al conjunto de la CAPV, aunque limitadas a los hospitales de agudos- que parecen validar el porcentaje expuesto:

- "Un 40 por 100 de las altas, 101.000, fue causado por la población mayor de sesenta y cinco años; dicho grupo de población tiene una elevada tasa de frecuentación hospitalaria, en torno a un 28 por cada 100 habitantes, más del doble que la media global.

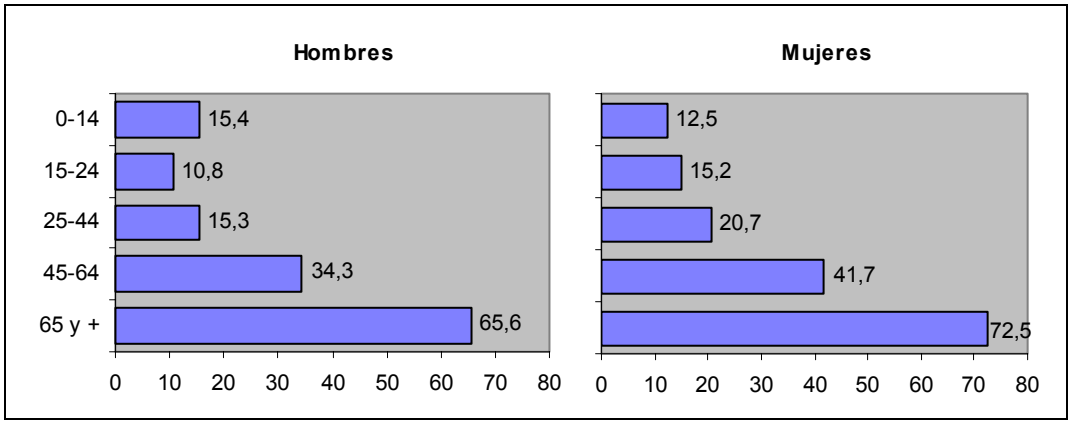
- La estancia media de dicho grupo se situó en 7,3 días, dos días y medio por encima de la estancia media de los menores de 65 años; este grupo de edad ha causado más estancias que el grupo de menores de sesenta y cinco años en su totalidad".

Merece la pena detenerse a considerar, también, el elevadísimo número de altas hospitalarias de personas mayores; casi la tercera parte de ellas se habrían visto afectadas en un año, en el caso de no existir reincidencias. La vuelta a sus hogares de la mayoría de estas personas, en ausencia de mecanismos de derivación y teniendo en cuenta la política de reducción de estancias hospitalarias promovida por el sistema sanitario, acentúa la necesidad de mejorar y reforzar la coordinación entre ese sistema y el de los servicios sociales, con el fin de garantizar unos niveles de calidad de vida dignos durante las etapas de recuperación, rehabilitación o paliativas.

Desde una perspectiva más hotelera que sanitaria puede señalarse que la atención prestada a las personas mayores por la red hospitalaria a nivel de la Comunidad sería aproximadamente equivalente a la que podría ofrecer una hipotética residencia de ochocientas treinta plazas a plena ocupación.

La Encuesta de Salud ofrece también información, desglosada por edades, sobre el consumo de fármacos, utilizando para ello un indicador algo tosco pero bastante expresivo de las diferencias generacionales, el consumo o no de algún producto de esta naturaleza en los dos días anteriores a la cumplimentación del cuestionario.

GRÁFICO Nº 80: PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HAN CONSUMIDO ALGÚN FÁRMACO EN LOS DOS ÚLTIMOS DÍAS EN LA CAPV POR SEXO Y EDAD



Fuente: Encuesta de Salud 1997.

La tendencia al aumento de los consumos conforme avanza la edad resulta en este caso aún más clara que en los anteriores y ello a pesar de que el indicador no refleja un fenómeno sobradamente conocido, el policonsumo de productos farmacéuticos por parte de las personas mayores que tiene su máxima expresión en la normalización de los pastilleros. En cualquier caso, los datos complementarios que se recogen en la investigación permitirían deducir que algo más del treinta y cinco por cien de las personas que consumen fármacos han cumplido los sesenta y cinco años.

Señalaremos para concluir que las personas mayores aparecen también como consumidores excepcionales de determinadas actuaciones sanitarias de carácter preventivo. Los datos relativos a Álava indican que:

- El 74,9 por 100 de ellas se vacunó contra la gripe en el año anterior, frente al 18,2 por 100 del conjunto de la población.

- El 92,4 se tomó la tensión, también el año anterior, frente al 59,2 por 100 general.

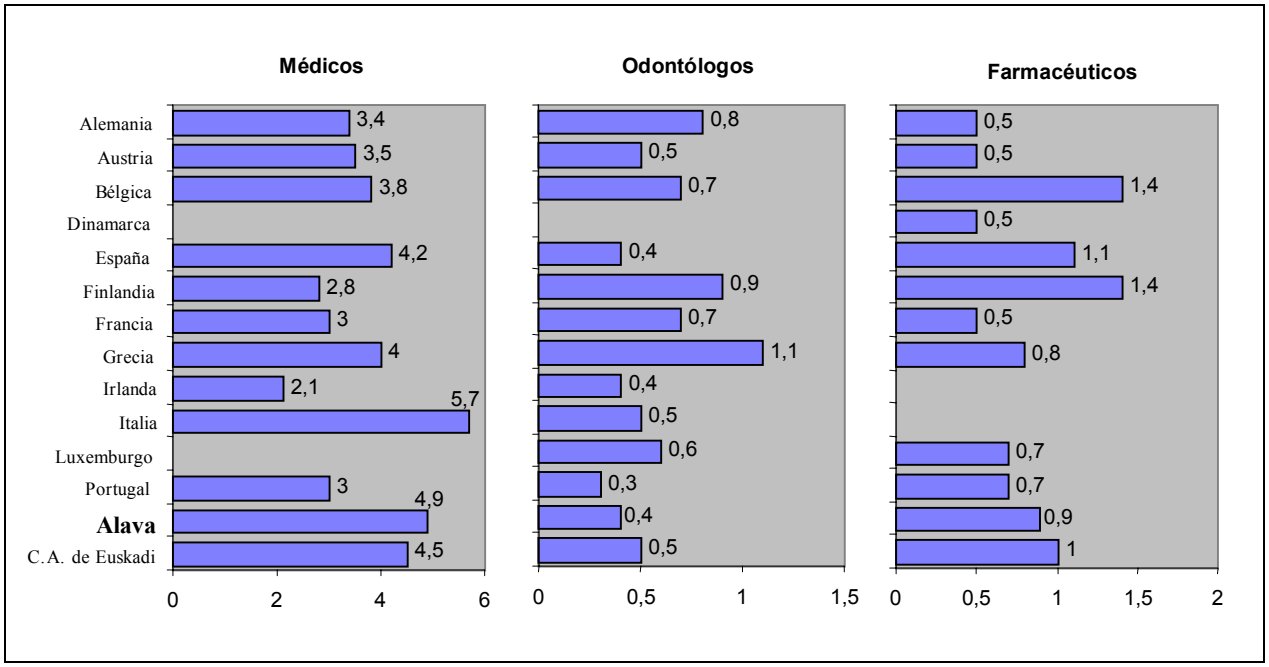
- El 86,1 por 100 de ellas se había hecho un examen de colesterol en los dos años anteriores, frente al 66,3 por 100 del conjunto.

2.2.2.2. Los recursos del sistema

La información disponible sobre los profesionales que trabajan en el ámbito de la sanidad es escasa y fragmentaria; se conoce tan sólo el número de los que se encuentran colegiados, vía I.N.E., y los datos relativos al resto se encuentran dispersos entre las estadísticas correspondientes a distintos servicios, no todos, unas veces de forma identificable y otras no. No es un problema exclusivo de este Territorio, ni de esta Comunidad; los datos que ofrecen los diferentes organismos internacionales que se ocupan del tema de la salud adolecen de la misma precariedad y las comparaciones que pueden realizarse entre distintas regiones son limitadas y forzosamente simples.

Los único que cabe decir a nivel global, a causa de estas importantes limitaciones, es que la proporción de profesionales sanitarios colegiados en este Territorio es bastante parecida a la de otros países de características similares y, desde esta perspectiva, puede considerarse adecuada: el número de médicos por habitante es alto, el de odontólogos quizás algo bajo y el de farmacéuticos parece equilibrado.

GRÁFICO Nº 81: NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN DISTINTOS ÁMBITOS: TASAS POR MIL HABITANTES



Fuente: Statistical Yearbook. EUROSTAT.

Si se centra la atención en la red sanitaria pública, la que merece especial atención a efectos de planificación, y se entiende por tal toda la red hospitalaria y la red extrahospitalaria estrictamente pública, los resultados que se obtienen en este Territorio son los siguientes:

CUADRO Nº 5: PERSONAL QUE TRABAJA EN LA RED SANITARIA PÚBLICA EN ÁLAVA

	Red hospitalaria (1999)	Red extrahosp. pública (1998)	Total
Médicos y especialistas	556	325	881
Otro personal sanitario	1.530	384	1.914
Personal no sanitario	867	145	1.012
Total	2.953	854	3.807

Fuente: Anuario Estadístico Vasco 2001. EUSTAT

Evidentemente son pocos los profesionales que limitan su actividad a las personas mayores, aunque una proporción muy elevada de ellos, en mayor o menor grado, se ocupan de su atención y les ofrecen cuidados. En cualquier caso, teniendo en cuenta el uso de los servicios sanitarios que realizan las personas mayores –aproximadamente la mitad de las estancias hospitalarias son causadas por ellas y, al menos, la cuarta parte de las consultas primarias tienen su origen también en este sector de población – puede realizarse un cálculo aproximado de la carga de trabajo profesional que estas personas requieren. Aplicando esos ratios –cincuenta y veinticinco por cien- a los datos que aparecen en la última tabla expuesta, obtendríamos la siguiente estimación de la carga de trabajo en términos de profesionales a dedicación completa.

- Médicos y especialistas, 359
- Otro personal sanitario, 861
- Personal no sanitario, 469
- Total personal, 1.689.

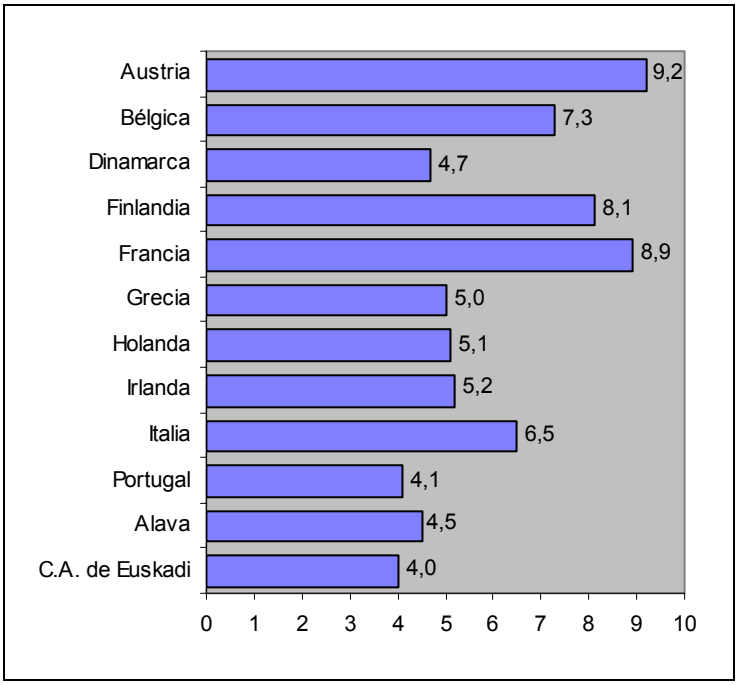
No puede perderse además de vista, y es particularmente importante tenerlo en cuenta a lo largo del proceso de consolidación del espacio sociosanitario, que:

- en el ámbito de los servicios sociales, y dentro del campo estricto de la atención a la tercera edad, trabajan también numerosos profesionales de la sanidad, 609 según la última estadística de EUSTAT, con una estructura de plantilla sensiblemente distinta: mientras en el sistema sanitario la proporción de médicos especialistas es del 21,2 por 100 –del 29,4 por 100 si se considera sólo el personal sanitario- en el de servicios sociales sólo llega al 1,6;

- en el ámbito de la sanidad trabajan una treintena de asistentes sociales, una veintena en la red hospitalaria y el resto en la ambulatoria.

La mayor parte de la información publicada sobre los recursos materiales de que dispone el sistema sanitario se circunscribe al número y tipo de centros de atención, y tiene únicamente valor a efectos descriptivos; no sirve para demasiado decir que en Álava existen siete hospitales y que la red extrahospitalaria pública tiene ochenta centros de diferentes características. El único dato que permite realizar comparaciones es el del número de camas hospitalarias, 1.287 en este Territorio, lo que supone un ratio de 4,5 camas por cada mil habitantes, superior al del conjunto de la Comunidad Autónoma en un 12,5 por 100, aunque algo inferior al de la mayor parte de los países europeos de los que se dispone de información.

GRÁFICO Nº 82: NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS EN DIFERENTES ÁMBITOS. TASAS POR MIL HABITANTES

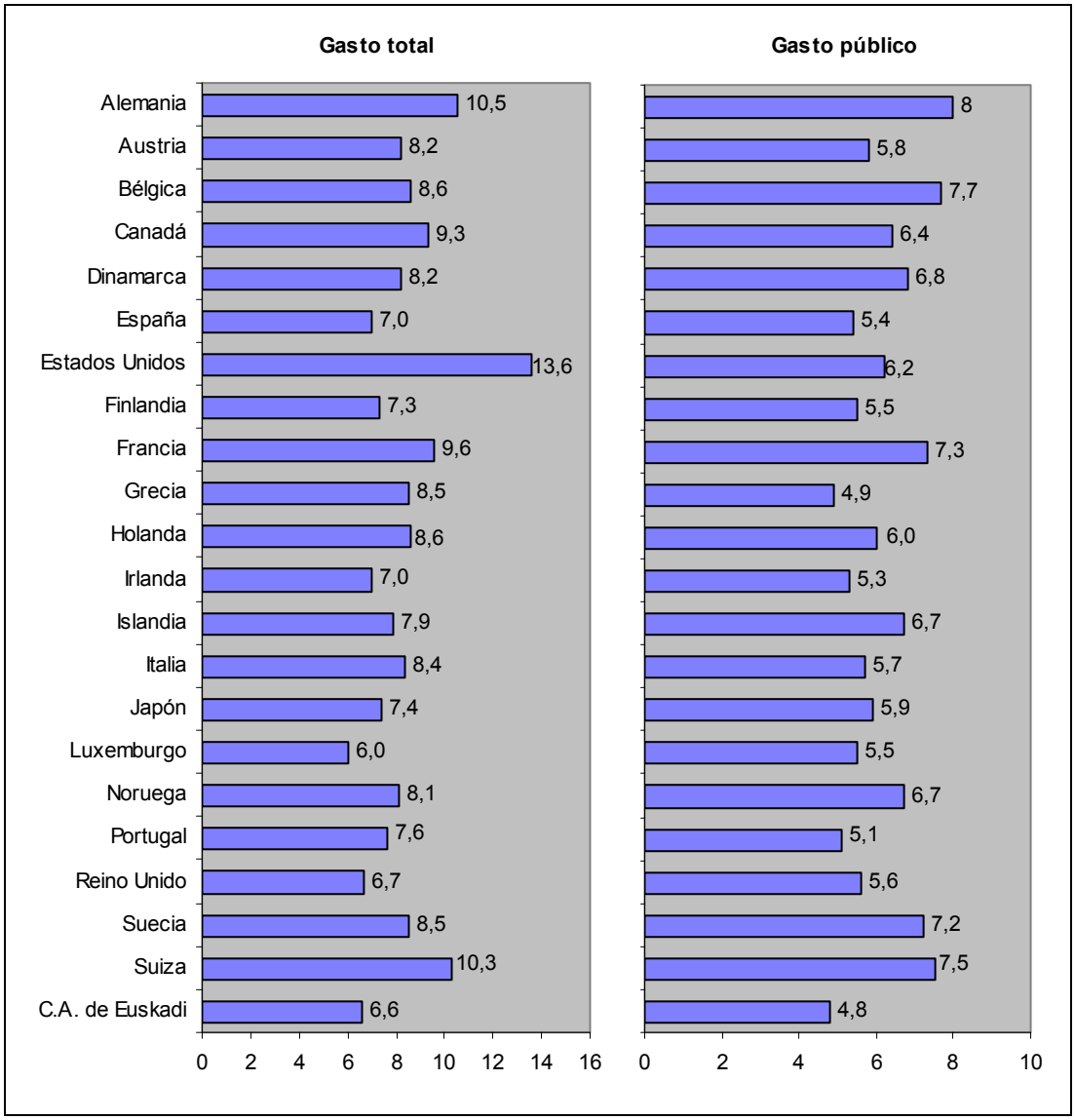


Fuente: Anuario Estadístico Vasco 2001. EUSTAT

El gasto realizado en el año noventa y siete en esta Comunidad ascendió a 333.017 millones de pesetas, lo que representa 160.307 ptas. por habitante y año y el 6,6 por 100 del producto interior bruto; la mayor parte de este gasto, 242.489 millones, el 73,2 por 100, fue financiado por las administraciones públicas, lo que se traduce en un gasto per cápita de 116.729 ptas. y en el 4,8 por 100 del P.I.B.

A pesar de la innegable importancia económica de estas cifras, el gasto sanitario en esta Comunidad no puede considerarse ni mucho menos excesivo, al menos si lo comparamos con el que se produce en otros países más o menos homologables al nuestro. Como se aprecia en el gráfico que aparece a continuación, en términos de esfuerzo social, de porcentaje del P.I.B. destinado al sistema, tanto el gasto total como el gasto público vascos se encuentran por debajo de la práctica totalidad de los países considerados. En el primer caso, gasto total, únicamente Luxemburgo, el país más rico de la U.E. en términos relativos, dedica menos porcentaje de su P.I.B., encontrándose dentro del margen de medio punto por arriba el Reino Unido, Irlanda y España; en el segundo caso, el del gasto público, esta Comunidad aparece en la última posición, situándose también en el margen de medio punto por encima tan sólo Portugal e Irlanda.

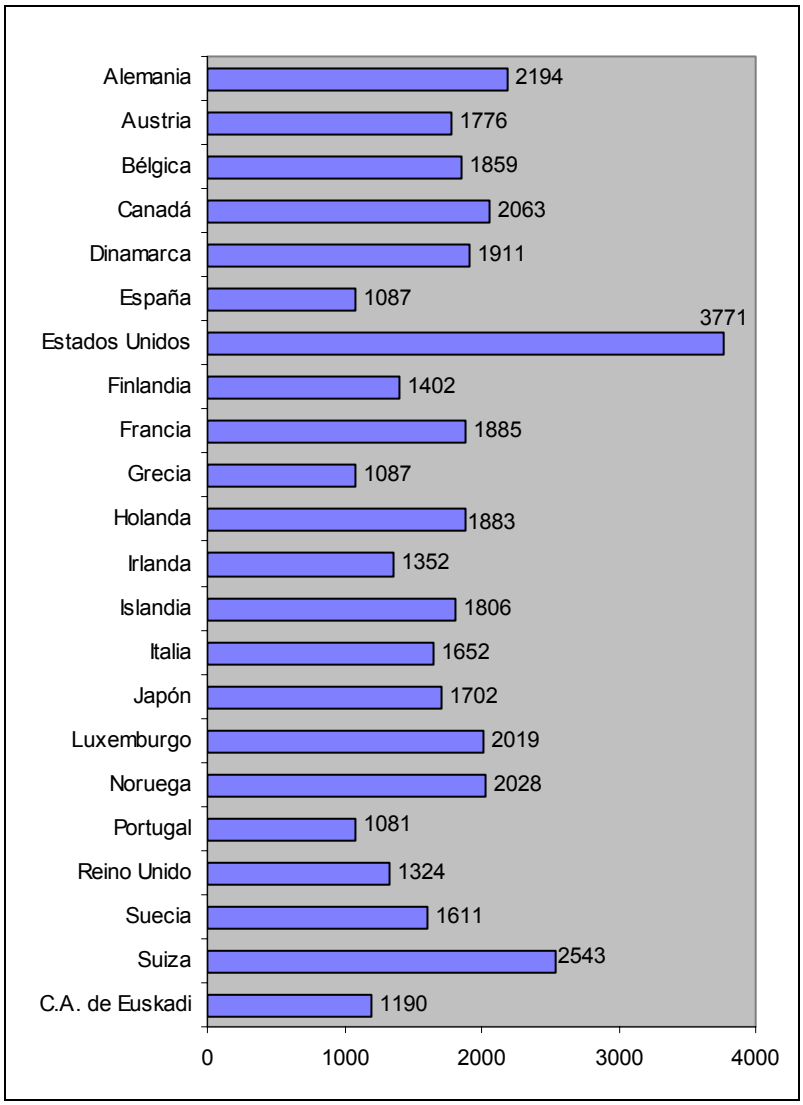
GRÁFICO Nº 83: PORCENTAJE DEL P.I.B. DESTINADO A FINANCIAR LA SANIDAD EN DIFERENTES PAÍSES



Fuente: Cuenta de la Sanidad. C.A. de Euskadi 1997. EUSTAT.

Desde otra perspectiva distinta, en términos de gasto total por habitante en euros de poder adquisitivo equivalente, la posición relativa de esta Comunidad no varía excesivamente; se sitúa sólo por delante de España, Portugal y Grecia, y el país más próximo por encima, Reino Unido, está a una distancia de once puntos.

GRÁFICO Nº 84: EL GASTO TOTAL EN SANIDAD EN EUROS DE PODER ADQUISITIVO EQUIVALENTE EN DIFERENTES PAÍSES



Fuente: Cuenta de la Sanidad. C.A. de Euskadi 1997. EUSTAT

La cuenta de la sanidad en la C.A. de Euskadi no presenta sus datos desagregados por Territorios, aunque esto no representa un importante problema a la hora de efectuar los cálculos. Tomando en consideración que Álava consume el 14,7 por 100 de todo el gasto hospitalario y el 14,4 por 100 del gasto público extrahospitalario, puede afirmarse sin mucho margen de error que su aportación al sistema estará en torno al 14,6 por 100. Aplicando ese coeficiente a los datos vascos correspondientes a

1997, se obtendría un gasto total de 48.620 millones, 170.438 pesetas per cápita, y un gasto público de 35.403 millones, 124.125 pesetas por habitante; en términos per cápita, el gasto alavés resultaría un 6,3 por 100 superior al vasco.

Mayores márgenes de error plantea sin duda la estimación del gasto sanitario destinado a la atención de los alaveses que han cumplido los sesenta y cinco años, sobre el que no existen datos contables directa o indirectamente relacionados. La información de que se dispone para realizar el cálculo, algo vieja y algo parcial, es la siguiente:

- En el estudio base para la elaboración del Plan Gerontológico Vasco de 1994 se indicaba que, en relación a las personas de cero a sesenta y cuatro años, el gasto sanitario per cápita de los que habían cumplido los sesenta y cinco era 6,7 veces superior, lo que, teniendo en cuenta la proporción de personas mayores existente en aquel momento, se traducía en una distribución del gasto entre esos dos sectores de población al cincuenta por ciento. Este dato fue posteriormente ratificado por los técnicos designados por el Departamento de Sanidad para integrarse en el equipo de redacción del mencionado Plan.

- Las cifras que, a título orientativo, se ofrecen sobre la utilización de los servicios sanitarios dentro de este mismo capítulo, que indican que las personas mayores vienen a consumir algo más de la mitad de las estancias hospitalarias, cuando menos la cuarta parte de los servicios extrahospitalarios y, también cuando menos, la tercera parte de los productos farmacéuticos.

Considerando conjuntamente estas informaciones y ponderando el peso económico de las diferentes redes y prestaciones sanitarias, nos inclinamos por situar el gasto sanitario de las personas mayores en torno al cuarenta y cinco por ciento del total, proporción que no pensamos que aleje demasiado los resultados de la realidad. Estaríamos hablando, en definitiva, de un gasto total en sanidad, en 1997, específico para este grupo de edad de 21.879 millones de pesetas, de los cuales 15.931 estarían financiados por las administraciones públicas vascas.

Para homogeneizar los datos económicos de este informe, referidos muchos de ellos al ejercicio noventa y nueve, la fórmula que ha parecido procedente ha sido la de incrementar esas cifras en la misma proporción en que ha aumentado, en el conjunto de la Comunidad Autónoma, la suma de los gastos totales hospitalarios y de los gastos públicos extrahospitalarios, un 11,25 por 100. Llegaríamos de esta forma a los siguientes resultados finales de carácter bastante aproximado:

- Gasto total de la atención sanitaria prestada a las personas mayores, 24.614 millones de pesetas, el 2,6 por 100 del P.I.B.

- Gasto público de la atención sanitaria prestada a las personas mayores, 17.922 millones, cifra que sería importante tener en consideración en las negociaciones sectoriales tendentes a la consolidación del espacio sociosanitario.

- Gasto público, por el mismo concepto, por persona mayor residente en Álava, 413.903 pesetas.

2.2.2.3. El espacio sociosanitario

El tema del espacio sociosanitario empieza a ser objeto de atención y debate en esta Comunidad en la década de los ochenta, como consecuencia natural del fuerte desarrollo experimentado por los servicios sociales y su acelerado proceso de consolidación como último sistema de protección que se plantea un doble objetivo:

- Abordar de forma sistemática una contingencia hasta entonces no protegida más que puntualmente, la exclusión social entendida en sentido amplio, estrechamente relacionada con la salud y la enfermedad.

- Cerrar y completar el sistema global de protección social, mediante la atención a otras contingencias, propias de otros sistemas, entre ellos el sanitario, pero cubiertas de forma insatisfactoria o no cubiertas por ellos.

En una primera etapa, y a nivel teórico, la necesidad de clarificar un espacio definido por la confluencia de problemáticas sanitarias y sociales, se centra en torno a los recursos; se trata básicamente de introducir algunos elementos de contacto y coordinación entre dos sistemas, que hasta entonces venían funcionando de forma independiente, con el fin de delimitar mejor las competencias de cada uno de ellos, evitar duplicidades, detectar y rellenar lagunas de atención en las zonas de confluencia e ir progresivamente reorientando algunos servicios y prestaciones, de acuerdo con su naturaleza, hacia el sistema más afín.

En una segunda etapa, en el momento actual, las discusiones sobre el espacio sociosanitario –sin dejar al margen el problema de los recursos, que debe ser continuamente reconsiderado por la dinamicidad

de los dos sistemas- giran en torno a dos principios relacionados con la calidad de la atención, lo que supone un importante avance:

- La persona es el eje central de los cuidados y es preciso ofrecerle un tratamiento integral, acorde con el conjunto de sus necesidades sociosanitarias.

- La convergencia de servicios y la complementariedad de las intervenciones son imprescindibles para garantizar su calidad y eficacia al permitir ofrecer una respuesta acorde a la diversidad de las necesidades, asegurar la continuidad de los cuidados, optimizar los recursos y, en última instancia, lograr una mayor satisfacción de los usuarios.

El proceso de aproximación entre el sistema sanitario alavés y su sistema de servicios sociales sigue, con el lógico desfase temporal, las pautas marcadas en el debate teórico, pudiendo situarse el punto de inflexión entre la primera etapa –distribución de recursos- y la segunda –calidad de la atención- en 1998, año en el que se suscribe el acuerdo marco para colaborar en la cobertura de las necesidades sociosanitarias en el Territorio.

Con anterioridad a esa fecha, las negociaciones mantenidas entre los dos sistemas, plasmadas en convenios de colaboración, se habían centrado en las siguientes cuestiones:

- Delimitación de las responsabilidades financieras de la atención a enfermos psicogeriátricos y personas con deficiencia mental, 1987.

- Puesta en marcha de un programa para garantizar prótesis auditivas a menores en edad de escolarización obligatoria, 1990.

- Financiación por parte de sanidad de servicios de fisioterapia prestados por los servicios sociales, 1990.

- Promoción conjunta de un trabajo de elaboración de un plan de atención a personas enfermas de SIDA, 1991.

- Intercambio de personas atendidas por uno y otro sistema y mejora de la fluidez de acceso a plazas residenciales, 1993.

- Utilización estacional de plazas hospitalarias a cambio de servicios prestados por centros especiales de empleo dependientes de servicios sociales, 1995.

También antes de la firma del acuerdo marco citado se había procedido, en 1996, a la puesta en marcha de una experiencia conjunta –no reflejada en ningún convenio- consistente en el diseño de un protocolo de coordinación atención primaria/servicios sociales para la derivación y atención a ancianos, y su pilotaje en la zona sanitaria de Olaguibel. A pesar de que en el momento actual esta experiencia ha quedado casi relegada al olvido, resultaría necesario proceder a su evaluación; la falta de información de los trabajadores sociales en relación a las necesidades de los ciudadanos de su zona y el bajo nivel de conocimiento que tienen éstos sobre los servicios sociales, constituyen dos impedimentos graves para el desarrollo de este sistema de protección, y la implantación de un protocolo de estas características permitiría paliar ambos problemas, aparte de resultar un elemento imprescindible para facilitar el tránsito a una etapa de colaboración más estrecha entre los dos sistemas.

El acuerdo marco del noventa y ocho abre las puertas, como ya se ha señalado, a un viraje sustancial en la relación mantenida hasta ese momento entre los servicios sociales y los sanitarios; en él se afirma textualmente que "la actuación coordinada entre las Instituciones resulta imprescindible para la solución eficaz de los problemas. La existencia de un colectivo de personas que padeciendo enfermedades tributarias del sistema sanitario, se encuentran simultáneamente en situación de desprotección, obligan a establecer mecanismos de coordinación y colaboración que permitan una mayor efectividad de ambos sistemas, sanitario y social, y siempre en beneficio de los ciudadanos más necesitados".

El acuerdo, que tiene carácter básico y general, debe concretarse mediante convenios específicos, habiéndose suscrito hasta el momento los siguientes:

- Mejora de los servicios de rehabilitación y fisioterapia en la Rioja Alavesa, 1999.
- Utilización de plazas del hospital psiquiátrico, 1999, prorrogado en el 2001
- Realización de acciones formativas ocupacionales con grupos de personas con enfermedad mental, 1999.
- Realización de necropsias clínicas, 1999.

A tenor de la naturaleza de estos convenios parece claro que, a pesar de la declaración de principios del acuerdo marco, las relaciones entre ambos sistemas siguen todavía presididas por el problema de la administración de recursos, opinión que se confirma cuando se analizan las actas de las cinco reu-

niones de la Comisión Territorial de Coordinación Sociosanitaria, creada precisamente por el acuerdo marco citado.

En definitiva, y a modo de síntesis, puede decirse que aunque se ha superado ya de forma consistente la fase inicial de total desconexión entre los dos sistemas y existe un grado de coordinación funcional –mejorable, pero muy importante en sí mismo- la situación sigue caracterizada por la separación organizativa de los servicios sanitarios y sociales.

En octubre del 2001 se concluyó el Plan Sociosanitario de la CAPV, basado en el principio de atención integral a los ciudadanos, que, a pesar de no haber sido aprobado por el Gobierno, ofrece algunas valoraciones cualitativas de indudable interés. Centraremos nuestra atención en las de carácter más sanitario, ya que todo lo concerniente a los servicios sociales es objeto de atención más detallada en un capítulo específico.

El Plan identifica siete colectivos diana particularmente afectados por la configuración del espacio sociosanitario; uno de ellos es el integrado por las personas mayores en situación y/o riesgo de dependencia, y otros tres están directamente relacionados con éste: enfermos crónicos, enfermos terminales y personas en situación de riesgo de recibir malos tratos.

El informe base del Plan detecta los siguientes desajustes sanitarios en la atención a estos colectivos:

- Personas mayores dependientes:
  - · Desconocimiento de la situación del colectivo de riesgo, el anciano frágil.
  - · Falta de valoración temprana del riesgo de la dependencia.
  - · Desarrollo tardío de los programas de atención.
  - · Necesidad de mejorar las relaciones entre el sistema sanitario, el de servicios sociales y las familias.
  - · Oferta no unificada de recursos.
  - · Subvenciones a entidades privadas sin fin de lucro escasas y poco vinculadas a la planificación.

- Personas con enfermedades crónicas no mentales:
  - · Modelo sanitario excesivamente centrado en la curación, sin consideración de los problemas sociales o de pérdida de autonomía.
  - · Oferta insuficiente de recursos sanitarios alternativos a la hospitalización.
  - · Falta de equipos multidisciplinarios de evaluación y gestión de altas hospitalarias.

· Mala coordinación entre el sistema de salud y los servicios sociales, los servicios intra y extrahospitalarios y los servicios públicos y los privados.

- Personas con enfermedades crónicas mentales:
  · Ausencia de sistemas de registro y de mecanismos de seguimiento y evaluación.
  · Desconocimiento del número de pacientes de larga estancia en hospitales psiquiátricos sin alternativas claras de desinstitucionalización.
  · Falta de recursos de cuidados intermedios para la rehabilitación psicosocial.
  · Déficit de plazas en centros y hospitales de día.
  · Escaso apoyo institucional a las asociaciones que ofrecen recursos intermedios y programas.
  · Mala coordinación entre la atención primaria sanitaria y salud mental.

- Personas con enfermedades terminales:
  · Indefinición del colectivo desde una perspectiva sociosanitaria y desconocimiento de la dimensión real del problema.
  · Respuestas muy desiguales, poco planificadas y controladas, que crean problemas sanitarios, sociales y familiares.
  · Carencia en muchos hospitales de unidades de cuidados paliativos y déficit de este tipo de plazas.
  · Número limitado de equipos sanitarios de apoyo e inexistencia de recursos específicos a nivel social.
  · Falta de personal adecuadamente preparado.

- Personas en situación de riesgo de malos tratos y abusos:
  · Insuficiente eficacia de los mecanismos de detección de casos.
  · Necesidad de mejorar los instrumentos y el proceso de valoración y toma de decisiones.
  · Exclusión de las prácticas profesionales de este tipo de valoraciones.
  · Bajo nivel de formación de los profesionales.
  · Desarrollo tardío de las intervenciones familiares.
  · Respuestas más relacionadas con los recursos que con las necesidades.
  · Escasa diversificación y bajo nivel de complementariedad de los servicios.
  · Necesidad de identificar y sistematizar los mecanismos de seguimiento y evaluación de la atención prestada.

Este es a grandes rasgos, con el sesgo introducido de subrayar los aspectos sanitarios, el diagnóstico de situación elaborado por los responsables de la redacción de un plan que, como se ha indicado, no ha obtenido el visto bueno del Gobierno.

Puede concluirse señalando que el proceso de clarificación del espacio sociosanitario es muy importante –se calcula que puede afectar al bienestar del cuatro por ciento de los ciudadanos, la mayor parte de ellos de edad avanzada- pero es también complejo y muy difícil, debiendo hacer frente a problemas de envergadura, tales como:

- El bajo nivel reivindicativo de la población en relación al mundo de los servicios sociales.
- El bajo nivel de desarrollo del movimiento asociativo.
- La escasa conciencia de su necesidad entre el estamento político.
- La querencia de los profesionales a no modificar sustancialmente sus formas de trabajo, y su inadecuada formación.
- La inexistencia de un abanico diversificado de programas y servicios y el carácter deficitario con que se ofrecen algunos de ellos.
- El desigual grado de desarrollo y consolidación de los sistemas.
- La falta de coordinación interna dentro de los propios sistemas.
- La independencia jurídica, administrativa y financiera de cada uno de ellos.
- La diferente participación de los usuarios en la financiación de los servicios.
- La naturaleza distinta de las prestaciones, graciables y de derecho.
- Los distintos ámbitos territoriales de actuación de los servicios.

2.2.3. El sistema fiscal: las deducciones en el impuesto sobre la renta de las personas físicas relacionadas con la atención a las personas mayores

La Norma Foral 35/1998, de 16 de Diciembre, que regula el I.R.P.F. en este Territorio ofrece un tratamiento diferencial a las personas que tienen a su cargo ascendientes, o personas con minusvalía, pudiendo en este último caso beneficiarse de forma alternativa el propio sujeto diagnosticado como tal.

El artículo 73, que trata de la deducción en la cuota líquida por ascendientes, establece una deducción de 31.000 pesetas cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Que exista una convivencia continuada y permanente del beneficiario con sus ascendientes.

- Que los ingresos de este último sean inferiores al salario mínimo interprofesional.

- Que el ascendiente no presente declaración de la renta.

En relación a las deducciones en la cuota líquida por discapacidad, el artículo 74 de esa norma establece que:

- Por cada contribuyente y, en su caso, por cada descendiente o por cada ascendiente, cualquiera que sea su edad, que dependa del mismo –siempre que estos últimos no tengan rentas anuales superiores al S.M.I. y sean invidentes, mutilados o inválidos físicos o psíquicos, congénitos o sobrevenidos en el grado que reglamentariamente se establezca, además de las deducciones contempladas en el artículo 73, se practicará una deducción de 62.000 pesetas.

- Por cada persona de edad igual o superior a sesenta y cinco años que conviva con el contribuyente y que acredite necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida en el grado que se establezca reglamentariamente, se practicará una deducción de 75.000 pesetas, incompatible con las dos citadas anteriormente.

En lo que respecta al nivel de discapacidad exigible, el Reglamento del I.R.P.F., aprobado por Decreto Foral 111/2001, señala que éste debe alcanzar el 75 por 100, mientras que la necesidad de ayuda de tercera persona debe superar los cuarenta puntos del baremo correspondiente.

Los resultados alcanzados no han estado en consonancia con el esfuerzo realizado en la redacción de estas disposiciones específicas, ya que en el transcurso de los dos últimos años tan sólo cinco declaraciones de renta se han beneficiado de ellas, sin que se sepa muy bien si el problema radica en la información, en la tramitación, o en el carácter muy restrictivo de los requerimientos, ya que el número de personas mayores que tienen reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 75 por 100 excede de mil cien.

2.2.4. El sistema de servicios sociales

2.2.4.1. La organización de los servicios sociales

La organización de los servicios sociales vascos está regulada por la Ley 5/1996, de 18 de Octubre, que preside su funcionamiento, y por el Decreto 155/2001, de 30 de Julio, de determinación de funciones

en esta materia, que concreta y desarrolla las competencias financieras y las tareas de las distintas administraciones públicas responsables, expuestas de forma excesivamente genérica en la citada Ley; es importante tener en cuenta que este Decreto ofrece un plazo, hasta finales del 2002, para efectuar los oportunos reajustes financieros, y reafirma explícitamente la posibilidad de que los organismos competentes puedan delegarse o encomendarse la prestación o gestión de sus servicios.

En el momento de elaborar este Plan, la Diputación Foral y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz se encuentran inmersos en ese proceso de negociación, y resultaría del mayor interés garantizar que los términos de los acuerdos a los que se llegue estén presididos, fundamentalmente, por la perspectiva de la mejora de la calidad de la atención a los ciudadanos y, en este caso particular, de la atención a las personas mayores residente en la capital, y no por la óptica de simplificar la gestión y aclarar la financiación de prestaciones concretas. Para entender en sus justos términos esta apreciación, hay que tener en cuenta que:

- En el municipio de Vitoria-Gasteiz confluye la intervención del Ayuntamiento vasco que en mayor medida, y con gran diferencia, se ha ocupado y preocupado tradicionalmente de la atención a las personas mayores, y de la Diputación vasca que mayor sensibilidad, con gran diferencia, ha mostrado hacia ese sector de población.

- Estas actitudes se han plasmado en la creación y puesta en marcha de dos redes potentísimas de atención social a las personas mayores.

- Para evitar las fricciones que puede plantear la coexistencia de estas dos redes, estas dos instituciones, en el transcurso de los últimos años:

  · Han formalizado convenios concretos para facilitar la utilización mutua de plazas en residencias y en centros de día.

  · Han establecido una distribución competencial, de carácter no formal, que atribuye al Ayuntamiento la atención a los ancianos válidos y, a la Diputación el cuidado de los mayores dependientes.

  · Han diseñado y puesto en marcha mecanismos de coordinación, valoración y derivación de casos entre una y otra red.

· Mantienen una comisión mixta de valoración, en la que participa también Osakidetza, que, en relación a determinadas demandas de plazas en residencias y centros de día, efectúa las valoraciones de los solicitantes, asignando la responsabilidad de la atención a uno u otro organismo.

- Todas estas medidas han contribuido indudablemente a mejorar la convivencia entre estas dos redes, pero el sistema adolece de algunos problemas, reconocidos por los técnicos de una y otra institución, que pueden resumirse en los siguientes puntos:

  · Ausencia de una política global y coherente de atención a los ancianos de la capital. Cada institución adopta sus propias decisiones en lo que respecta a sus recursos propios y sólo conecta con la otra en el ámbito de la atención directa en las zonas de confluencia; las medidas de promoción y prevención son prácticamente independientes.

  · Fragmentación de la atención. El salto de una red a otra, normalmente de la municipal a la foral, por el progresivo deterioro de las personas mayores, supone el cambio del profesional de referencia y la ruptura de la continuidad de los cuidados, y son además numerosas las ocasiones en que un ciudadano hace uso de los recursos de una y otra red.

  · Ampliación del período de gestión de solicitudes y remisión del solicitante de una a otra red, problemas provocados en parte por la utilización de escalas de valoración diferentes.

  · Diferencias en los precios de los servicios y en las cuotas que deben pagar los usuarios según se encuentren en una o en otra red, situación confusa desde la perspectiva de los ciudadanos, que puede inducir al uso de recursos inadecuados.

El Decreto 155/2001 no ayuda mucho a solucionar estos problemas ya que, en definitiva, confirma el proceso de fragmentación de los servicios y sectorización de la atención plasmado en la Ley 5/96, pero tiene la virtud, entre otras, de haber ofrecido un buen argumento a la Diputación y al Ayuntamiento para la apertura de un proceso de reflexión y negociación sobre la validez del modelo relacional vigente desde hace muchos años, en un contexto además muy flexible.

El Decreto, como no podía ser de otra forma, certifica la competencia municipal en materia de servicios sociales de base y concreta y desarrolla sus funciones, expuestas de forma muy sucinta en la Ley, ofreciendo una visión más clara de su papel en el contexto de la protección social. Desde la perspectiva de las personas mayores, merece la pena subrayar sus siguientes aportaciones:

- Ratifica su papel de único punto de acceso al sistema de servicios sociales.

- Les exige elaborar planes individuales de atención, siempre que se proceda a algún tipo de intervención que requiera seguimiento, contando con el consentimiento de los ciudadanos.

- En el ámbito de la promoción y la prevención, atribuye a estos centros el papel de apoyar el desarrollo integral comunitario, poner en marcha programas de sensibilización y mentalización social y fomentar el asociacionismo y los grupos de autoayuda.

- Les requiere para desempeñar un papel más activo en la información a los ciudadanos y en la coordinación y colaboración con el resto de los recursos, tanto informales como formales.

La situación en Vitoria-Gasteiz, sin embargo, se caracteriza por:

- la existencia de dos vías de acceso a los servicios sociales, la de Diputación, a través de su servicio social de base y de los trabajadores sociales de sus centros geriátricos, y la del Ayuntamiento,

- las diferencias prácticas existentes en lo que respecta a los planes individuales de atención, y

- la intervención de organismos distintos de los servicios sociales de base en los programas de promoción y prevención y en las tareas de coordinación, sin que exista un buen engarce entre esos organismos y los servicios básicos.

El Decreto no aclara con suficiente precisión las competencias en materia de atención domiciliaria, en la actualidad asumidas por las dos instituciones; por un lado, responsabiliza a las Diputaciones de la atención y los cuidados que precisan los mayores dependientes y, por otro, hace a los Ayuntamientos responsables de este servicio, incluyendo entre su población diana también a este sector de la población anciana. Sea cual sea la interpretación que se haga de ello, el SAD es uno de los programas que deberían desarrollarse a partir de planes individuales de atención continuados e integrales, es un instrumento fundamental de trabajo de los servicios sociales de base, y no debería alejarse de su órbita, si se quiere ser consecuente con el modelo de atención y no convertir esta prestación en un servicio aislado. En la misma situación de ambigüedad se encuentra el servicio de telealarma, incluido dentro del SAD y que en la actualidad se encuentra promovido por las dos instituciones; las disposiciones legales no aclaran a quién corresponde la responsabilidad del servicio cuando se trata de personas mayores

faltas de autonomía. Otro tanto podría suceder con la tercera prestación del SAD, las fórmulas alternativas de convivencia pero, por el momento, este programa no se encuentra implantado en Álava.

En relación a las restantes competencias que corresponderían al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz –acogimientos familiares, viviendas y pisos tutelados y centros de convivencia- la situación actual no entra en contradicción con las disposiciones legales: el acogimiento familiar es un programa que no funciona en este Territorio, y los otros dos recursos son responsabilidad, dentro de la capital, de su Ayuntamiento.

Desde la otra perspectiva, la de las competencias asignadas a las Diputaciones, también se observan solapamientos en la capital originados por el protagonismo y la autonomía de su Ayuntamiento en materia de protección a las personas mayores. El Decreto 155/2001 responsabiliza a las instituciones forales además de lo expuesto hasta el momento con carácter general –el cuidado y la atención de los ancianos dependientes- de las siguientes tareas y funciones:

- Valoración de la dependencia, función que en estos momentos está siendo llevada a cabo por los servicios sociales de base municipales y forales y por una comisión mixta en la que intervienen ambas entidades con el apoyo de Osakidetza.

- Programas de ocio y tiempo libre para personas mayores dependientes, no desarrollados todavía en este Territorio.

- Centros de día y estancias diurnas, organizados dentro de la capital también en dos redes, la municipal y la foral.

- Estancias temporales, ofrecidas tanto por el Ayuntamiento como por la Diputación.

- Residencias para personas mayores dependientes. El Ayuntamiento dispone de cuatro residencias, inicialmente diseñadas para ancianos válidos, que, con el paso del tiempo, han ido experimentando un cambio en la tipología de los usuarios derivado del proceso de deterioro de los propios residentes; una parte de estas plazas se encuentra conveniada con Diputación, pero el resto no están exclusivamente destinadas a ancianos válidos, esperándose además que el proceso de cambio se acelere en breve plazo de tiempo.

Lo contrario de lo que ocurre en la capital sucede en la inmensa mayoría de los restantes municipios alaveses; la escasa dimensión demográfica de los mismos, sumada a su baja tradición en el ámbito de los servicios sociales, movió a la Diputación Foral a promover en ellos una serie de prestaciones, programas y servicios, muchos de los cuales son legalmente competencia de los Ayuntamientos, produciéndose una cierta confusión de atribuciones que tiene las siguientes consecuencias:

- Buena parte de estos Ayuntamientos desarrollan sus actividades partiendo del convencimiento de que los servicios sociales de base y sus programas son competencia de la Diputación, que es el principal organismo financiador.

- Los servicios sociales de base de la zona rural no se encuentran bien entroncados con los restantes recursos de la zona, produciéndose un cierto desaprovechamiento del conjunto de ellos.

- Estos servicios básicos no han llegado a asumir consecuentemente el papel que están llamados a desempeñar de promotores y gestores del desarrollo comunitario.

El problema en este caso es, sin duda, más difícil de resolver que en el de Vitoria-Gasteiz, debido entre otras razones a la multiplicidad de interlocutores con los que hay que llegar a acuerdos y al importante peso de las inercias. Es evidente que el papel desempeñado por Diputación de garantizar servicios sociales en todo el Territorio ha sido determinante y muy positivo desde la perspectiva principal, la de los ciudadanos, pero es evidente también que los recursos comunitarios estarían más y mejor aprovechados con una implicación más activa de las entidades locales, proceso complicado al que habría que seguir dedicando particular atención.

2.2.4.2. Los órganos de participación: el Consejo Territorial de Personas Mayores

Uno de los principios sobre los que se asienta el modelo de servicios sociales vigente en esta Comunidad es el de la participación. Emana directamente de los requerimientos democráticos que regulan nuestra vida relacional y, además, adquiere particular relevancia en el caso de este sistema de protección, ya que constituye un ingrediente indispensable para mejorar su calidad, su eficacia y su eficiencia; sin la saludable comunicación y tensión entre una población bien informada, conocedora de sus derechos, y los proveedores de los servicios, éstos, como ya se ha indicado, corren el riesgo de no responder adecuadamente a las necesidades de las personas a las que deben atender y deslizarse hacia un ensimismamiento del que puede derivarse un mal aprovechamiento o un desaprovechamiento de recursos.

El sistema de servicios sociales, sin embargo, no funciona todavía con el nivel de participación deseable, a pesar de las numerosas disposiciones que aluden a este principio, y, desde esta perspectiva, su plena democratización debe incluirse entre los principales objetivos a alcanzar a medio y a largo plazo. Se trata de un problema delicado y complejo que afecta de forma más intensa a los ciudadanos de más edad que, a lo largo de la mayor parte de su trayectoria vital han identificado estos servicios con la beneficencia y el fracaso personal, asisten en la actualidad a un profundo proceso de modernización todavía inconcluso y se enfrentan, en definitiva, a un sistema con un bajo nivel de normalización, al menos si se le compara con otros, tales como la educación, la sanidad o las pensiones; los ciudadanos, particularmente los más mayores y los que se encuentran en peor situación social, no conocen con total claridad su posición en relación a estos servicios, lo que pueden esperar de los mismos y lo que les pueden exigir, y ello está en la base de su escasa participación.

Tanto la primera como la segunda ley de servicios sociales que han dado forma y presidido el funcionamiento de nuestros servicios sociales, han propugnado la creación de consejos de bienestar social como órganos de participación a nivel comunitario, territorial y local, pero los resultados de estas disposiciones no pueden considerarse satisfactorias, opinión en la que coinciden todos los expertos del sector, incluidos los que han participado en esos consejos. Se han llegado a constituir el consejo vasco de bienestar social, los consejos territoriales y algunos, muy pocos, consejos locales, pero en estos organismos la intervención ciudadana no ha pasado de tener un carácter meramente formal; el peso de las instituciones públicas dentro de estos órganos de participación y la dependencia de las instituciones privadas respecto a las públicas han inclinado demasiado el fiel de una balanza cuyo objetivo era mantener la tensión en torno a una posición de equilibrio. Como consecuencia de ello estos consejos han ido diluyéndose progresivamente hasta prácticamente desaparecer; en el caso concreto de Álava:

- El Consejo Territorial de Bienestar social llevaba dos años sin reunirse antes de que se aprobara el decreto de enero del noventa y nueve que remodelaba su composición.

- Con posterioridad a la aprobación de dicha norma, el Consejo no ha vuelto todavía a reunirse, y entramos en la primavera del dos mil dos.

Al margen de esos consejos de bienestar social, y siguiendo las directrices de diversos organismos internacionales, las Juntas de Álava aprueban en 1998 el decreto de creación del Consejo de Personas Mayores de este Territorio, que no contiene referencia alguna a los de bienestar social, lo que resulta sumamente indicativo. El estudio del funcionamiento de ese Consejo tiene particular relevancia en el contexto de este Plan y merece la pena por ello dedicarle especial atención.

El Consejo se define como un órgano colegiado, de carácter consultivo, adscrito al Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral, y está integrado por:

- El titular y el director de dicho Departamento, que desempeñan el cargo de presidente y vicepresidente.

- Ocho personas, representantes del colectivo de tercera edad, designadas por las Cuadrillas; el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz dispone de dos vocalías.

- Un representante nombrado por cada una de las asociaciones registradas, tres en la actualidad, de AFADES, Cuatro Torres y APREJUAL.

- Dos personas designadas por EUDEL.

- Dos técnicos del departamento de Bienestar Social, con funciones exclusivas de asesoramiento al Consejo.

En la práctica, los representantes presentados por las Cuadrillas suelen ser personas elegidas por las asociaciones de mayores que trabajan en la zona y pertenecientes a ellas, por lo que, dentro del Consejo estas entidades tienen un peso claramente mayoritario. Esta situación es congruente con la finalidad principal de este órgano que es la de institucionalizar las relaciones de la administración con el movimiento asociativo.

Para conseguir este objetivo se asigna al Consejo una serie de funciones que pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- Conocer las convocatorias anuales de subvenciones y ayudas, e informar sobre ellas.

- Conocer los proyectos legales que conciernen a las personas mayores y asesorarles.

- "Informar, asesorar y evaluar sobre el desarrollo y elaboración del Plan Gerontológico".

- Promover medidas de acción positiva en relación a las personas mayores y elaborar propuestas de actuación para las administraciones públicas.

- Informar y asesorar a las instituciones públicas en materia de tercera edad.

De la lectura de estas funciones se deduce que el Consejo está dotado de unas atribuciones muy amplias que le permitirían desempeñar un importante papel en el diseño de las políticas de atención a la tercera edad, aunque formalmente sólo puede hacerlo a título consultivo. En la práctica, sin embargo, el protagonismo del Consejo ha sido, hasta el momento, inferior a lo esperado.

De entrada, a pesar de que la periodicidad de las reuniones es, cuando menos, trimestral, sólo ha sido convocado cinco veces hasta ahora, dos en 1998 y una en cada uno de los tres años siguientes. No está de más señalar que su convocatoria corresponde al presidente a iniciativa propia o a solicitud de un tercio del Consejo, circunstancia esta última que nunca se ha producido, debido, entre otras posibles razones, a la dispersión de sus componentes.

Del estudio de las actas de las reuniones celebradas pueden extraerse algunas consideraciones de interés:

- En tres de las cinco reuniones, el Departamento de Bienestar Social de la Diputación presentó al Consejo sus presupuestos anuales; estas presentaciones, en apariencia, parecen tener un carácter bastante formal ya que, al menos en las actas, no se recoge propuesta alguna de modificación.

- En todas las reuniones el Departamento de Bienestar Social da cuenta al Consejo de sus actuaciones en materia de tercera edad –firma de un acuerdo sociosanitario, reglamento de funcionamiento del propio Consejo, situación de los programas y servicios del IFBS relacionados con las personas mayores, medidas concretas adoptadas, actividades a realizar durante el año internacional de las personas mayores…- pero, al igual que sucede con los presupuestos, la mayor parte de las veces se trata de presentar hechos o decisiones ya adoptadas, y las actas tampoco reflejan aportaciones significativas de los miembros del Consejo.

- Sólo en una ocasión, a lo largo de estos cuatro años, se decide la creación de una comisión de trabajo cuya finalidad se circunscribe a poner en marcha distintas actividades a realizar durante el mencionado año internacional; en este caso se aportan ideas originales aunque luego, en la práctica, los proyectos son asumidos por el Instituto Foral.

- El Plan Gerontológico de Álava aparece también mencionado en tres reuniones. La elaboración de ese Plan se fue dilatando en el tiempo por diferentes razones y ello impidió que pudiera ser objeto de

estudio y evaluación, pero parece claro que los integrantes del Consejo muestran un particular interés en este tema, explícitamente recogido entre sus funciones.

Habría que señalar, para concluir con la descripción de su funcionamiento, que el Consejo no dispone de presupuesto ni de partida presupuestaria propios, a pesar de que su reglamento así lo determina, y que los únicos gastos que ha ocasionado se limitan a las dietas pagadas a los asistentes –suelen ir a parar a sus asociaciones- que no han llegado a representar en ningún caso más allá de las cien mil pesetas anuales.

A la vista de lo expuesto hasta el momento, cabe realizar una serie de reflexiones que pueden resultar de interés en relación al Plan Gerontológico:

- Los vocales de las asociaciones representadas en el Consejo tienen como interlocutor directo al Departamento de Bienestar Social de la Diputación al que este órgano está adscrito; institucionalmente no existe una representación del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, y esta entidad tendría mucho que decir en relación a las políticas de atención a los mayores alaveses.

- El Consejo, tal y como está organizado, se encuentra excesivamente mediatizado por ese departamento foral, directamente, a causa de su falta de autonomía financiera y técnica, e, indirectamente, a través de la dependencia económica de las asociaciones que lo integran.

- La cultura participativa de las personas mayores es baja, al menos tanto como la del resto de la población, y hasta hace relativamente poco tiempo sus movimientos asociativos se han alimentado de ancianos válidos y han tenido como objetivo la creación de espacios de ocio y tiempo libre propios, que en la actualidad están siendo cuestionados por su carácter segregador.

- La aparición de asociaciones que reivindican la atención a personas mayores fuertemente discapacitadas es relativamente reciente y, por el momento, se circunscribe a las casuísticas más problemáticas, las relacionadas con las demencias, aunque no resulta arriesgado pronosticar que en un futuro no muy lejano este tipo de asociaciones, vinculadas a diagnósticos concretos, puede empezar a proliferar.

- El Consejo puede ser considerado por el momento, con todas las limitaciones expuestas, como el órgano más capaz de garantizar la democratización del Plan Gerontológico, no sólo a través del es-

tudio, valoración y aportación de ideas al documento de trabajo, sino también adoptando un papel protagonista en el seguimiento de su implantación y en su evaluación.

En definitiva, el trayecto que hay que recorrer para conseguir una democratización efectiva de los servicios sociales es largo y difícil: la cultura participativa no surge de la noche a la mañana, no existen expectativas de creación de un movimiento cívico capaz de defender de forma equilibrada y coherente la diversidad de necesidades e intereses de las personas mayores como colectivo, el sistema necesita mayores dosis de claridad y un grado de normalización más alto, y los responsables técnicos y políticos deben ser aún más conscientes de la necesidad de participación y estar dotados de la constancia precisa y las ideas adecuadas para abordar correctamente este proceso.

2.2.4.3. Los servicios sociales de base

Introducción

Todos los principios que perfilan el modelo de servicios sociales del País Vasco hacen recaer sobre los servicios sociales de base la responsabilidad primera y principal en la promoción, prevención y atención a los problemas de integración social, la contingencia más propia de este sistema de protección. La vocación esencialmente comunitaria de nuestros servicios sociales se plasma en la exigencia de que los problemas se resuelvan en el marco natural en que se producen, promoviendo y haciendo uso de todos los recursos formales e informales existentes en el mismo: este requerimiento se extiende, y debe ser enfatizado particularmente, a los servicios especializados, los dirigidos a sectores concretos de población, excesivamente aislados socialmente como consecuencia de su proceso histórico de implantación.

El trabajador social, la figura clave de los servicios sociales de base, es el profesional de referencia para cualquier persona con problemas de esta naturaleza –de la misma forma que el médico generalista lo es en relación a las contingencias que afectan a la salud- y sus funciones no acaban cuando esa persona pasa a recibir atención por parte de un servicio especializado; en ese caso, más que en cualquier otro, debe asumir el papel de garante de que la persona atendida no quede paradójica y dolorosamente aislada por el propio sistema de protección.

Resulta llamativo por todo ello que muchos planes gerontológicos, cuyo propósito no es otro que el de diseñar una política integral de atención social a las personas mayores, pasen por alto el tema de los servicios sociales de base, dejen al margen el importante problema de la excesiva fragmentación verti-

cal del sistema en su conjunto, y centren su atención de forma casi exclusiva en los servicios sociales especializados, aunque sean muchas, y de peso, las razones que explican este importante sesgo: la gravedad de los problemas atendidos a nivel especializado, los déficits de este tipo de servicios, la trascendencia económica de los mismos, el carácter generalista de los servicios sociales de base, los diferentes niveles competenciales…

No parece necesario en el caso de Álava seguir la pauta de esos planes. Tanto el Ayuntamiento de la capital como la Diputación Foral tienen competencias en servicios básicos y en servicios especializados, existe información suficiente para efectuar una valoración y realizar propuestas con respecto a estos servicios y, como se ha indicado antes, resulta más coherente abordar de forma integral la organización de este sistema de protección.

Son dos las fuentes de información utilizadas para abordar el estudio: las memorias correspondientes al año 2000 del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y de la Diputación Foral, y el trabajo "La situación de los servicios sociales en la C.A.P.V." presentado por el Ararteko al Parlamento Vasco, a título de informe extraordinario, en 1999.

En este estudio, que ofrece datos a nivel territorial, se recogen las opiniones de la totalidad de los trabajadores de los servicios sociales de Álava, circunstancia que le añade un incuestionable valor. Hay que tener en cuenta, a la hora de interpretar adecuadamente los datos, que la unidad de análisis de ese informe es el centro de servicios sociales de base, lo que implica, en el caso particular de este Territorio, que un trabajador social de su zona rural ha cumplimentado tantos cuestionarios como oficinas de atención al público gestiona, una media de 4,2 centros, y cuestionarios, por trabajador.

Diagnóstico general de la situación: la ambigüedad de objetivos y funciones de los servicios

Los servicios sociales de base de esta Comunidad, según el diagnóstico realizado en el informe del Ararteko, están atravesando en la actualidad una etapa de crisis de crecimiento, un período de profundas transformaciones, como resultado de las tensiones existentes entre las funciones que las Leyes 5/96 y 12/98 determinan que deben asumir y las que efectivamente realizan. Es importante tener en cuenta para entender el alcance de este diagnostico que:

- La ley 6/82, que durante catorce años presidió el funcionamiento de este sistema de protección, no hacía tan siquiera mención expresa de estos servicios, aunque sentó las bases para su creación mediante la determinación de una serie de áreas preferentes de atención –muchas de ellas propias de

los servicios sociales de base-, preconizó la introducción de criterios de máxima descentralización, y responsabilizó a las entidades locales de la organización y gestión de los servicios sociales existentes dentro de su ámbito geográfico competencial.

- Sólo los Ayuntamientos con un tamaño grande de población disponían, a comienzos de los años ochenta, de algunos recursos del ámbito de los servicios sociales, fundamentalmente destinados a la atención a la tercera edad. Lo que en la actualidad se entiende por servicios sociales de base es el resultado de las herencias recibidas y de la promoción, por parte de las Diputaciones, y posteriormente del Gobierno, de una serie de programas y prestaciones –S.A.D., I.M.I. y A.E.S., principalmente- que necesariamente debían desarrollarse a nivel local y para cuya gestión estas entidades supramunicipales financiaron a los Ayuntamientos la contratación de la mayor parte de los profesionales que actualmente integran estos servicios.

- La Ley 5/96 responsabiliza a los Ayuntamientos de la creación, organización, gestión y reglamentación de los servicios sociales de base y dedica dos artículos a su definición y a la delimitación de sus funciones; en el primero de ellos les atribuye como objetivo central el desarrollo de la acción comunitaria y, en el segundo, les asigna una serie de tareas, la mayor parte de las cuales están planteadas en unos términos tan genéricos que pueden ser perfectamente objeto tanto de interpretaciones restrictivas como ambiciosas. La Ley 12/98 otorga a los Ayuntamientos el papel protagonista en la lucha contra la exclusión, concretando más algunas de las funciones establecidas en la Ley 5/96, pero sin ahondar en los objetivos. Hay que esperar hasta mediados del año 2001, Decreto 155 de 30 de Julio, para encontrar una concreción mayor de las funciones asignadas a estos servicios.

- El carácter sumamente ambiguo de los fines y de las actuaciones, unido a las competencias de que disponen los municipios, han dado lugar a unos servicios de cobertura universal en relación a unas prestaciones básicas, pero muy desigualmente desarrollados y estructurados. Esta misma ambigüedad ha imposibilitado la determinación de sus cargas de trabajo y el adecuado dimensionamiento de los servicios, abriendo las puertas a la posibilidad de agregarles nuevas responsabilidades sin un refuerzo paralelo de los recursos, como ha ocurrido en los últimos años con los convenios de inserción o la delegación de nuevas tareas en relación a la gestión de nuevos recursos.

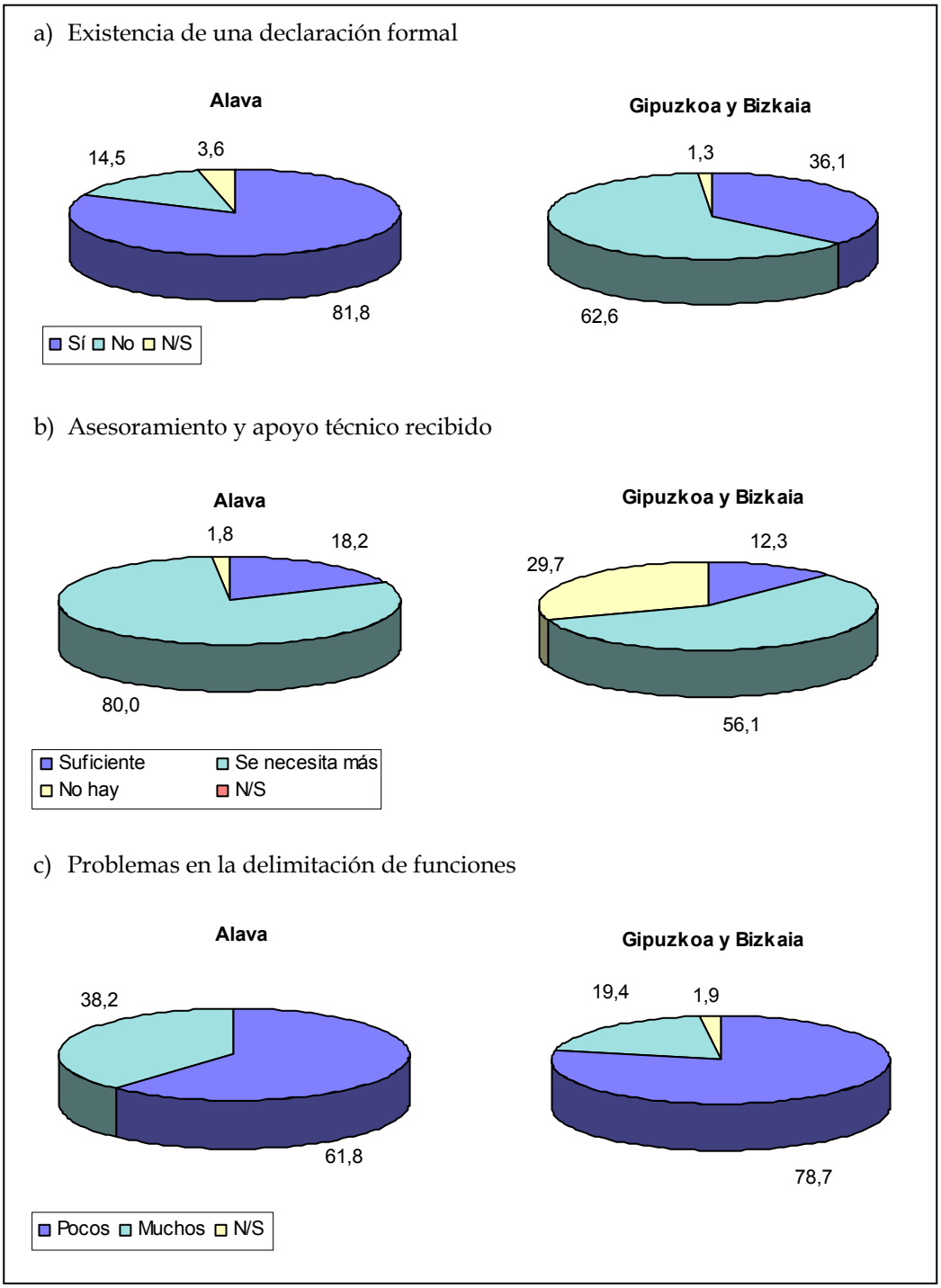
- Los equipos humanos de que disponen los Ayuntamientos en la actualidad para la mejora de las condiciones de vida de sus ciudadanos han alcanzado unas dimensiones muy importantes, reflejan un gran esfuerzo social, pero están pendientes de una profunda reordenación tendente a la clarificación de sus objetivos y funciones y a la mejora sustancial de sus niveles de eficacia y eficiencia.

La situación de los servicios sociales de base alaveses es algo menos confusa y heterogénea que la que se observa en los otros dos Territorios debido, en buena medida, al mayor grado de intervención de su Diputación Foral en la promoción y desarrollo de estos servicios y en la delimitación más temprana de sus funciones, a finales de los años ochenta, a raíz de la firma con los Ayuntamientos de los convenios para la implantación de estos servicios.

La investigación realizada por el Ararteko en relación al tema de los objetivos y las funciones ofrece resultados aparentemente contradictorios. Por un lado, los servicios alaveses son los que disponen en mayor proporción de una declaración formal de objetivos[1] y funciones, y, sus responsables, los que cuentan con mayor asesoramiento y apoyo técnico en estas materias; por el otro, los trabajadores de los centros alaveses son los que mayores problemas advierten como consecuencia de la ambigüedad de las tareas asignadas: más de la tercera parte, el 38,2 por 100, declaran tener muchos problemas, frente al 19,4 por 100 que se obtiene en el conjunto de los otros dos Territorios. Profundizando en el análisis de estas diferencias pudo constatarse que la explicación radicaba en la distinta interpretación dada a la pregunta por parte de unos y otros trabajadores sociales: los alaveses tienden a referirse a las funciones propias del servicio, considerado globalmente, mientras que los de los otros Territorios valoran más bien las funciones profesionales concretas que están realizando y, desde esa perspectiva más restringida, perciben menos problemas.

[1] Existe una confusión conceptual con el término "objetivos". Las memorias con las que trabajan los servicios sociales de base de la zona rural, por ejemplo, incluyen objetivos genéricos no evaluables y tienden a confundir con frecuencia el proceso, lo que se va a hacer, con el objetivo, lo que se pretende conseguir con esos procesos.

GRÁFICO Nº 85: INDICADORES DEL GRADO DE CLARIDAD DE LOS OBJETIVOS Y LAS FUNCIONES



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko

La organización de los servicios sociales de base

El sistema de servicios sociales vascos se organiza en dos niveles de atención, el básico o generalista, cuyo núcleo está constituido por los servicios sociales de base, y el especializado, integrado por los servicios destinados a colectivos concretos de población. De acuerdo con este modelo los servicios sociales de base constituirían la red primaria pero, a diferencia de lo que ocurre en otros sistemas de protección que dependen totalmente de un solo organismo, estos servicios no están integrados en red debido a su dependencia municipal, a pesar de garantizar, como se ha indicado, una cobertura total de atención y ofrecer determinados programas y prestaciones con los mismos requerimientos de acceso.

Dentro del Territorio Histórico de Álava, que es el que dispone de los servicios con mayor grado de homogeneidad, cabe distinguir hasta cinco tipos distintos de servicios sociales de base, atendiendo a sus niveles de dependencia y a su configuración:

- Los centros dependientes de los Ayuntamientos de Vitoria-Gasteiz, Llodio y Amurrio, organizados de manera diferente en cada uno de ellos.

- Los centros de la zona rural alavesa que, en lo esencial, responden a un único modelo.

- El centro que el I.F.B.S. mantiene en la capital, que realiza alguna de las funciones propias de un servicio social de base, y las trabajadoras sociales de los centros especializados del Instituto que asumen también en parte estas funciones en relación a los familiares de los atendidos en los centros.

El Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz dispone de once servicios sociales de base, distribuidos en seis zonas de actuación, que se encuentran integrados en el Servicio de Acción Comunitaria, dentro del Departamento de Intervención Social que, a su vez, forma parte del Área de Gobierno de Asuntos Sociales, junto con otros dos Departamentos, el de Promoción Económica y Empleo y el de Salud y Consumo; orgánicamente estos servicios se encuentran bien situados en el contexto del campo del bienestar social municipal. El Ayuntamiento de Llodio, por su parte, dispone de un departamento de servicios sociales, del que depende su servicio social de base, mientras que en Amurrio el servicio social de base tiende a identificarse más con lo que sería el Departamento. La Diputación financia parcialmente el funcionamiento de estos servicios, pero el personal de los mismos no tiene una dependencia directa, ni técnica ni administrativa, del I.F.B.S.; se trata en este caso de servicios de dependencia fuertemente municipal.

La atención a la zona rural alavesa está cubierta por diez servicios sociales de base, cada uno de los cuales desarrolla sus actividades en varios centros distintos con objeto de facilitar el acceso a los ciudadanos. Sus profesionales, a pesar de figurar la mayor parte de las veces en las nóminas de las entidades locales, tienen una dependencia funcional, organizativa y técnica muy elevada del Instituto Foral, en concreto del Área de Polivalentes. Esta dependencia, no obstante, no garantiza una total homogeneidad de estos servicios, debido al mayor o menor nivel de protagonismo que han decidido asumir en este ámbito los Ayuntamientos y las Cuadrillas.

El centro que el Instituto Foral mantiene en la capital, por último, ofrece información a todos los alaveses y gestiona algunas prestaciones de carácter especializado.

El problema que se deriva de esta diversidad de situaciones –desde la perspectiva de las personas mayores o de cualquier otro colectivo- radica en que la atención recibida, fundamentalmente la de carácter comunitario que es la esencial, puede ser muy distinta según el municipio de residencia, fenómeno que no alcanza este relieve en ningún otro sistema de protección; esta es sin duda la cuestión más grave. Desde otra perspectiva, la de la organización y la planificación del sistema de atención, la falta de vertebración horizontal de los servicios de base –la existencia, en particular, de distintos sistemas de información- tiene también consecuencias negativas: impide conocer en términos homologables la situación de las personas mayores, las medidas concretas adoptadas para prevenir y mejorar los problemas y los resultados de esas actuaciones; en otros términos, dificultan gravemente el estudio y la reordenación del sistema considerado globalmente.

Los recursos humanos

Los profesionales que trabajan en los servicios: aspectos cuantitativos

La dificultad de determinar la plantilla de personal de estos servicios es un exponente claro de la situación de ambigüedad por la que atraviesan. Si se adoptase un punto de vista funcional, considerar que son trabajadores de estos servicios los que dentro de los municipios realizan las funciones legalmente asignadas a ellos, se obtendría un resultado diferente al que se alcanzaría desde una perspectiva administrativa, la de computar como tales exclusivamente a los trabajadores formalmente adscritos a lo que cada Ayuntamiento entiende que es su servicio social de base. Las diferencias se centrarían en el personal administrativo y, fundamentalmente, en una variada gama de profesionales que no son trabajadores sociales –educadores, animadores, técnicos de empleo, de igualdad, de prevención…- ya que los trabajadores sociales son más fácilmente identificables por constituir la figura profesional cla-

ve en estos servicios, mientras que los otros pueden estar administrativamente adscritos a departamentos municipales diferentes tales como juventud, empleo, mujer…

El informe del Ararteko, por razones estrictamente metodológicas, se inclina por la perspectiva administrativa, la misma que se utiliza en las memorias del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y de la Diputación, y, tomando en consideración ambas fuentes, se puede obtener el siguiente cuadro de resultados, en términos de trabajadores de atención directa al público, excluidos los del servicio domiciliario.

CUADRO Nº 6: PERSONAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE SEGÚN LAS DISTINTAS FUENTES

	Ararteko Personal d.p.e.	Otras fuentes de información			
		Memoria V-G	Memoria IFBS	Estimación Amurrio/Llodio	Total
Trabajadores sociales	41	31	9	3	43
Administrativos	17	8	4	1	13
Otros profesionales	29	14	4	2	20

Fuente: La Situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko. Memoria del Ayuntamiento y del I.F.B.S. correspondientes al año 2000.

De los datos que figuran en ese cuadro pueden deducirse dos ratios de atención que suelen considerarse indicativos de la intensidad del servicio:

- Cobertura, número de ciudadanos atendidos por trabajador social: 6.635 en conjunto, 7.063 en la capital y 5.529 en el resto del Territorio, según el informe del Ararteko que no tiene diferencias sustanciales con las de oras fuentes.

- Proporción de administrativos por trabajador social: uno por cada 2,4, según el Ararteko y uno por cada 3,3, según las memorias utilizadas.

El primero de estos ratios puede considerarse algo bajo si se compara con el preconizado en el borrador del Plan Vasco de Inserción –uno por cada cinco mil habitantes en las zonas urbanas y una intensidad mayor en las zonas rurales-, o con el resultado que ofrece el Territorio de Gipuzkoa, uno por cada seis mil habitantes, ratio que implica una intensidad de atención superior a la alavesa en un catorce por cien. Conviene tener en cuenta no obstante, a la hora de efectuar una comparación de esta naturaleza, dos cuestiones importantes:

- Los ratios preconizados como deseables no están calculados a partir de una valoración de la carga de trabajo que debe asumir cada servicio social de base, variable que no ha sido ni determinada ni investigada en nuestro contexto, sino en base a los datos de otros países con una protección social más potente, aunque distribuida competencialmente de forma distinta, y unos trabajadores sociales de base con atribuciones algo diferentes.

- No existe acuerdo general en el cómputo de los trabajadores sociales; en unos casos se tienen en cuenta todos los profesionales relacionados con este tipo de servicios y, en otros, exclusivamente los de intervención directa, individual y/o social.

En lo que respecta a la relación entre trabajadores administrativos y trabajadores sociales, de acuerdo con el informe del Ararteko, la situación alavesa –ratio de 2,4- resulta más desfavorable que la de los otros Territorios, Bizkaia 1,7 y Gipuzkoa 2,0. Aunque este ratio es inseparable del anterior, número de ciudadanos por trabajador social, la existencia de un déficit de personal administrativo en Álava queda claramente de manifiesto si se considera que:

- Los servicios de la zona rural carecen de personal administrativo y ello implica trasladar toda la carga de este tipo de tareas a los trabajadores sociales.

- El informe realizado en el año 2001 sobre la carga de tareas administrativas de los servicios rurales estima que más del cuarenta por ciento del tiempo de los trabajadores sociales se dedica a estas cuestiones; este dato debe ser valorado teniendo en cuenta el elevado nivel de estanqueidad con que funcionan estos servicios en muchos casos en relación a la actividad global de los Ayuntamientos.

Aunque todos los indicadores parecen confirmar la existencia de un déficit de recursos humanos en estos servicios, merece la pena tener presente el importante esfuerzo realizado en los últimos años en su consolidación: en 1984, en el momento de realizar el primer mapa de servicios sociales de este Territorio, las unidades de base alavesas contaban tan sólo con doce trabajadores sociales; su plantilla en dieciséis años se ha multiplicado por 3,6.

La formación de los profesionales

Una de las cuestiones importantes pendientes de resolver, dentro del ámbito de los servicios sociales de base, es la de su composición profesional. Sobre el papel, de acuerdo con nuestras normas, estos

servicios son unidades polivalentes y multidisciplinares de actuación, exigencia que se fundamenta en la diversidad y complejidad de los problemas a los que deben hacer frente y que implica la constitución de equipos integrados por profesionales de distintos ámbitos sociales que ponen en común sus conocimientos para resolverlos. En el terreno de las ideas más concretas, sin embargo, al margen de aceptar que el trabajador social es la figura clave de estos servicios, no existe consenso alguno sobre el perfil de los restantes trabajadores que deben integrar esos equipos y, en el terreno ya de la realidad, puede constatarse que muchos de los servicios sociales alaveses, en concreto buena parte de los de la zona rural, disponen tan sólo de un trabajador social que cuenta, eso sí, con el asesoramiento técnico del Área de Polivalentes del I.F.B.S. y con el apoyo, a tiempo parcial, de un técnico especializado en la acción comunitaria. No se trata de un problema sencillo de solucionar, porque está directamente relacionado con la falta de delimitación precisa de los objetivos y las funciones, pero es una cuestión que habrá que abordar a corto plazo, por razones evidentes de eficacia y debido también a la proliferación, dentro del ámbito social, de titulaciones profesionales, algunas no homologadas, y las expectativas que ello acarrea.

En donde sí existe un acuerdo generalizado es en la consideración de que los servicios sociales de base valen tanto como los recursos humanos de que disponen, son su capital esencial, y en la opinión de que la adecuada preparación de sus profesionales y su formación continuada constituyen una inversión imprescindible para garantizar su buen funcionamiento. Estas valoraciones, que pueden hacerse extensibles a todos los servicios con un fuerte componente de recursos humanos, adquieren particular importancia en estos momentos para los servicios sociales de base debido, entre otras, a las siguientes razones:

- Parece existir un grado excesivo de estanqueidad entre los centros docentes que forman a sus profesionales y la realidad social sobre la que éstos trabajan. En esta situación se corre el riesgo de que los contenidos que se imparten no se ajusten a los requerimientos a los que posteriormente deben hacer frente los profesionales formados y de que estos centros especializados se desvinculen de su responsabilidad de ofrecer una formación continuada a los técnicos ocupados.

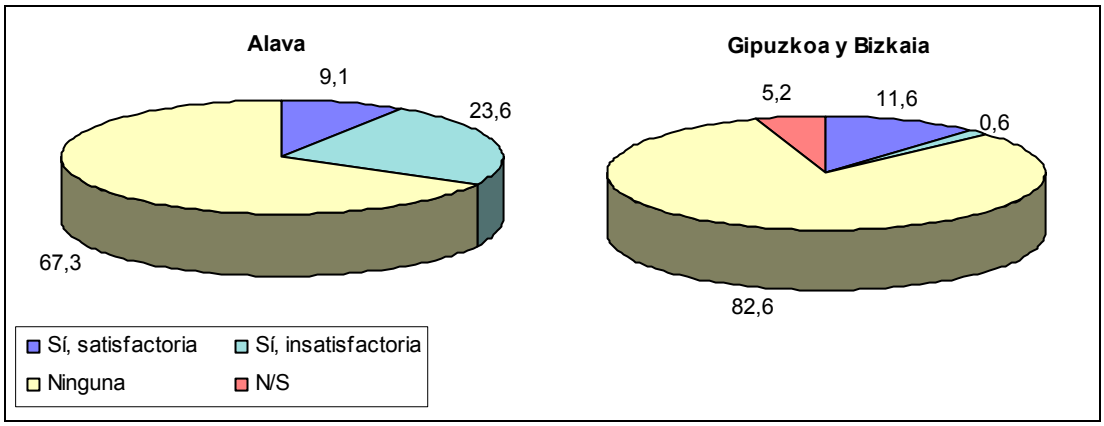
- La mayor parte de los trabajadores de estos servicios llevan ya años trabajando en ellos desde la perspectiva de la gestión y administración de programas y prestaciones, el peso de la rutina es importante, y la formación constituye la alternativa más obvia para romper esas inercias.

- Los servicios sociales de base se enfrentan continuamente a necesidades nuevas, disponen de nuevos recursos, y es preciso además reorientar las actuaciones de los profesionales hacia la gestión de casos y la atención comunitaria.

La encuesta del Ararteko que sirvió de base a su informe incluía dos preguntas sobre este tema, la primera hacía referencia a la formación específica recibida por los profesionales en el momento de acceder al puesto de trabajo y, la segunda, a la existencia de planes de formación.

En lo que respecta a la primera de estas cuestiones, las dos terceras partes de los trabajadores sociales alaveses indican que no habían recibido ningún tipo de formación previa relacionada con el desempeño de sus funciones, casi la cuarta parte que la habían recibido pero con resultados poco satisfactorios y menos de uno de cada diez afirma haber recibido una formación satisfactoria. Desde esta perspectiva, la situación de los trabajadores alaveses es similar a la de sus colegas de los otros territorios, en cualquier caso, muy mejorable.

GRÁFICO Nº 86: FORMACIÓN PREVIA RECIBIDA POR LOS TRABAJADORES SOCIALES



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

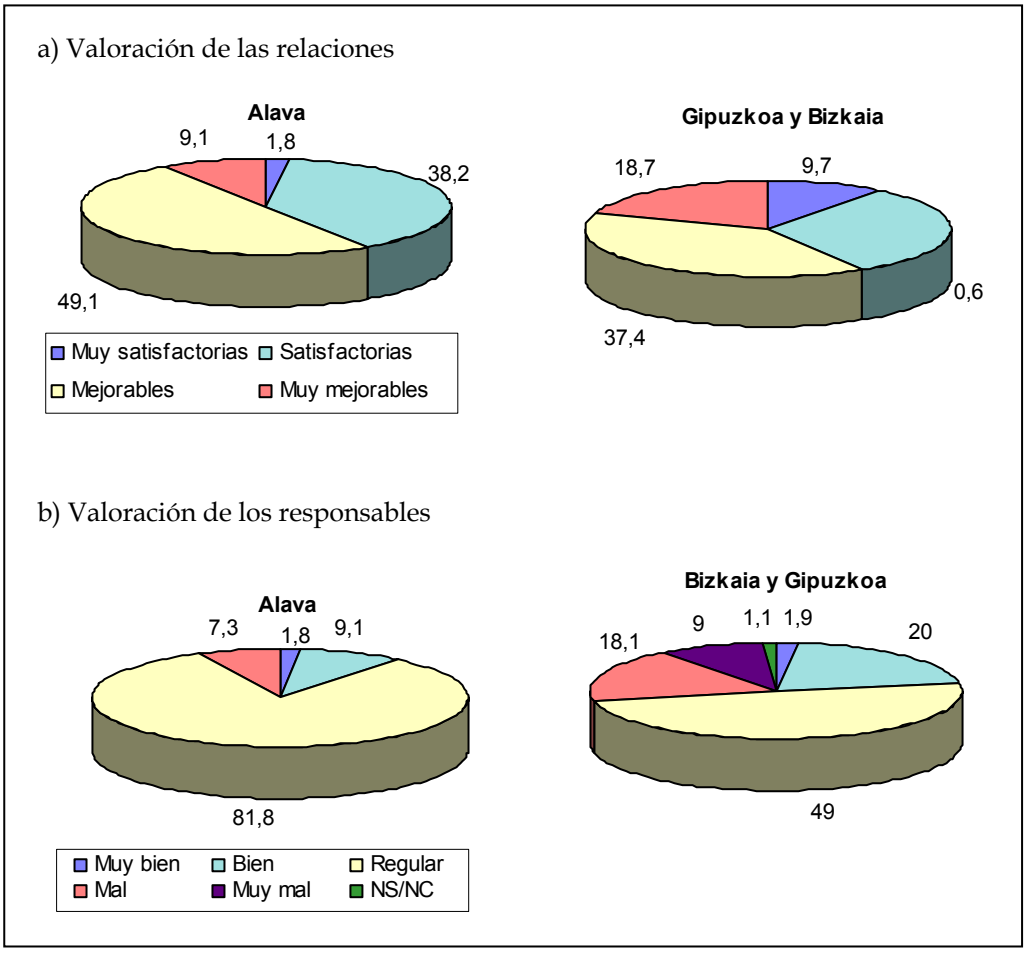
Donde sí se aprecia una posición ventajosa de este Territorio en relación a los otros dos es en la existencia de planes de formación, aunque estos planes no son objeto de más valoración que la de su cumplimiento o no cumplimiento, y las evaluaciones que suelen realizarse de ellos centran más la atención en el proceso que en el alcance efectivo.

Las relaciones de los profesionales con los responsables electos

Sin necesidad de realizar investigación alguna podría afirmarse de entrada que las relaciones que mantienen los responsables de los servicios con los representantes locales son forzosamente complejas, ya que son muchos los factores que dificultan su normalización: la indefinición de los propios centros, las dobles o triples dependencias, los problemas que presenta la valoración de la actividad productiva, la flexibilidad que exige el trabajo, la autonomía de que deben disponer los trabajadores y, en última instancia, el bajo nivel de conocimiento que tienen algunos representantes políticos de lo que son los servicios sociales y su papel dentro de los mismos.

La encuesta puesta en marcha por iniciativa del Ararteko no hace sino confirmar esta apreciación. Sus resultados muestran que más de la mitad de los trabajadores sociales consideran que sus relaciones con el estamento político son mejorables o muy mejorables, sin que en este sentido se observen diferencias significativas entre los tres Territorios, y que la valoración que realizan de sus actuaciones sólo resulta buena o muy buena en el once por ciento de los casos, porcentaje que en los otros dos Territorios, considerados conjuntamente, alcanza un valor muy superior, llegando casi al treinta por ciento.

GRÁFICO Nº 87: RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS RESPONSABLES LOCALES

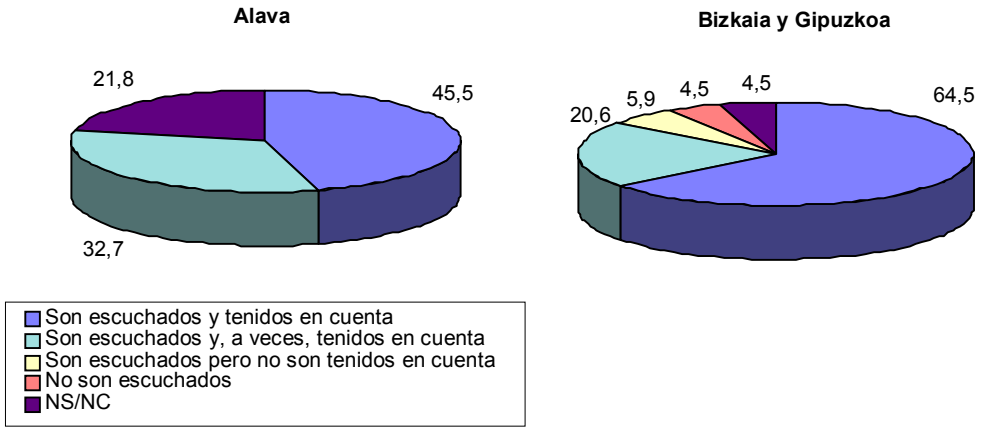


Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

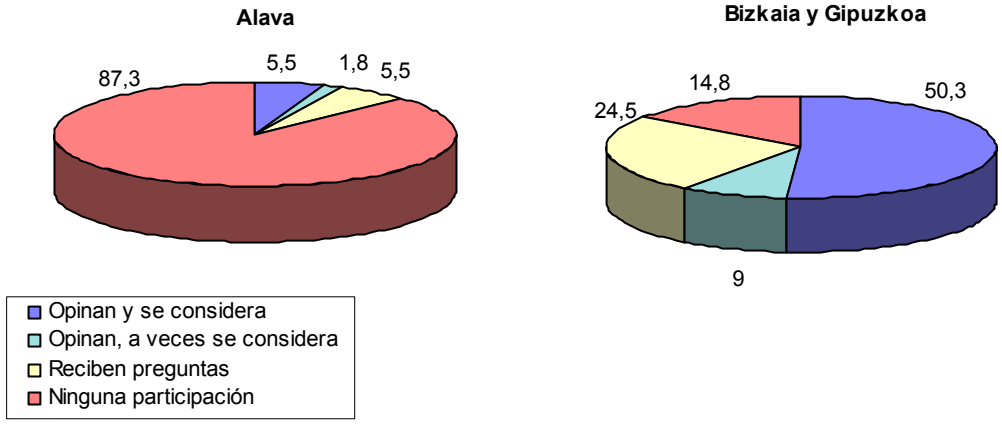
También se aprecian diferencias, y notables, entre éste y los otros dos Territorios en el nivel de participación y en el grado de autonomía de que disponen los trabajadores sociales. Los resultados alaveses, condicionados sin duda por el fuerte peso numérico de las unidades de base de la zona rural, muestran un nivel de participación menor de los profesionales en las decisiones municipales –tanto en las de carácter general como en las de naturaleza presupuestaria –que puede ser explicado por el bajo protagonismo de esos Ayuntamientos en materia de servicios sociales, y muestran también una mayor autonomía de sus trabajadores a la hora de realizar sus actividades, circunstancia que puede justificarse así mismo por el bajo nivel de intervención de los concejales en los pueblos pequeños en esta materia. En definitiva, los servicios sociales de base de la zona rural alavesa, aunque formalmente tienen carácter municipal, a muchos otros efectos son considerados por la población y por sus representantes como servicios forales, lo que explica en buena medida las diferencias halladas, y es un exponente claro de la existencia de un problema de bajo grado de asunción de las responsabilidades propias en materia de servicios sociales en los pueblos pequeños.

GRÁFICO Nº 88: PARTICIPACIÓN Y AUTONOMÍA DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

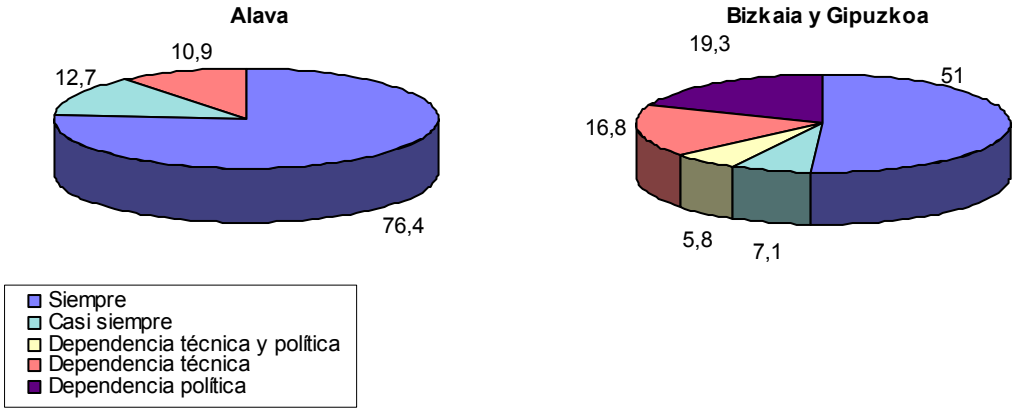
a) Participación en las decisiones generales



b) Participación en la elaboración de presupuestos



c) Autonomía en el trabajo: posibilidad de trabajar fuera del despacho



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko

Las quejas de los profesionales

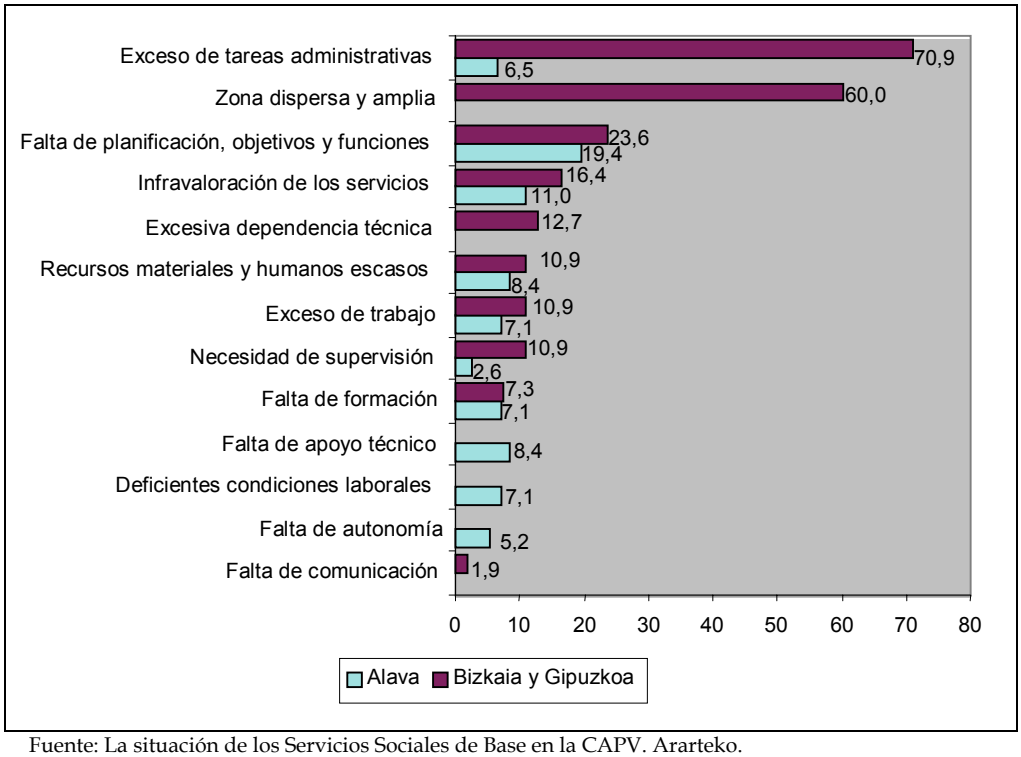
El cuestionario del Ararteko incluía una pregunta abierta destinada a recoger las quejas de los trabajadores sociales relacionadas con el desempeño de su actividad profesional. Esta pregunta, que fue contestada en el 61,9 por 100 de las encuestas recibidas, obtuvo precisamente en Álava la tasa de respuestas más elevada, 89,1 por 100, circunstancia que debe ser matizada teniendo en cuenta que todos los trabajadores de la zona rural la contestaron y recordando que cada uno de ellos cumplimentó una media de 4,2 cuestionarios, uno por centro, reproduciendo además en todos ellos las mismas respuestas, a pesar de habérseles solicitado que refirieran todas sus opiniones y valoraciones a cada centro concreto.

Las dos quejas más repetidas por los trabajadores sociales alaveses fueron el exceso de tareas administrativas, 70,9 por 100, y las dificultades derivadas de trabajar en una zona dispersa y amplia, 60,0 por 100, quejas que en los otros Territorios apenas tuvieron eco, 6,5 por 100 en el primer caso y cero en el segundo.

La falta de planificación y de clarificación de objetivos y funciones aparece como tercera queja más frecuente entre los trabajadores alaveses, la citan casi la cuarta parte, 23,6 por 100, y como primera queja entre los trabajadores de los otros dos Territorios, aunque sólo se plantea en el 19,4 por 100 de los casos.

Los trabajadores alaveses se quejan también, en mayor proporción que los de los otros dos Territorios, cuando indican que los servicios sociales de base están infravalorados –16,4 y 11,0 por 100-, que carecen de los recursos materiales y humanos necesarios –10,9 y 8,4 por 100-, que tienen exceso de trabajo –10,9 y 7,1 por 100- y que echan en falta mecanismos de supervisión y seguimiento. En sentido contrario, los trabajadores guipuzcoanos y vizcaínos exponen algunas quejas que ni tan siquiera son planteadas por los alaveses: falta de apoyo técnico, de autonomía y de comunicación y deficientes condiciones laborales.

GRÁFICO Nº 89: QUEJAS EXPUESTAS POR LOS TRABAJADORES SOCIALES RESPONSABLES DE LOS CENTROS DE BASE (porcentaje de encuestados)



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

Los recursos materiales

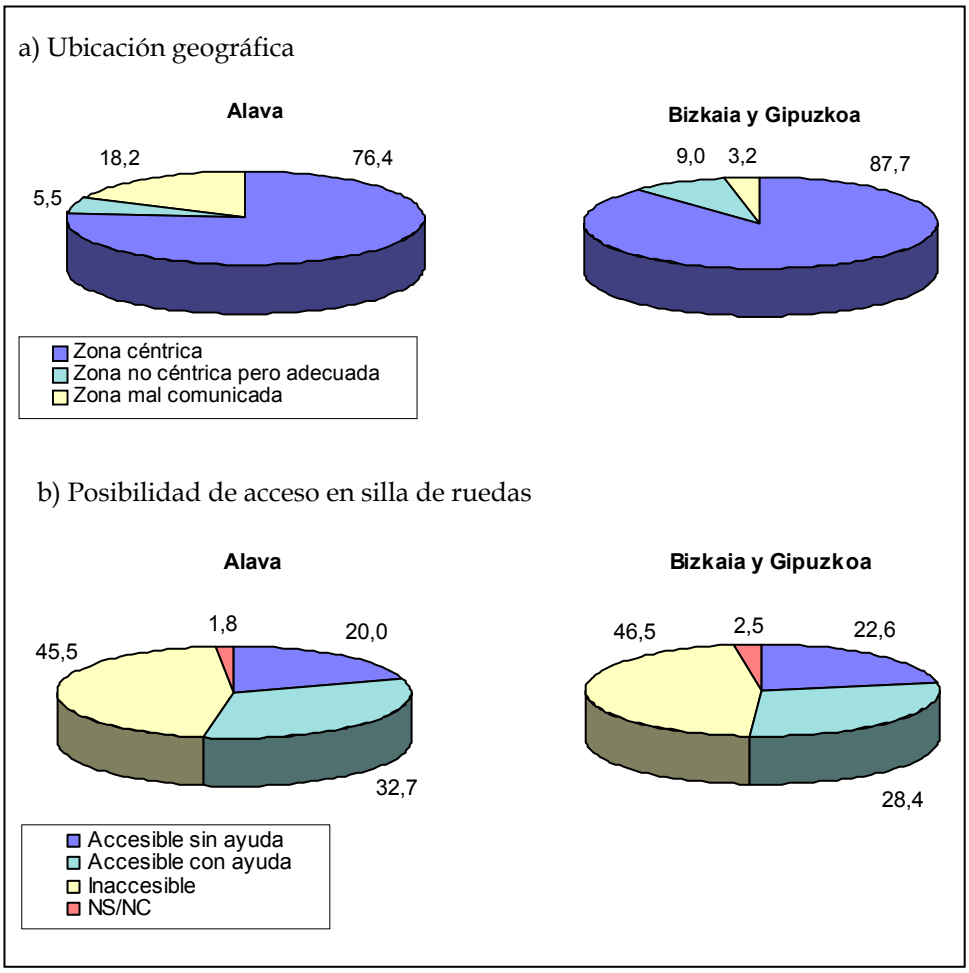
El estado de los locales en donde desarrollan su actividad estos servicios puede ser considerado, hasta cierto punto, expresivo de la sensibilidad social de los Ayuntamientos, que son los organismos responsables, repercute en la actividad de los trabajadores y, lo que resulta más importante, puede influir en la decisión de los ciudadanos de acudir o no a esos centros, pudiendo llegar, en el extremo –inaccesibilidad, falta de intimidad- a disuadirles de hacerlo.

No es buena en general la situación de los centros de base de la comunidad autónoma y llama particularmente la atención el hecho de que sea precisamente Álava el Territorio que peores condiciones ofrece desde esta perspectiva, aunque las diferencias no sean exageradas.

El acceso personal a los servicios resulta difícil en algunos casos para toda la población por la deficiente ubicación de los locales, 18,2 por 100 de los casos, y, para los ciudadanos que se ven obligados a desplazarse en silla de ruedas, totalmente imposible el 45,5 por 100 de las veces, porcentaje que se

elevaría al 74,9 por 100 si esa persona no dispusiese de un acompañante que le ofreciese su ayuda o, simplemente, quisiese hacer uso de su derecho a acceder de forma autónoma.

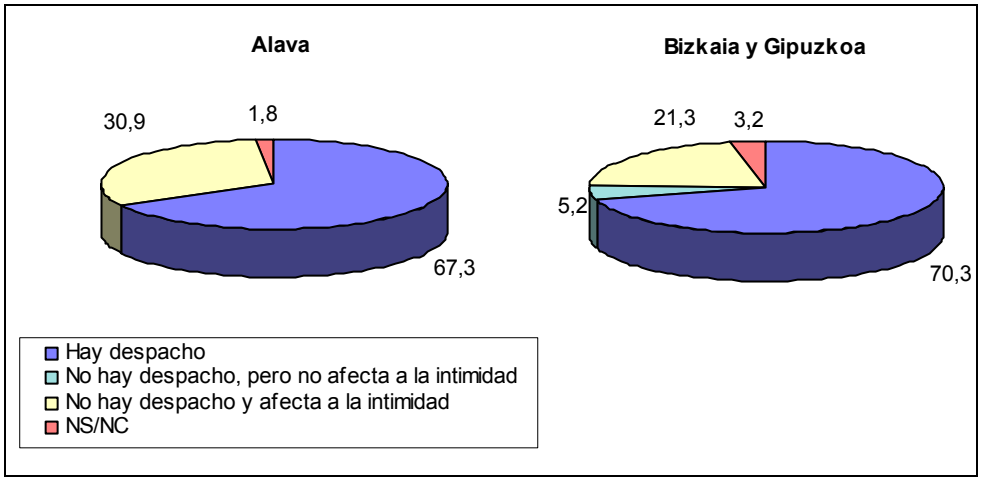
GRÁFICO Nº 90: UBICACIÓN Y ACCESIBILIDAD DE LOS LOCALES DE SERVICIOS SOCIALES DE BASE



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

Dentro ya de los locales, la intimidad y la discreción que deben presidir las relaciones entre los trabajadores sociales y unos ciudadanos que, en muchas ocasiones, recurren a ellos por problemas personales o familiares delicados o dolorosos, no está garantizada, debido a la inexistencia de un despacho independiente de atención que permita que las prácticas profesionales se desarrollen en un clima de empatía adecuado: esta circunstancia afecta en Álava a tres de cada diez centros.

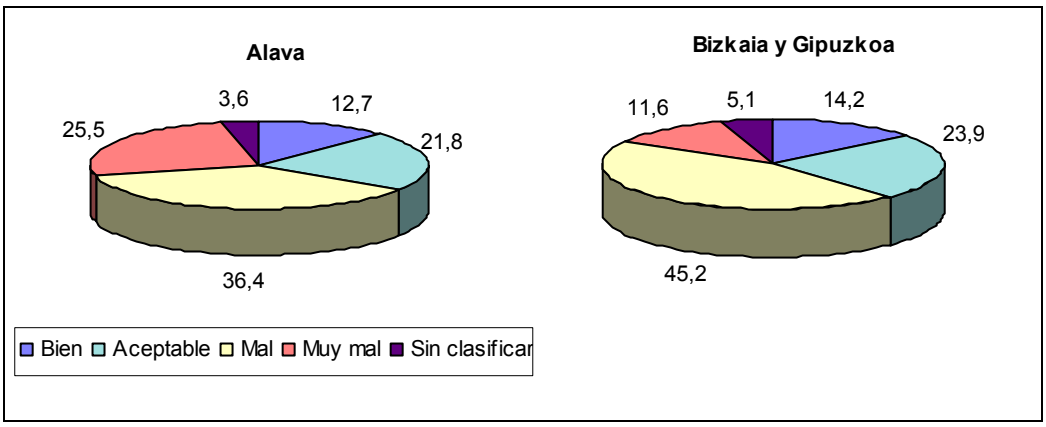
GRÁFICO Nº 91: DISPONIBILIDAD DE DESPACHO QUE GARANTICE EL RESPETO A LA INTIMIDAD



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

Considerando conjuntamente estos tres aspectos –ubicación, accesibilidad e intimidad- los centros de servicios sociales se ordenan en el informe del Ararteko en cuatro categorías excluyentes atendiendo a su grado de idoneidad y, desde esta perspectiva, se constata que una cuarta parte de los centros alaveses se incluyen en la categoría extrema de "muy mal" y otra tercera parte, amplia, en la categoría de mal.

GRÁFICO Nº 92: VALORACIÓN CONJUNTA DE LOS CENTROS



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

La actividad de los profesionales

La atención individual y familiar: aspectos cuantitativos

Uno de los retos más importantes con que se enfrentan en la actualidad los servicios sociales vascos es el de conseguir poner en marcha un buen sistema de información que permita dar cuenta de sus actuaciones y sirva de base para las necesarias tareas de estudio y planificación. Aunque resulta difícil justificar esta situación, teniendo en cuenta el importantísimo volumen de recursos humanos, materiales y económicos desplegado, hay tres razones importantes que la explican:

- La fragmentación de los servicios. El número de entidades con protagonismo en el ámbito de los servicios sociales es muy elevado y cada uno de ellos, en mayor o menor grado, ha puesto en marcha sistemas de información propios, acomodados a la parcela que administran.

- La diversidad de contingencias y prestaciones. Los servicios y prestaciones que se administran pueden ser generales o específicos, individuales o familiares, preventivos o paliativos, puntuales o continuados…

- El carácter de la información básica. El sistema de servicios sociales, dentro de las administraciones públicas, será posiblemente uno de los que acumulen mayor volumen de datos, pero éstos están orientados a la administración, gestión y control de programas y prestaciones; la información se ofrece desde esta perspectiva y no desde la de los ciudadanos y sus familias.

En el contexto de esta Comunidad la situación de este Territorio es, sin duda, la menos mala, debido a la concentración de poder en dos organismos, el Ayuntamiento de la capital y la Diputación, que llevan ya muchos años intentando resolver este problema, pero, en cualquier caso, no es buena. Ni una ni otra entidad se sienten satisfechos con los sistemas organizados –sus técnicos los consideran poco fiables y/o poco operativos- y, lo que también es preocupante, se trata de sistemas que no funcionan de forma coordinada y que no son, en muchos casos, compatibles por la diversidad de instrumentos técnicos utilizados.

No es de extrañar, en estas condiciones, que la información ofrecida por estas instituciones en relación a la actividad de sus servicios sociales de base, los más difíciles de controlar por su carácter generalista y la naturaleza de sus prestaciones, sea escasa, parcial y prácticamente inoperante, ya que sólo considera a estos servicios en tanto en cuanto canalizadores de demandas, lo que supone un reduccionismo

notorio. Si se recopilan los datos que ofrecen las memorias del 2000 del Ayuntamiento y la Diputación, se obtiene tan sólo la siguiente información:

- Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, datos correspondientes al primer semestre del año:

  · Número de familias atendidas, 3.862, con una media de 1,6 problemas distintos/familia, lo que arroja un total de 6.179 problemáticas atendidas.

  · Distribución sectorial de los usuarios: 32 por 100 tercera edad y 68 por 100 resto, en el que pueden aparecer también personas mayores.

  · Distribución de las problemáticas: económica (36,8%), autonomía (15,7%), convivencia (13,8%), inserción social (12,4%), soledad (5,8%), vivienda (3,8%), malos tratos (2,1%), abandono del hogar (0,6%) y otras, que no pueden afectar a personas mayores (9,0%).

- Diputación Foral, datos correspondientes a todo el año:

  · Número de personas atendidas, 4.882, con una media de 1,3 problemas/ciudadano, lo que supone un total de 6.434 problemáticas diferentes.

  · Distribución de las problemáticas por servicio social de base: oficina de información de Vitoria-Gasteiz, 70,8 por 100, y resto de servicios sociales de base, descontando los correspondientes al Ayuntamiento de la capital, 29,2 por 100.

  · Distribución de las problemáticas según su naturaleza: económica (37,1%), autonomía (60,5%), convivencia familiar (1,4%) y otras situaciones (1,0).

Como se deduce inmediatamente de lo expuesto, estos datos, que son en opinión de los técnicos los únicos plenamente fiables, no permiten tener una imagen cabal de la actividad de estos servicios por separado y, mucho menos, de los servicios prestados a las personas mayores en el conjunto del Territorio, ya que los resultados no son homologables:

- El Ayuntamiento ofrece información sobre familias, mientras que el I.F.B.S. lo hace sobre individuos.

- La mayor parte de las intervenciones del Instituto se generan en su oficina de Vitoria-Gasteiz, sin que se conozca la procedencia de los solicitantes ni la atención dada a éstos por el Ayuntamiento de la capital.

- La distribución de las problemáticas no es igual, a pesar de la similitud de las denominaciones de las distintas categorías.

El informe del Ararteko intenta también realizar una valoración de la actividad de estos servicios y, aunque lo hace en términos manifiestamente estimativos por limitaciones metodológicas, ofrece algunos datos que merece la pena exponer, y ello a pesar de adolecer del mismo problema que los que figuran en las memorias comentadas, el de considerar a estos servicios únicamente desde la perspectiva de canalizadores de demandas.

CUADRO Nº 7: ESTIMACIÓN DE LAS DEMANDAS RECIBIDAS ANUALMENTE POR LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE ALAVESES (servicios nuevos y mantenimiento de servicios)

Demandas formuladas	Todas las demandas. Incidencia por 1000 hab.	Demandas planteadas por personas mayores		
		% de demandas sobre total	Absolutas	Incidencia por 1000 personas mayores
Residencias	4,9	70,4	998	22,4
Centros de día	1,7	80,0	401	9,0
Centros de orientación	3,6	-	-	-
SAD	6,6	92,1	1.742	39,1
Teleasistencia	1,7	100,0	486	10,9
IMI	6,9	-	-	-
AES	8,4	-	-	-
Inserción y prevención	2,5	-	-	-
PNC/FBS/LISMI	0,9	20,0	58	1,3
Otras ayudas económicas	7,3	13,0	258	5,8
Ocio y tiempo libre	3,8	100,0	1.087	24,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en el informe "La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV".Ararteko.

De acuerdo con los resultados de ese Informe, el 36,6 por 100 de las demandas formuladas a los servicios sociales de base están relacionadas con la atención a personas mayores. La prevalencia de las demandas entre la población general es del 4,8 por 100, mientras que si se consideran sólo las prestaciones solicitadas por personas mayores y se toma como denominador a las mismas, la prevalencia salta al 11,3 por 100, 8,9 por 100 si se dejan al margen las solicitudes relacionadas con programas de ocio y tiempo libre.

La atención individual y familiar: aspectos cualitativos

Un campo de observación al que el Ararteko concede gran importancia es el de la información proporcionada por los servicios sociales de base a los ciudadanos, tema estrechamente relacionado con la normalización de estos servicios, y particularmente sensible para esa Institución. El diagnóstico general al que se llega es que no existe una política informativa clara en este sentido, y este diagnóstico se sustenta en los siguientes resultados negativos:

- En el 32,7 por 100 de los centros no se responde por escrito a las demandas formuladas por los usuarios.

- El 40,4 por 100 de los responsables de estos servicios no han requerido nunca a otros profesionales del ámbito de la protección social, ni a los grupos y asociaciones de la zona para que colaboren en las tareas informativas.

- Sólo el 47,3 por 100 de los trabajadores sociales acude personalmente a los domicilios de personas potencialmente demandantes de servicios sociales para ofrecerles información.

- El 36,4 por 100 de los responsables no ha recurrido nunca a medios audiovisuales para informar a la población y el 12,7 no ha utilizado nunca medios escritos.

- La información escrita con que se cuenta para poner a disposición de los ciudadanos es escasa y mala; los folletos sobre tarifas que son los mejor considerados, sólo son valorados como buenos por uno de cada cinco trabajadores sociales.

- Sólo el 45,5 por 100 de estos profesionales afirman tener un buen registro de programas, servicios y prestaciones.

La información interna de que disponen estos servicios para su propia organización y la gestión de los programas y servicios que les competen, pone de manifiesto una gran diversidad de formas de trabajo y, en ocasiones, unas carencias importantes que pueden hipotecar el buen funcionamiento de los mismos. En este sentido, el informe del Ararteko, en relación a los centros alaveses desvela que:

- Tan sólo el 38,2 por 100 dispone de un buen registro de usuarios, proporción idéntica a la que obtiene la respuesta "existe este registro, pero no funciona bien".

- Algo más de la mitad, el 54,5 por 100, cuenta con un registro de reuniones adecuado.

- El instrumento de trabajo más utilizado y, simultáneamente, mejor valorado es el diario, 87,3 por 100, resultado sumamente expresivo del funcionamiento de estos servicios, particularmente si se relaciona con los restantes.

- Los registros de sugerencias y reclamaciones son prácticamente inexistentes; únicamente el 5,5 por 100 disponen de los primeros, funcionando bien, y con el segundo cuentan tan sólo, funcionando bien, el 18,2 por 100.

- La mayor parte de los centros no gestionan sus presupuestos, si es que los tienen, ya que únicamente el 21,8 por 100 de los responsables afirman disponer de buena información contable.

- Tan sólo uno de cada cinco trabajadores sociales tiene un registro de lista de espera.

El nivel de protagonismo de los responsables de estos centros puede considerarse bajo, tema estrechamente relacionado con su intervención en la elaboración de los presupuestos, la existencia de un registro de contabilidad y las relaciones establecidas con los representantes locales; los resultados de la encuesta del Ararteko muestran que tan sólo el 21,8 por 100 de los mismos se considera con atribuciones suficientes como para aprobar la concesión de un servicio de atención domiciliaria, proporción idéntica a la que se obtiene en el caso de las ayudas de emergencia social, prestaciones ambas netamente municipales.

Otro tema que la investigación del Ararteko aborda es el de la existencia de procedimientos de urgencia para hacer frente a problemas sobrevenidos; las dos terceras partes de los servicios no tienen previstas estas contingencias y ello se traduce en el hecho de que tan sólo el 56,4 por 100 de los centros esté en condiciones de ofrecer un servicio de atención domiciliaria, solicitado con carácter urgente, en un plazo inferior a dos días.

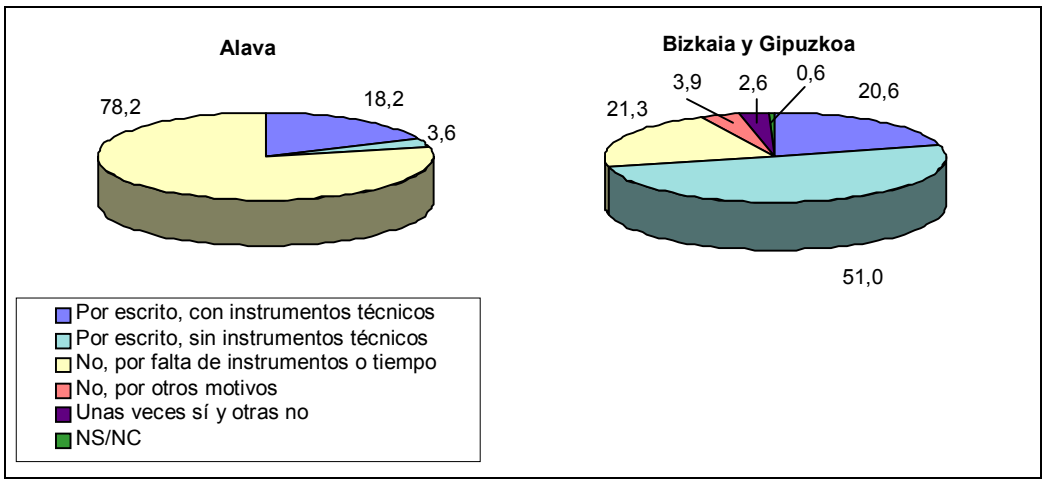
A pesar de que la actividad de los servicios sociales de base suele medirse a través de las demandas concretas recibidas o de los servicios y prestaciones finalmente ofrecidos –a falta de otros indicadores o, mejor, por la dificultad de elaborar otros indicadores- lo evidente es que la prestación más propia y específica de los servicios sociales de base en el terreno de la atención individual o familiar es el traba-

jo social con las personas afectadas y su entorno próximo, esto es, la evaluación de sus necesidades, la planificación de las intervenciones y el seguimiento de las medidas puestas en marcha.

Para intentar medir hasta qué punto los servicios están o no orientados hacia la gestión de casos, hacia el trabajo social, el Ararteko incluye en el cuestionario dos preguntas que resultan sumamente indicativas: si se realizan o no evaluaciones por escrito de las necesidades y, en el caso de que se realicen, si se elaboran o no planes individuales de atención.

Los resultados obtenidos a nivel de la Comunidad parecen mostrar que los servicios sociales de base vascos se encuentran en una encrucijada, que están empezando a superar la etapa de limitarse a administrar recursos para pasar a la fase de los tratamientos individuales: algo más de la mitad de estos centros, el 58,6 por 100, evalúan ya por escrito las necesidades, mientras que el resto no trabaja todavía siguiendo ese criterio de buena práctica. La situación alavesa, sin embargo, de acuerdo con los resultados de la encuesta, es claramente peor desde esta perspectiva que la del conjunto de la Comunidad; en este Territorio tan sólo el 21,8 por 100 de los responsables de los centros afirman trabajar de esta forma.

GRÁFICO Nº 93: EVALUACIONES ESCRITAS DE NECESIDADES QUE REALIZAN LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE



Fuente: La situación de los Servicios Sociales de Base en la CAPV. Ararteko.

Los doce centros alaveses que realizan evaluaciones por escrito, en esta situación se encuentran todos los de la capital, elaboran también, de acuerdo con los resultados del informe, planes individuales de atención, señalándose además en relación a ellos que:

- En once casos el plan lo realiza el servicio social de base en colaboración con el Departamento de servicios sociales y, en el otro, el protagonismo corresponde exclusivamente al servicio social de base.

- Sólo en siete de estos doce servicios los planes incluyen indicadores precisos que facilitan su seguimiento y evaluación.

La atención comunitaria

Tanto el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz como la Diputación Foral informan en sus memorias de la realización de programas y actuaciones de carácter comunitario en el marco de sus redes primarias de atención; buena parte de estos programas son generalistas, aunque existen también algunos relacionados con contingencias o sectores concretos –drogodependencias, juventud, demencias…-, y todos se mueven en el terreno de la promoción de la solidaridad y de la prevención de la exclusión social.

El Ayuntamiento de la capital financia la realización, por parte de una entidad privada, de tres programas comunitarios:

- El de información y sensibilización social, que tiene como objetivos abordar los factores de riesgo, informar y formar sobre temas relacionados con la vida cotidiana, y hacer conscientes a los ciudadanos de sus derechos y obligaciones; en el año dos mil participaron en el mismo 2.694 personas.

- El de competencia social y crecimiento personal, destinado a facilitar el desarrollo de habilidades y recursos personales, que contó con una participación de 2.852 personas.

- El de participación comunitaria y apoyo solidario, que tiene como finalidad promover iniciativas individuales y grupales y crear un tejido de voluntariado, y en el que intervienen 5.110 personas.

El Departamento de Bienestar Social de la Diputación, por su parte, por la vía de los convenios, mantiene los siguientes programas comunitarios relacionados directa o indirectamente con las personas mayores:

- Dinamización externa de voluntariado, con Cruz Roja.

- Forum 50-70 de promoción y formación del voluntariado con Cáritas Diocesana.

- Promoción y formación del voluntariado en el campo de la enfermedad mental con la Asociación Gregorio Yurre.

- Promoción del voluntariado en Alegria-Dulantzi con el grupo Henayo.

- Promoción del voluntariado con la Asociación Hezia.

- Reparto de alimentos excedentarios con la Asociación Banco de Alimentos de Álava.

En relación a toda esta serie de programas y actuaciones cabe hacer, con carácter general, las siguientes consideraciones:

- Se trata de actividades plenamente coherentes con el modelo de atención diseñado en esta Comunidad y, en mayor o menor grado, siempre resultan socialmente positivas.

- No suelen incluir objetivos operativos fácilmente evaluables; las evaluaciones que se realizan de ellos, cuando se realizan, centran más la atención en el proceso que en los objetivos.

- A pesar de estar financiadas desde las redes primarias, estos programas no mantienen un vínculo estrecho con los servicios sociales de base en términos de facilitar sus tareas o mejorar sus actuaciones.

Los resultados que ofrece el Informe del Ararteko confirman en buena medida esta última afirmación. Tan sólo dos de los cincuenta y cinco centros de servicios sociales de base alaveses, el 3,6 por 100, cuentan con personal voluntario para apoyar sus actuaciones, porcentaje inferior al que se obtiene en el conjunto de los otros dos Territorios, 14,2 por 100, que, en cualquier caso, también es bajo.

La encuesta interroga asimismo sobre la existencia de grupos informales o entidades que trabajan en el ámbito del bienestar social dentro de la zona de influencia de los centros y sobre las relaciones que los servicios mantienen con ellos. Tampoco en este caso el panorama resulta demasiado halagüeño en el conjunto de la Comunidad y la situación alavesa sigue siendo comparativamente la peor: tan sólo el 9,1 por 100 de sus centros trabajan de forma coordinada con estos grupos, frente al 23,9 por 100 que se

alcanza en los otros dos Territorios y, lo que resulta más llamativo, el 83,6 por 100 afirma que no existen grupos y/o asociaciones de esta naturaleza en su zona, valoración que resulta difícil de justificar.

El trabajo comunitario también consiste en aunar esfuerzos con los restantes profesionales que trabajan en el campo de la protección social, con vistas tanto a mejorar la atención individual como a promover la mejora de las condiciones de vida de la población y prevenir la aparición de factores exclusógenos. Desde la perspectiva de las personas mayores son cuatro los ámbitos investigados por el Ararteko que merecen atención: el sanitario, el de vivienda, el policial y el judicial.

Las relaciones de los servicios sociales de base alaveses con el ámbito sanitario, sin duda el más importante, son, en opinión de sus responsables, buenas en un porcentaje elevado, 85,5 por 100, notablemente superior al que se alcanza en los otros dos Territorios, 49,7 por 100, y se plasman además en un número más elevado de reuniones: el 80,0 por 100 de los responsables alaveses mantienen con representantes sanitarios de sus zonas un mínimo de cinco reuniones anuales, mientras que en Gipuzkoa y en Bizkaia, por encima de ese umbral, sólo se encuentra el 41,7 por 100.

La coordinación con los representantes de los otros tres sistemas de protección citados no son ni tan buenas ni tan frecuentes como en el caso de la sanidad. Si se suman las respuestas "no hay coordinación y es necesaria" y "la coordinación es regular o mala", se obtendrían los siguientes porcentajes de situaciones mejorables: vivienda, 76,4, policía, 61,8, y justicia, 70,9.

2.2.4.4. Otros programas y actividades destinados a personas mayores

Se incluye dentro de este epígrafe las siguientes actuaciones o recursos potenciados o financiados por las administraciones públicas:

- Hogares y clubs de jubilados.
- Programa de vacaciones para la tercera edad.
- Programa de termalismo social.
- Programa "cuidarse para cuidar".

Los hogares y clubs de jubilados surgen en la década de los sesenta como fórmula de atención a un colectivo que, en aquel entonces, se caracterizada por su elevado nivel de autonomía física, sus escasos recursos económicos, su bajo nivel cultural y su riesgo de aislamiento social. Con el paso del tiempo, y al amparo de una financiación pública y semipública cuya única finalidad era garantizar su manteni-

miento, esos centros se multiplicaron, alcanzando un grado de implantación que no tiene parangón con otro tipo de recursos, hasta llegar al medio centenar que funcionan en la actualidad dentro de este Territorio.

Se trata de recursos que se sabe que están bien valorados por muchas personas mayores que hacen, con frecuencia, un uso intensivo de los mismos, convirtiéndolos muchas veces en un centro de día *sui generis* en el que ven atendidas sus necesidades de confort, esparcimiento, seguridad y, sobre todo, compañía. Este es un hecho incuestionable y constituye su principal patrimonio, el argumento más serio para justificar su mantenimiento.

A pesar de la dimensión alcanzada por estos recursos, se sabe poco sobre ellos y, por otra parte, los cambios experimentados en los últimos años tanto por el perfil de las personas mayores como por las políticas de atención a las mismas, han llevado a poner en entredicho algunas cuestiones importantes relacionadas con su funcionamiento.

La cifra de usuarios de estos centros es desconocida –en algunos documentos el número que se recoge es el correspondiente al total de personas mayores residentes en el Territorio, ya que todas ellas son potencialmente usuarias- y, consecuentemente, también resulta desconocida la intensidad de su utilización y las características de las personas que acuden a ellos. En los últimos años, las administraciones públicas, pretendiendo realizar un aprovechamiento social mayor de estos recursos, han ido modificando sus convocatorias anuales de subvenciones, priorizando, frente al puro mantenimiento de los centros, la realización de programas con contenidos concretos, pero luego, en la práctica, las actuaciones no son objeto de evaluaciones mínimamente rigurosas, al carecer la mayor parte de ellas de objetivos concretos y de indicadores precisos, por lo que tampoco se conocen bien sus actividades.

La crítica, sin duda, más seria de que son objeto estos hogares y clubs –extensible también a otros programas específicos para la tercera edad- radica en su carácter cerrado, en el hecho de contribuir o fortalecer las barreras intergeneracionales en un contexto en el que todo el mundo coincide en señalar como objetivo de todas las políticas sociales la superación de esos límites y la cohesión intergeneracional. En este sentido, se aprecia desde hace algún tiempo una apertura mayor de los hogares a todos los ciudadanos, proceso que, en contra de los temores primeros, no parece estar produciendo rechazos significativos entre los usuarios afectados.

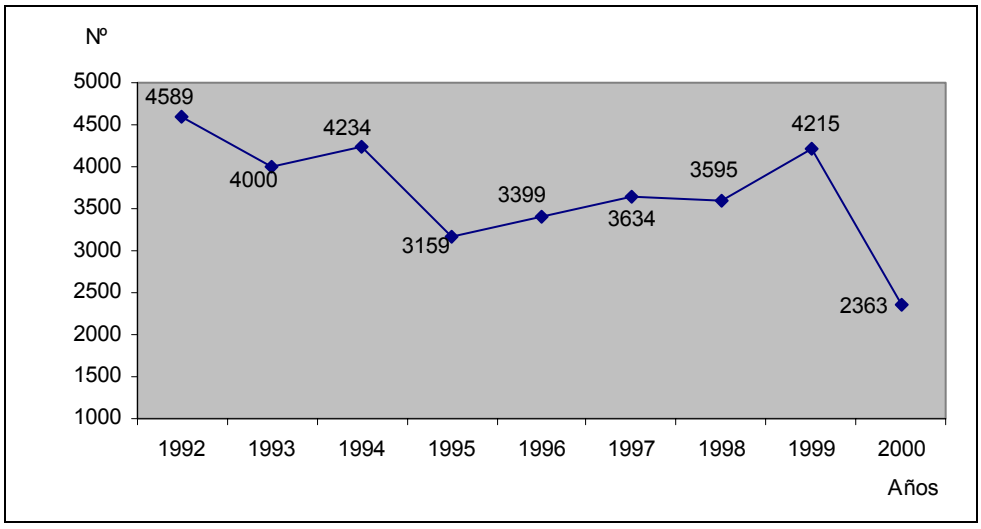
Otro aspecto del funcionamiento de estos centros que también es puesto en cuestión es el elevado grado de estanqueidad que mantienen en relación a los servicios sociales de los que, por otra parte, se

alimentan financieramente. En este sentido, no funcionan tan siquiera ni a nivel de información a los ciudadanos sobre estos servicios, ni a nivel de información a los servicios sobre las contingencias de sus usuarios, al menos de forma sistemática, crítica, por cierto, también extensible a los restantes programas específicos.

La otra crítica que se dirige a su funcionamiento es el bajo nivel de actividades y la baja rentabilidad social de las mismas. Disponiendo de un marco adecuado para hacerlo, tanto en términos materiales como económicos, son pocos los hogares desde donde se realizan programas formativos, preventivos, de potenciación del voluntariado, de acompañamiento… fortaleciendo la imagen social de un colectivo encerrado en sí mismo y poco solidario.

El programa de vacaciones para la tercera edad promovido por el IMSERSO y cofinanciado por el Instituto Foral, que amplía el cupo reservado a Álava por aquella institución, tiene una amplísima cobertura –he llegado algún año a alcanzar a más del diez por ciento de la población mayor alavesa- y goza de aceptación entre sus usuarios, -buena parte de ellos repiten año tras año- a pesar de que el descenso de su calidad en sus aspectos materiales, sumado a la mejora de la situación económica y el nivel cultural de las personas mayores, puede repercutir a medio plazo en un descenso de su demanda. Se trata, sin embargo, de un programa gestionado prácticamente a espaldas de los servicios sociales, que no garantiza la equidad en su acceso y que está sujeto a la misma crítica que la mayor parte de las intervenciones específicas de ofrecer una imagen privilegiada de las personas mayores que no se atiene a la realidad.

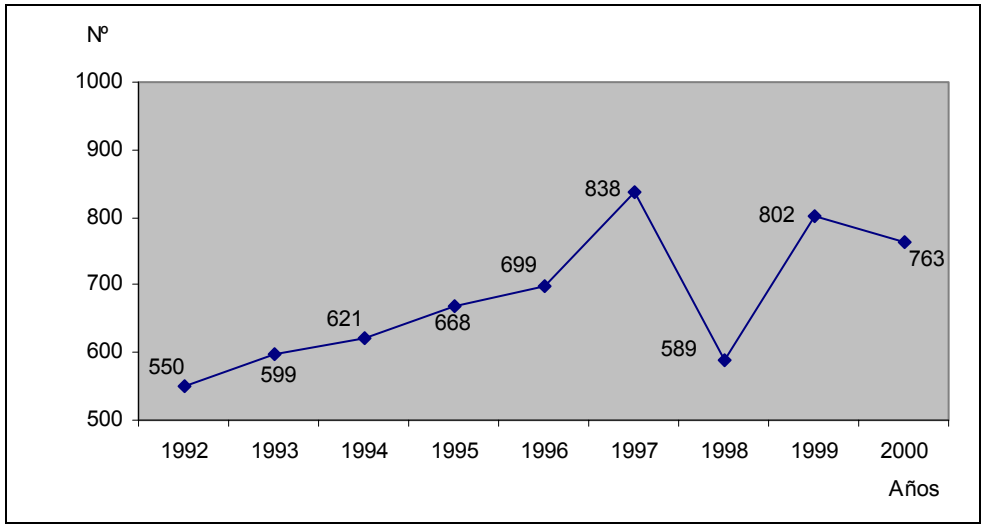
GRÁFICO Nº 94: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE VACACIONES PARA LA TERCERA EDAD



Fuente: Secretaría Técnica del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

El programa de termalismo social, por su parte, tiene componentes preventivos y sanitarios que lo distinguen claramente del anterior, habiendo sido evaluado en ocasiones con resultados muy positivos. Adolece, sin embargo, al igual que los otros, de serios problemas de estanqueidad, y limita además su clientela a una tipología de ancianos que, teniendo en cuenta las características de los balnearios, podría ser más diversificada, incrementando con ello su interés social.

GRÁFICO Nº 95: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE BALNEARIOS



Fuente: Secretaría Técnica del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

Desde esa óptica, la del interés social, el programa "cuidarse para cuidar" ofrece inmejorables perspectivas, a pesar de encontrarse todavía en una fase inicial de implantación, cincuenta y cinco personas atendidas, la inmensa mayoría mujeres, en el año 2000. Brindar a los cuidadores de personas con discapacidad referencias claras sobre la forma de atender adecuadamente a sus familiares, evitando actitudes que pueden perjudicarle seriamente y acabar incluso con su capacidad para ofrecer cuidados, constituye un importantísimo balón de oxígeno para las mismas, que sólo puede ser entendido en sus justos términos por los que se han encontrado, o se encuentran, en las mismas circunstancias.

2.2.4.5. El servicio de atención domiciliaria

Introducción

La atención domiciliaria en Álava se ha consolidado ya como una rama muy importante del sector servicios, no sólo por la trascendencia económica y laboral que ha alcanzado en términos productivos,

sino también, y principalmente, por la enorme dimensión social de su actividad. Es preciso tener en cuenta, a la hora de valorar esta afirmación, que toda la información que constituye el grueso de este capítulo se refiere, exclusivamente, al servicio público de atención domiciliaria, que no constituye más que una pequeña parte, en torno al veinte por ciento en términos de cobertura[1], de toda la atención domiciliaria prestada en este Territorio. En relación a la atención domiciliaria contratada particularmente, que atiende a cuatro de cada cinco usuarios de este tipo de servicios, y pensando fundamentalmente en los que se encuentran en una situación más frágil, merece la pena, no obstante, hacer las siguientes consideraciones:

- Su amplísima cobertura y la naturaleza de su actividad la convierten, hipotéticamente, en uno de los observatorios privilegiados para la detección de situaciones problemáticas.

- Poco se sabe sobre el nivel de profesionalidad de sus integrantes y sobre su capacidad de atender adecuadamente situaciones problemáticas.

- Las relaciones que se mantienen dentro de los domicilios entre trabajadores y usuarios no suelen ser objeto de control o seguimiento externo, a pesar de tratarse de relaciones muy delicadas que pueden dar lugar a situaciones de riesgo.

- Está constituida por una oferta muy atomizada, lo que dificulta el contacto con ella, pero, en los últimos años, se asiste a un importante fenómeno de penetración de empresas, cada vez de mayores dimensiones, y de creación de redes que pueden facilitar las relaciones.

- Los servicios sociales no han explorado siquiera las posibilidades de entrar en contacto con estas empresas y estas redes, actitud que, si bien resultaba lógica en el pasado, no lo es tanto en la actualidad.

En lo que respecta a la atención domiciliaria pública, habría que comenzar por señalar que la información de que se dispone no es buena: al igual que sucede con otros servicios de este ámbito, adolece del problema de estar excesivamente orientada a la administración del programa y desconsiderar aspectos importantes de los beneficiarios. En cualquier caso, la dimensión alcanzada por el servicio público alavés queda claramente de manifiesto a través de los siguientes datos e indicadores correspondientes al año dos mil.

[1] La estimación está hecha a partir de los resultados obtenidos en los estudios sobre redes informales en la zona rural alavesa y en la capital del Territorio.

- En el transcurso de ese ejercicio se prestó atención a 1.572 hogares[1], lo que vendría a representar el 2,7 por 100 del total.

- El número de personas que se beneficiaron del servicio en ese periodo puede estimarse en 3.195, el 1,1 por 100 de la población alavesa.

- El número total de horas de atención prestadas superó las seiscientas ochenta mil, cifra que, expuesta en términos de personal a dedicación plena equivalente de traduciría en una plantilla de 428 trabajadores. El número real de asistentes domiciliarios es, sin embargo, sensiblemente más alto, pudiéndose estimar, en alrededor de setecientos; a título de referencia, y aunque no se trata de variables plenamente homologables, puede señalarse que el número de trabajadores ocupados en el servicio doméstico particular ascendía aproximadamente a tres mil ochocientos en ese mismo año.

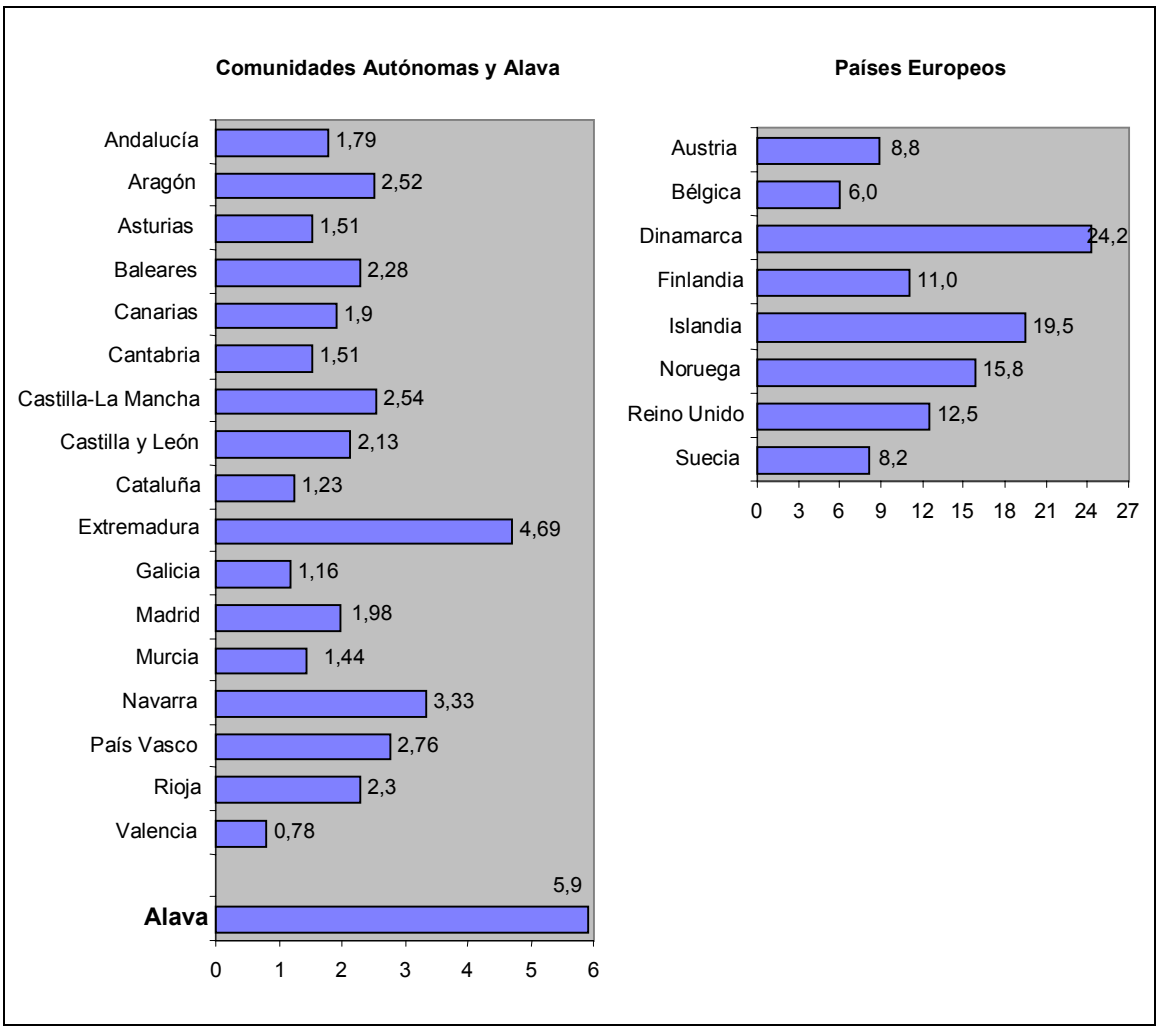
- El coste de mantenimiento del servicio llegó casi a los mil cuatrocientos millones de pesetas, mil doscientos de los cuales fueron financiados por las administraciones públicas; novecientos setenta corrieron a cargo de la Diputación y, el resto, de los Ayuntamientos.

La atención domiciliaria a las personas mayores: aspectos cuantitativos

La mayor parte de los beneficiarios de este servicio, más del ochenta por cien, eran personas mayores; en relación a los alaveses de sesenta y cinco y más años, los 2.609 atendidos de esas edades se traducen en una cobertura del 5,9 por 100, notablemente superior a la que se alcanza en el resto de las comunidades autónomas del Estado, pero todavía lejos de algunas de las coberturas que ofrecen otros países europeos.

[1] Las cifras sobre usuarios a lo largo del año están siempre algo infladas ya que no se tiene en cuenta si un beneficiario ha sido dado de baja y posteriormente de alta dentro del mismo ejercicio y, por esa razón, aparecería contabilizado dos veces.

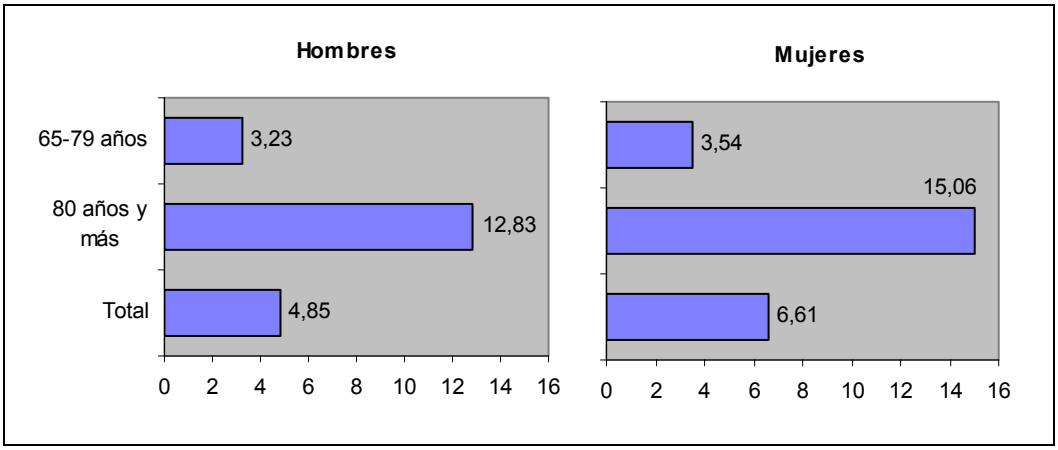
GRÁFICO Nº 96: COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DIFERENTES CONTEXTOS



Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Informe Extraordinario delArarteko. La asistencia no residencial a la tercera edad en la C.A.P.V.
Social Protection in the Nordic Countries, 1999.

Casi las dos tercera partes de las personas mayores que se benefician de este servicio, el 64,3 por 100, son mujeres, y algo más de la mitad, el 54,9 por 100, personas que han cumplido ya los ochenta años; la cobertura del servicio en relación a las mujeres de ochenta y más años es ya muy importante, alcanza a quince de cada cien.

GRÁFICO Nº 97: COBERTURA DE ATENCIÓN DEL SAD ALAVÉS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

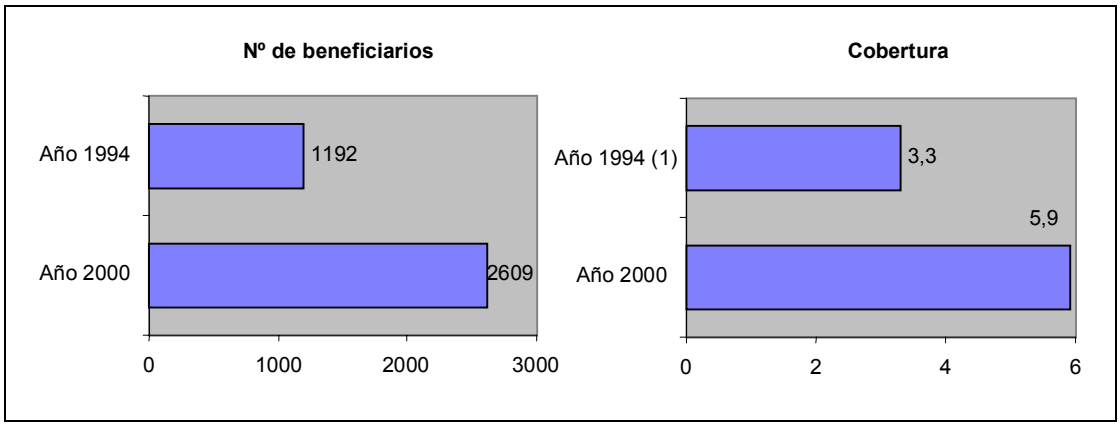


Fuente: Proyecciones de Población 2010. EUSTAT. I.F.B.S.

La eficacia vertical de este servicio, proporción de usuarios con discapacidad, se estima en el 65 por 100 del total; en otros términos, el SAD atiende a 913 personas mayores relativamente autónomas y a 1696 con problemas de dependencia. La eficacia horizontal del servicio, proporción de personas discapacitadas atendidas por el mismo, asciende al 21,5 por 100 si se toma como referencia a las que tienen problemas para la realización de las actividades de la vida diaria, y al 16,8 por 100 si el denominador está integrado por todos los mayores con discapacidad.

En el transcurso de los seis últimos años, entre el noventa y cuatro y el año dos mil, el número de beneficiarios se ha duplicado ampliamente, incremento del 119 por 100, mientras que la cobertura, que también ha aumentado, lo ha hecho, lógicamente, en menor proporción, en un 79 por 100; la tasa media anual de crecimiento del número de beneficiarios durante ese período puede considerarse elevada, del orden del catorce por ciento.

GRÁFICO Nº 98: EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DEL SAD EN EL PERÍODO 1994-2000

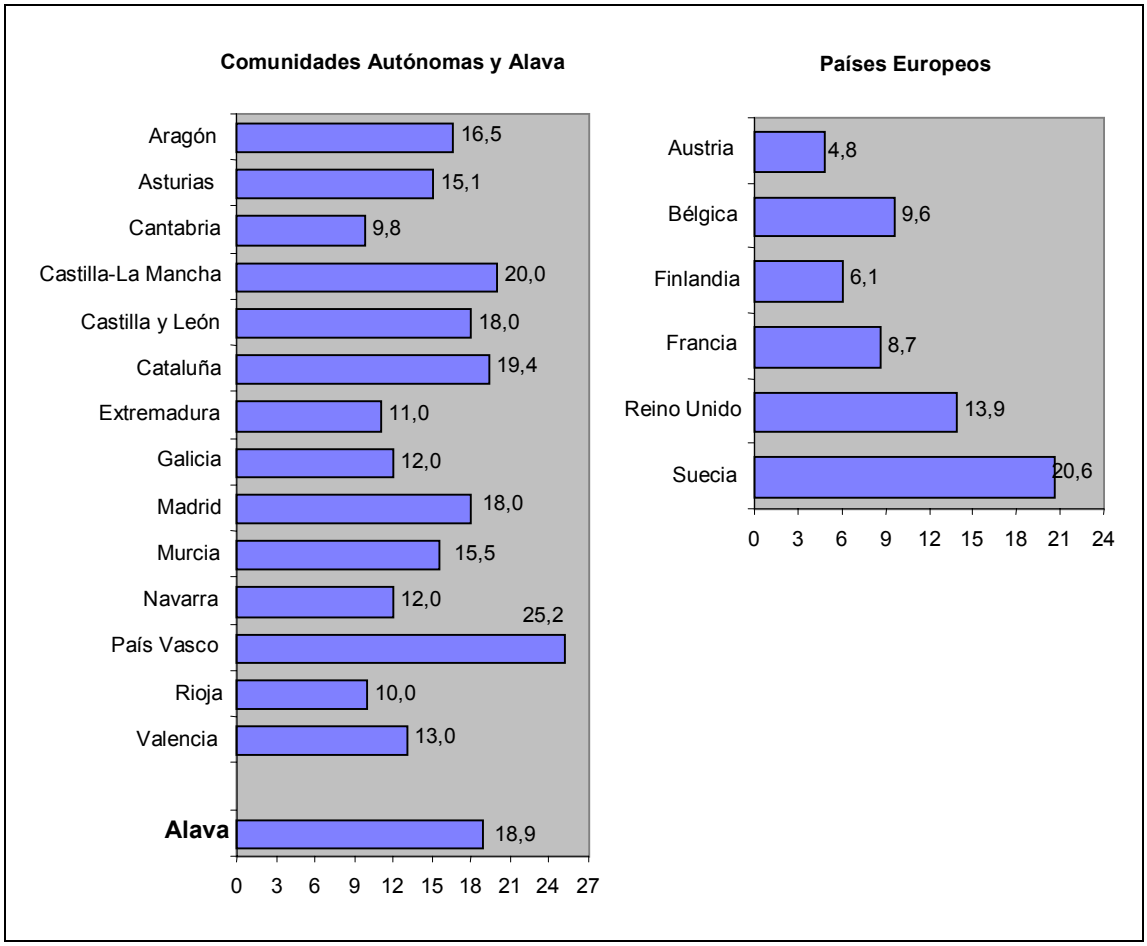


(1) La cobertura que figura en el informe del Ararteko está calculada sobre la población de 1990, 30.952 personas mayores; el denominador aquí está corregido, estimándose un colectivo de 36.000 personas, más próximo a la realidad.

Fuente: Informe Extraordinario del Ararteko. La asistencia no residencial a la tercera edad en la CAPV.

El número de horas que el servicio destina a la atención a las personas mayores llega casi a las quinientas noventa y tres mil anuales. La intensidad del servicio, medida en términos de horas/usuario/mes es de 18,9, cifra que, a nivel estatal, sólo es superada por Castilla-La Mancha, Cataluña y el propio País Vasco y, en relación a los países europeos considerados, excepto Suecia, resulta elevada.

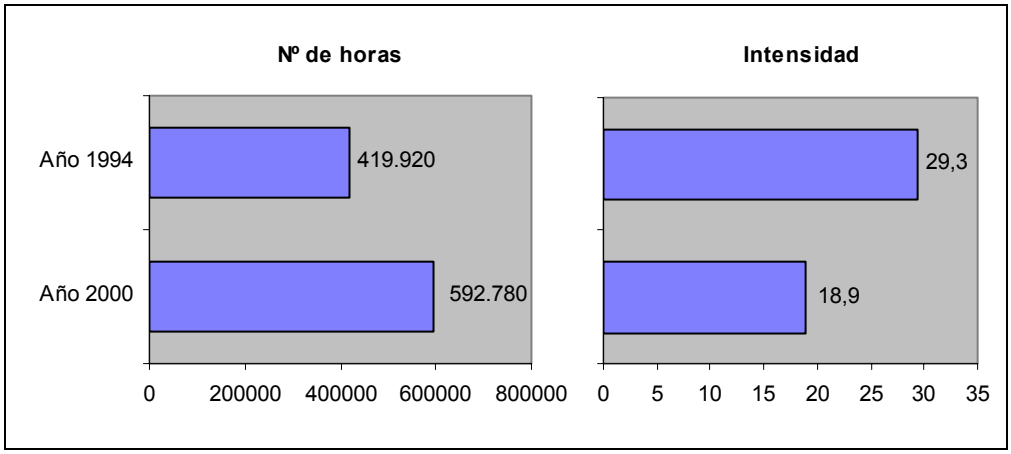
GRÁFICO Nº 99: INTENSIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DIFERENTES CONTEXTOS



Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Informe Extraordinario delArarteko. La asistencia no residencial a la tercera edad en la C.A.P.V.

Entre 1994 y el año 2000 el número total de horas de atención ha aumentado en un 41,2 por 100, incremento notablemente inferior al del número de beneficiarios, lo que se ha traducido en un descenso importante de la intensidad media del servicio, del orden del 35,5 por 100; en otras palabras, el SAD alavés adquiere un carácter más extensivo, atiende a más beneficiarios, pero la atención media que les presta es menor.

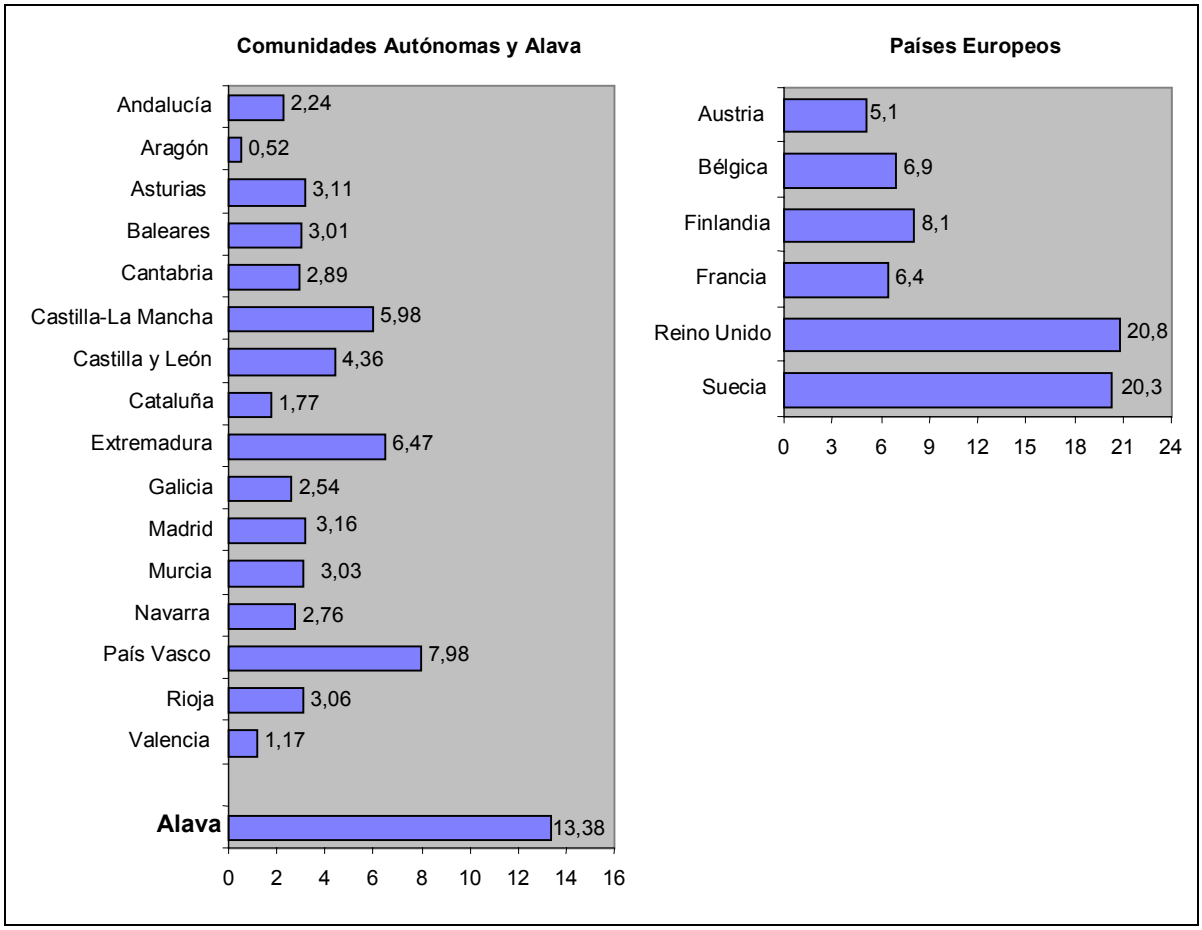
GRÁFICO Nº 100: EVOLUCIÓN DE LAS HORAS DE ATENCIÓN DEL SAD EN EL PERÍODO 1994-2000



Fuente: Informe Extraordinario del Ararteko. La asistencia no residencial a la tercera edad en la CAPV.

En resumen, en relación a las comunidades autónomas españolas, el servicio de atención domiciliaria alavés ofrece una cobertura notablemente mayor y una intensidad más elevada y, si se toma como referencia a los países europeos considerados, una cobertura bastante inferior pero una intensidad más alta. El nivel de atención, que es el indicador más sintético y expresivo del grado de desarrollo del servicio, al relacionar el número de horas anuales con el número de personas mayores, sitúa a la atención domiciliaria alavesa en una buena posición, claramente por encima de todas las comunidades españolas y por debajo tan sólo de Suecia y el Reino Unido.

GRÁFICO Nº 101: NIVEL DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN DIFERENTES CONTEXTOS



Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Informe Extraordinario del Ararteko. La asistencia no residencial a la tercera edad en la C.A.P.V.

Entre 1994 y el año 2000, el nivel, que estaba situado al comienzo de periodo en 11,7 horas anuales de atención por persona mayor, se ha incrementado en un 14,4 por 100.

El importante esfuerzo realizado en los últimos años en el desarrollo y afianzamiento del servicio público de atención domiciliaria alavés se plasma en una situación actual caracterizada por la atención a todas las demandas que se presentan, sin que existan listas de espera, que puede calificarse de satisfactoria con tres importantes matices:

- Es posible que todavía sigan existiendo en Álava personas mayores, clientes potenciales del servicio, que no lo soliciten en razón del desconocimiento o mal conocimiento del programa.

- Las condiciones de acceso al servicio –tarifas, horarios, tareas asignadas, elección del trabajador…- pueden limitar de forma notable las demandas, sin que se tenga una idea precisa de sus repercusiones efectivas, que pueden ser importantes.

- La práctica totalidad de los usuarios considera que el tiempo de servicio es escaso, a la vista de las últimas investigaciones realizadas sobre el tema.

Como prestaciones complementarias a la atención domiciliaria, existen en Álava cuatro servicios:

- Comidas domiciliarias, del que se benefician 84 ancianos residentes en la capital.

- Asistencia y apoyo telefónico, en estado incipiente de implantación.

- Programa de pequeños arreglos y reformas en las viviendas, desarrollado mediante convenio con un taller de mayores de una asociación de jubilados.

- Teleasistencia. A lo largo del año 2000 este servicio estuvo instalado en 808 hogares de personas mayores –el 75 por 100 mujeres y el 63 por 100 personas con ochenta años cumplidos- ofreciendo cobertura al 1,8 por 100 del colectivo de personas mayores, ratio que resulta un 48 por 100 más alto que el correspondiente al conjunto de la Comunidad y que, en el contexto del Estado, sólo es superado en Navarra, 2,2 por 100 de cobertura.

Para concluir, habría que señalar que la iniciativa privada ya ha hecho acto de presencia en este ámbito; en el año 2000 funcionaban en Álava seis empresas particulares de atención domiciliaria que contaban, en conjunto, con 72 usuarios.

La atención domiciliaria: aspectos cualitativos

En el momento de redactarse este Plan el Ayuntamiento de la capital y la Diputación Foral se encuentran en proceso de negociar la reorganización de diferentes servicios, entre ellos el de atención domiciliaria de Vitoria-Gasteiz, caracterizado por la existencia de dos redes, la municipal, que atiende a las personas con mayor grado de autonomía, ofreciéndoles fundamentalmente ayuda para la realización de las tareas domésticas, y la foral, especializada en los mayores con niveles de dependencia más altos, a los que se ofrece principalmente apoyo para los cuidados personales. La iniciativa de acabar con la fragmentación de este servicio, unificando las dos redes y haciendo depender el programa resultan-

te del Ayuntamiento, no sólo es positiva desde la perspectiva de la racionalización de los recursos, sino también desde la de la atención a los ciudadanos: contribuirá a clarificar el panorama, evitando confusiones, aliviará la carga de trámites administrativos y, lo que es fundamental, facilitará la continuidad de los cuidados mediante la asignación de un único profesional de referencia, así como la consideración global de las necesidades de las personas atendidas.

El servicio de atención domiciliaria es un elemento de apoyo que se añade a los demás recursos de que dispone el propio individuo y su entorno, y se conjuga con ellos para mejorar globalmente las condiciones de vida de la persona atendida. Su adecuada implantación requiere una evaluación global de las necesidades y las posibilidades, un plan de intervención que ordene y aúne los recursos, y un seguimiento periódico de la efectividad del plan, atento a los continuos cambios a que se encuentran sujetos tanto la persona atendida como su entorno. Como ya ha quedado expuesto en el capítulo sobre los servicios sociales de base, la práctica de elaborar planes individuales de atención cuando se concede un SAD no está plenamente generalizada en este Territorio; parece garantizada en la capital, donde residen la mayoría de los beneficiarios, pero la mayor parte de los restantes servicios sociales de base no trabajan todavía de acuerdo con ese criterio de buena práctica, pudiendo resentirse con ello la eficiencia y la calidad de los servicios prestados.

El núcleo del programa de asistencia domiciliaria es la prestación de servicios personales, y la calidad de la atención queda por ello en manos de los trabajadores domiciliarios. Aunque sus condiciones laborales han mejorado sensiblemente en los últimos años y se han ido homogeneizando, todavía se siguen planteando reivindicaciones de esta naturaleza, centradas en cuestiones tales como la estabilidad del puesto de trabajo, la remuneración horaria, la no consideración del tiempo y el coste de los traslados. No resulta lógico que el esfuerzo de mantener a los ancianos en sus domicilios, que debería ser social, recaiga en parte sobre los trabajadores, y es también evidente que sus condiciones laborales algo tienen que ver con la calidad de la atención prestada.

El estatus de estos profesionales sigue todavía sin estar claramente perfilado y los esfuerzos realizados en su formación han tenido carácter puntual y contenido muy diverso, sin responder a un plan continuado. El tema de la formación de los recursos humanos no puede, en modo alguno, trivializarse; los trabajadores atienden a personas muy distintas, con problemáticas muy diferentes y en un contexto relacional que, cuando menos, se puede calificar de delicado y, todo ello, no puede asentarse únicamente en el sentido común y el buen hacer que se les supone.

Los trabajadores domiciliarios, en general, no conocen bien las posibilidades que ofrecen una serie de ayudas técnicas que podrían simplificarles el trabajo, aliviarles de la realización de tareas pesadas y mejorar la calidad de la atención, y hacen poco uso de ellas.

La práctica de contratar la realización de los servicios con entidades privadas tiene aspectos muy positivos relacionados con los costes, la flexibilidad y la eficacia, pero corre el riesgo de contribuir a aislar unos servicios, ya de por sí bastante encerrados en sí mismos, y fragmentar una atención que debiera tener carácter global y estar bien enmarcada y relacionada en el seno de una política de atención comunitaria. La coordinación existente entre este servicio y otros recursos formales –fundamentalmente de los ámbitos sanitario y social- y otros recursos informales, es escasa y ello puede redundar también en un descenso de la calidad de la atención y en un desaprovechamiento de las sinergias potenciales.

Muchos beneficiarios de este servicio y sus familiares desconocen la reglamentación del mismo, sus derechos y obligaciones y los procedimientos de sugerencias y quejas, abriéndose con ello las puertas a situaciones de posible indefensión y limitándose las posibilidades de perfeccionamiento del sistema.

Aunque la mayor parte de los usuarios se muestran satisfechos con los horarios de atención, el servicio tiene poca flexibilidad para atender problemas que se pueden producir durante la noche, necesidades de acompañamiento, y durante los fines de semana, en términos de alivio a los cuidadores.

El servicio en ocasiones se ofrece a hombres cuya única dificultad para realizar tareas domésticas estriba en sus limitaciones culturales. Se han empezado ya a experimentar fórmulas alternativas y/o complementarias –cursillos de economía doméstica, cocina, servicios de asesoramiento…- pero estas actuaciones no se encuentran totalmente asentadas, carecen de continuidad y no todas las personas que lo necesitan tienen acceso a las mismas.

El establecimiento de precios públicos superiores a los del mercado prima la contratación particular y frena el acceso a personas con niveles altos de renta a una atención que debiera ser cualificada y estar conectada a una red de servicios sociales con vocación universal.

El teléfono de emergencia está valorado como un servicio de bajo coste y elevado nivel de eficacia en términos de ofrecer seguridad y tranquilidad a los usuarios y de garantizar una atención rápida a problemas sobrevenidos. Se trata, sin embargo, de uno de los servicios para personas mayores peor conocido por éstas –a nivel estatal sólo sabe de su existencia el 29,2 por 100- y presenta algunos pro-

blemas en su utilización que aconsejarían la puesta en marcha, con carácter sistemático, de un buen protocolo de instalación.

El programa de contactos telefónicos regulares con personas en situación de riesgo se encuentra en sus inicios; ofrece, sobre el papel, un enorme interés, especialmente para las personas que viven solas, pero debería ser evaluado con vistas a su perfeccionamiento y posterior extensión en base a un voluntariado bien preparado.

2.2.4.6. Servicios diurnos

Aspectos cuantitativos

El número de centros vinculados directa o indirectamente a la red pública que ofrecen servicios a las personas mayores en este Territorio asciende a setenta y tres; atendiendo a su tipología pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Centros de día asistenciales, diez, de los cuales tres son psicogeriátricos, dedicados a la atención de personas con problemas importantes de autonomía y que disponen del apoyo familiar suficiente como para no necesitar ingresar en una residencia.

- Residencias que ofrecen estancias diurnas, diez, con la misma tipología de usuarios que los centros de día asistenciales.

- Centros rurales de atención diurna, ocho, destinados a personas con problemas de aislamiento que no presentan un alto grado de dependencia.

- Hogares y clubs de jubilados, cincuenta, abiertos a todas las personas mayores y utilizados principalmente por las que tienen un buen nivel de autonomía; a diferencia de los anteriores no ofrecen atención personalizada y tienen fundamentalmente un carácter recreativo. El estudio se refiere a ellos dentro del epígrafe "Otros programas y actividades dirigidas a las personas mayores".

- Comedores, cinco, que limitan su actividad a la prestación de este servicio.

Desde una perspectiva asistencial, los centros que mayor interés ofrecen son los incluidos en las tres primeras categorías que tienen en común, como se deduce de lo expuesto, dos características impor-

tantes: el perfil de los usuarios, personas dependientes y/o con problemas de soledad, y la oferta de una atención individualizada destinada a paliar esos problemas. El número de plazas que ofrecen estos centros en el año 2001 y el número de sus usuarios, a lo largo del ejercicio 2000, aparecen recogidos en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 8: PLAZAS Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA

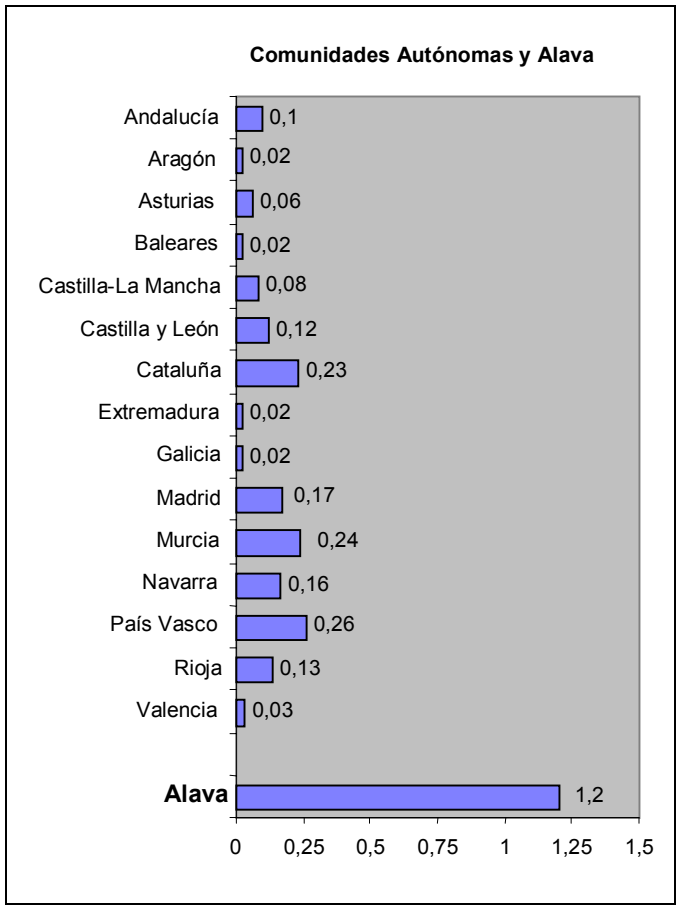
	Plazas 2001			Usuarios 2000		
	Asistidas	**Psicoger.**	**Total**	**Autónomos**	**Discapac.**	**Total**
Centros de día	227	118	345	-	259	259
Estancias diurnas residencias	101	-	101	-	61	61
Centros rurales de atención	87	-	87	41	14	55
Total	415	118	533	41	334	375

Fuente: Secretaría Técnica del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

Como se deduce de los datos contenidos en este cuadro, los servicios se caracterizan por tener una eficacia vertical muy alta, del orden del 89,0 por 100 en conjunto, en razón del carácter especializado de los dos primeros tipos de centros. Su eficacia horizontal, sin embargo, resulta todavía muy baja, tan sólo alcanza el 4,2 por 100 de las personas mayores con problemas de discapacidad para las actividades de la vida diaria y el 2,8 por 100 si se computan todos los mayores con problemas de discapacidad.

La evolución seguida por estos servicios ha sido muy desigual. Los primeros empezaron a funcionar hace una quincena de años, pero hasta mediados de los noventa no comienza su fase de expansión: en 1994 disponían únicamente de 156 plazas, multiplicando su número por 3,4 en el transcurso de tan sólo siete años. En cualquier caso, la cobertura que proporcionan los servicios alaveses, 1,2 plazas por cada cien personas mayores, es sensiblemente más elevada que la que se ofrece en cualquier otra de las Comunidades Autónomas, donde este tipo de servicios tiene un carácter aún más novedoso.

GRÁFICO Nº 102: COBERTURA DE ATENCIÓN PROPORCIONADA POR LOS CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA EN LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2000. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales.

En relación a los restantes servicios diurnos vinculados al sector público, tan sólo merece la pena por el momento señalar que:

- El mantenimiento de los cincuenta hogares y clubs de jubilados supuso para las administraciones públicas un desembolso de 176 millones de pesetas en el ejercicio dos mil.

- Los cinco comedores del Ayuntamiento de la capital suministraron algo más de treinta y cuatro mil comidas en aquel año, disponiendo de una clientela habitual de noventa y seis personas, y su mantenimiento supuso un gasto para las arcas municipales de veintisiete millones y medio de pesetas.

Además de los centros dependientes en mayor o menor grado de la red pública funcionan también en este Territorio tres centros de día privados con un total de veintisiete plazas, siete e ellas psicogeriátri-

cas, y nueve centros residenciales, también privados, que en conjunto ofrecen diecinueve plazas de atención diurna.

Aspectos cualitativos

Son dos las investigaciones encargadas por el I.F.B.S. para evaluar la calidad de la atención prestada por sus servicios diurnos; la primera, realizada a finales del noventa y nueve, tenía como objeto de observación los centros de día asistenciales, mientras que la segunda, efectuada dos años más tarde, fijaba su atención en los centros rurales. Las conclusiones a las que se llega en uno y otro estudio son bastante similares, es razonable pensar que sean también referibles a los servicios diurnos municipales, y son las que, de forma resumida, constituyen el cuerpo de este apartado.

El grado de satisfacción de los usuarios de estos servicios y de sus familiares es muy elevado, y los indicadores básicos de calidad obtienen puntuaciones altas, especialmente en lo que respecta a la atención a las necesidades esenciales, alimentación, aseo, seguridad, comodidad… Los usuarios se muestran así mismo satisfechos con el personal y con las relaciones que mantienen con ellos, observando éstos un escrupuloso respeto a hacia aquéllos en aspectos tan delicados como la intimidad, la privacidad, la participación… Esta es la conclusión más importante de los dos estudios y el balance general, desde la perspectiva de los usuarios, familiares e investigadores, ofrece un saldo claramente positivo.

El funcionamiento de estos centros, de todas formas, es también perfeccionable, en opinión de los técnicos encargados de los estudios. Se trata de iniciativas relativamente novedosas en nuestro contexto, y siempre resulta difícil poner en marcha un modelo de atención nuevo que responda plenamente a las expectativas creadas, tanto más cuanto esas expectativas no están claramente perfiladas. De acuerdo con las directrices de los expertos, los servicios diurnos tendrían más que ver con los programas que éstos son capaces de desarrollar para mejorar las condiciones de vida de los usuarios, que con la existencia de un centro físico que permita acoger a los usuarios ofreciéndoles unas buenas condiciones materiales, y por ahí van la mayor parte de las propuestas de mejora contenidas en esas evaluaciones.

El bajo nivel de actividades y programas desarrollados dentro de la mayor parte de los centros, y la estanqueidad de éstos en relación a los recursos comunitarios, con un escaso aprovechamiento de los mismos, constituyen las críticas de mayor calado dirigidas a los servicios diurnos. En su funcionamiento cotidiano estos centros tienden a garantizar que sus usuarios están materialmente bien cuida-

dos –en cualquier caso, siempre mejor que en sus domicilios-, pero esa forma de proceder homogeneiza la atención y tiene poco en cuenta los requerimientos particulares de los mismos, dificultando el tratamiento individualizado de los problemas. El origen de esta situación, en opinión de los evaluadores, no es conceptual, radica en la escasa dotación de personal de que disponen estos centros, estando suficientemente ocupados los trabajadores con garantizar la cobertura de las necesidades básicas que, como se ha reiterado, se consideran bien cubiertas.

El excesivo tiempo empleado en el traslado desde el domicilio hasta el centro, particularmente en las zonas rurales, pero también en la capital, constituye una de las quejas más frecuentes de los usuarios y sus familiares. Se trata de un problema difícil de resolver por la vía de los recursos formales –la escasa intervención de personal voluntario es tónica común de estos servicios, no sólo en el área del transporte, sino en todas-, debido al elevado coste que se derivaría de la oferta de un transporte público personalizado, a la medida y, por tanto, flexible. El transporte colectivo es una oferta más de los centros que debe valorarse como positiva, pero ello implica para algunos usuarios un desplazamiento excesivo y, por otra parte, la acomodación a su uso se traduce en que los horarios de atención de los centros, que son flexibles, acaben convirtiéndose en rígidos, al menos desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares.

Aunque en opinión de éstos el nivel de participación es satisfactorio –se les escucha y se tienen en cuenta sus opiniones-, formalmente estos centros no llegan a cumplir al cien por cien los requerimientos exigibles en esta materia: muchos de ellos carecen de una declaración escrita de objetivos y funciones, no existen en general órganos de representación, y la mayoría de los centros carecen de procedimientos protocolizados de sugerencias y quejas.

Habría que señalar, también, que los usuarios tienden a considerar que el horario es excesivo, mientras que sus familiares lo consideran en general escaso y proponen, además, la apertura de los centros durante los fines de semana, aunque su utilización sea ocasional; este colectivo echa en falta, así mismo, también con carácter general, una cuestión que tiene menos que ver con sus intereses particulares, el asesoramiento y apoyo en el trato con las personas que de ellos dependen.

2.2.4.7. Recursos alternativos al domicilio habitual

Introducción

Las personas mayores que en un momento dado se ven obligadas a abandonar su hogar por la imposibilidad de seguir viviendo en él constituyen, sin duda, desde una perspectiva social, un grupo de alto riesgo. Renunciar a un entorno inmediato tan securizante como el domicilio propio, verse obligado muchas veces a perder de vista un medio social que le reconoce como persona y en el que se desarrolla como tal y tener que hacerlo debido a problemas de incapacidad, de soledad o de naturaleza económica, es reunir una colección de traumas personales que justifican plenamente esta apreciación.

La atención de las administraciones públicas suele centrarse de forma casi exclusiva en las personas que optan por la alternativa de acceder a los recursos formales de carácter público, pero éstas no constituyen más que una parte pequeña del conjunto de personas mayores obligadas al abandono de su hogar. El resto de estas personas, la mayoría, optan por alternativas tales como:

- Ir a vivir a casas de familiares próximos, la opción todavía más generalizada, a pesar de la crisis que atraviesa la red informal de atención.

- Contratar particularmente la atención residencial mediante fórmulas que van desde el ingreso en una institución específica hasta el puro pupilaje.

- Conveniar con otras personas formas de vida comunitarias, fórmula todavía poco arraigada pero que en otros países ha alcanzado cierta entidad.

Ninguna de esas alternativas está exenta de riesgos y si nuestros servicios sociales, de acuerdo con el modelo vigente, deben enfatizar sus tareas preventivas, no pueden soslayar el abordaje, prudente y discreto, de esas situaciones, como lo viene haciendo hasta ahora; el desconocimiento prácticamente total de la dimensión alcanzada por estos fenómenos es la prueba más evidente de esta afirmación.

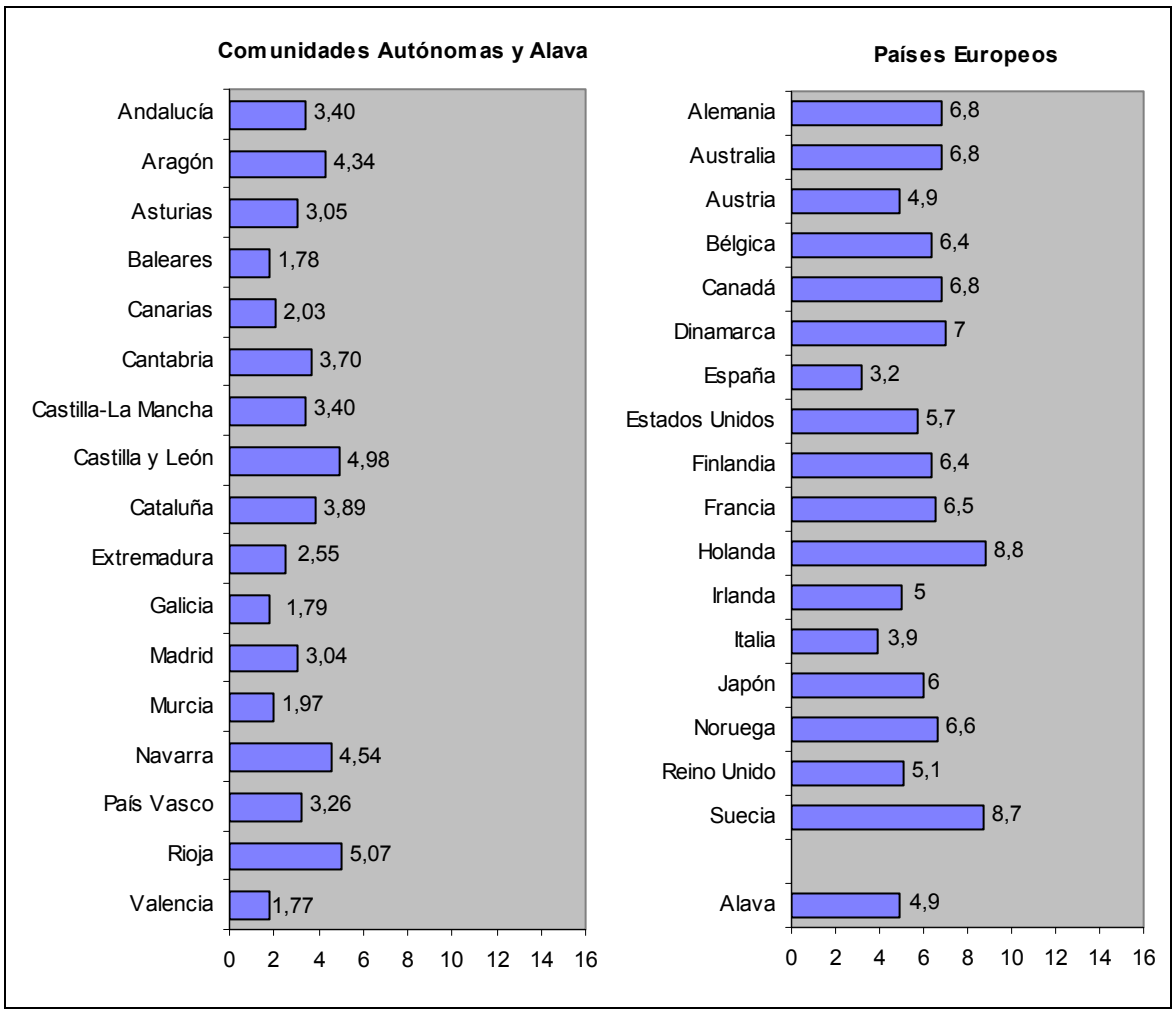
Los servicios residenciales: aspectos cuantitativos

La oferta de plazas residenciales para personas mayores en Álava, en el año 2001, asciende a 2.259, cifra que, en relación a la población mayor proyectada para ese mismo año, se traduce en una cobertu-

ra de 4,91 plazas por cada cien personas de sesenta y cinco y más años. En relación a las coberturas alcanzadas en otros ámbitos próximos, puede constatarse que el ratio alavés:

- Supera al del conjunto de la Comunidad Autónoma en un 51 por 100[1].
- Resulta un 53 por 100 más alto que el del Estado Español[1].
- Sólo es superado, ligeramente, en dos Comunidades Autónomas, Castilla y León y Rioja[1].
- Es un 30 por 100 inferior al de la Unión Europea, que se sitúa en el 7 por 100.
- Es un 2 por 100 más bajo que el del conjunto de los países de la OCDE, 5 por 100.

GRÁFICO Nº 103: COBERTURA DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES EN DIFERENTES ÁMBITOS



Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2000. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales.
The health of older persons in OECD countries. OCDE. 1998.

[1] Las tasas de cobertura de España y de sus Comunidades Autónomas están algo infladas, ya que las plazas corresponden al ejercicio 99 y la población mayor al 96.

La información disponible sobre estas plazas permite adentrarse en sus análisis desde tres perspectivas diferentes:

- La titularidad de los centros, que influye de manera importante en el coste de las plazas y en la aportación de los usuarios. La mayor parte de ellos son de la Diputación o los Ayuntamientos –58,8 por 100, 1.329 en total-, aunque la red pública está integrada por 1.417 plazas, el 62,7 por 100, ya que 88 de titularidad privada se encuentran concertadas con esas entidades públicas.

- El tipo de centro desde donde se ofrece la plaza. Los pisos y apartamentos disponen tan sólo de 437, el 19,4 por 100, mientras que las residencias acaparan las restantes 1.822; es importante señalar que 776 de ellas se concentran en cinco residencias de más de cien plazas.

- La tipología de las personas atendidas. La mayor parte de las plazas ya, 1543, tienen como población diana a ancianos dependientes –de ellas 534 son plazas psicogeriátricas-, mientras que el resto se destinan a personas autónomas.

CUADRO Nº 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES ALAVESAS DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

		Plazas autónomas	Plazas asistidas		Total plazas
			Psicogeriátricas	Otras asistidas	
Red pública	Resid. públicas concertadas	287	510	421	1.218
	Viviendas tuteladas	199	-	-	199
Red privada	Residencias	42	24	538	604
	Viviendas comunitarias	188	-	50	238
Total		716	534	1009	2.259

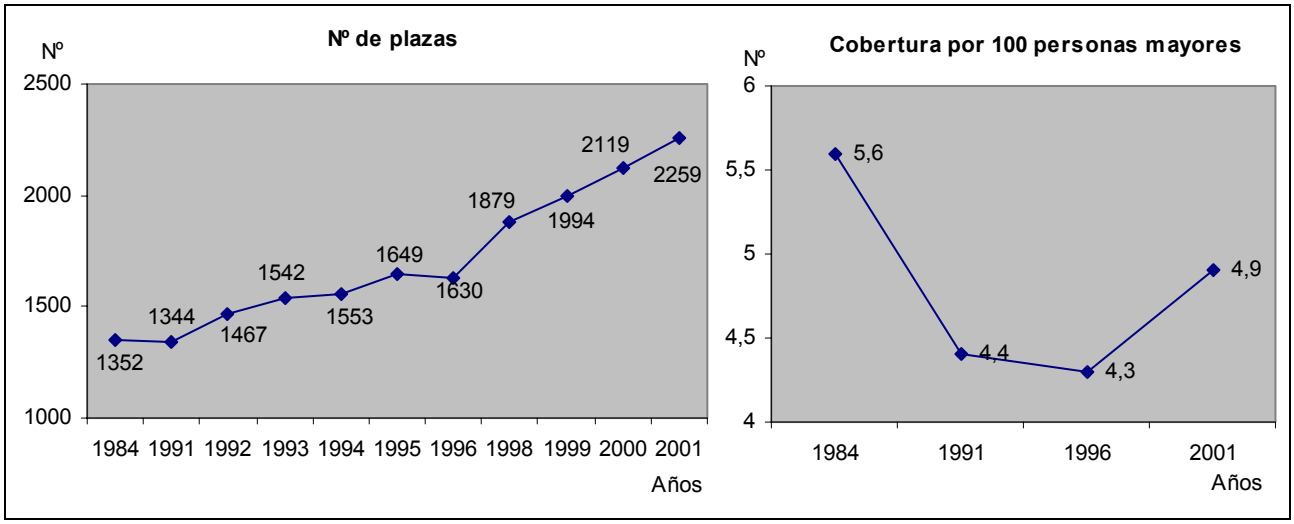
Fuente: Secretaría Técnica del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

De acuerdo con estos datos, la eficacia vertical de los servicios residenciales alaveses –proporción de usuarios con problemas de dependencia respecto al total de usuarios- alcanza el 68,3 por 100, 65,7 en los centros públicos y 72,7 en los privados, y su eficacia horizontal –porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios-, el 19,5 por 100, 11,6 a partir de las plazas públicas y 7,9 en base a las plazas privadas, si se toma como referencia a los mayores con problemas para la realización de las actividades de la vida diaria, y el 13,0 por 100, si se toma en consideración a todas las personas ancianas con problemas de discapacidad.

El enorme esfuerzo realizado en los últimos años para ampliar y reorientar los servicios residenciales no queda totalmente de manifiesto a través de la evolución del número de plazas, ya que en los últi-

mos años se ha procedido también al cierre de importantes centros que habían quedado obsoletos –su incidencia es muy importante a finales de los ochenta-, a la reconversión de plazas de válidos en asistidas, que siempre arroja un saldo negativo, y a la supresión de habitaciones múltiples, que también produce el mismo efecto; en cualquier caso, teniendo en cuenta estas consideraciones, resulta de interés poner de manifiesto esa evolución.

GRÁFICO Nº 104: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS RESIDENCIALES Y DE SU COBERTURA EN ALAVA



Fuente: Mapa de Servicios Sociales de Álava.
Estadística de Servicios Sociales. Entidades y Centros. EUSTAT.

En los cambios registrados por esta variable se advierten tres etapas claramente diferenciables:

- 1984-1991. Se caracteriza por un estancamiento de la oferta provocada por el cierre de centros, lo que hace disminuir la tasa de cobertura en un 21,5 por 100.

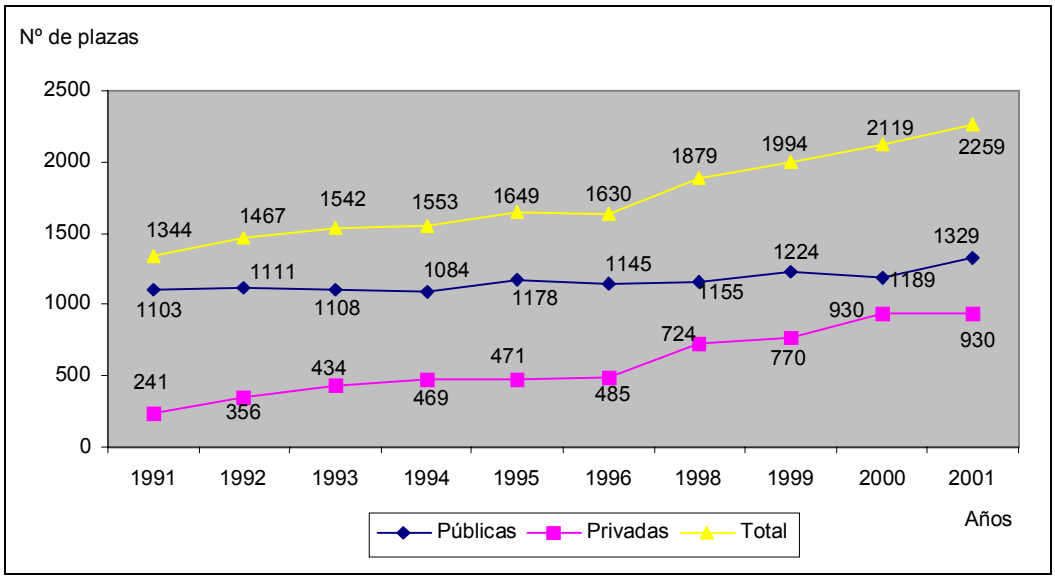
- 1991-1996. El saldo neto es positivo, el número de plazas aumenta por término medio en 57 al año, pero ello no evita un ligero descenso de la tasa de cobertura.

- 1996-2001. El ritmo medio anual de crecimiento es de 126 plazas, y ello permite elevar en seis décimas la cobertura de los servicios.

Es muy importante tener en cuenta, cuando se observa este proceso, el distinto nivel de protagonismo de las entidades públicas y de las entidades privadas. En 1991 el porcentaje de plazas privadas representaba tan sólo el 17,9 por 100 mientras que, diez años más tarde, alcanzaba el 41,2; frente a un incremento de las plazas públicas de menos del cuatro por cien en el primer quinquenio y del orden del

dieciséis por ciento en el segundo, las privadas prácticamente se duplican cada quinquenio. En otros términos, el mantenimiento y la recuperación de la tasa de cobertura es el resultado del dinamismo empresarial y tiene como corolario la progresiva privatización de la oferta.

GRÁFICO Nº 105: EVOLUCIÓN DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES PÚBLICAS Y PRIVADAS



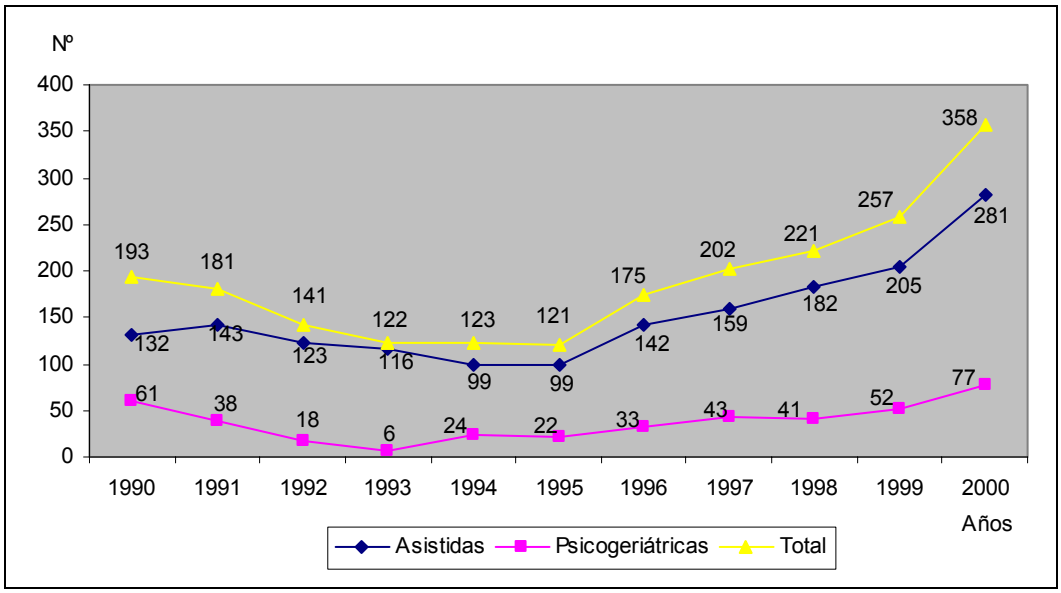
Fuente: Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros. EUSTAT
Secretaría Técnica del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

Resultaría también del mayor interés analizar el proceso de reorientación de los servicios residenciales hacia la atención a las personas mayores dependientes, pero el sistema de información no lo autoriza. No ha existido en el transcurso del tiempo investigado una diferenciación clara entre lo que es una plaza para persona autónoma y lo que es una plaza para una persona dependiente –las residencias mixtas son un buen exponente de ello- y, en numerosas ocasiones, el primer tipo de plaza se ha transformado en el segundo -y el cambio se ha contabilizado como tal- por la progresiva incapacitación de su usuario, sin que las características de dicha plaza hayan variado sustancialmente, fenómeno que, sin duda, ha debido repercutir en la calidad de la atención. Lo que sí resulta claro es que la reorientación se está produciendo y está alcanzando además hondo calado como pone de manifiesto la actual estructura de la oferta, muy lejos de la existente hace una decena de años.

En cualquier caso, el proceso de reorientación de los servicios hacia la atención a las personas con discapacidad no ha llegado en ningún momento a satisfacer todas las demandas, como lo ponen claramente de manifiesto las listas de espera para plazas asistidas y psicogeriátricas; hay que tener en cuenta, no obstante, que en el 2001 se abrió una residencia con capacidad para 140 personas

dependientes, 30 de ellas con problemas psicogeriátricos, lo que indudablemente contribuirá a mejorar los resultados correspondientes a ese año.

GRÁFICO Nº 106: EVOLUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA PARA PLAZAS ASISTIDAS Y PSICOGERIÁTRICAS 1990-2000

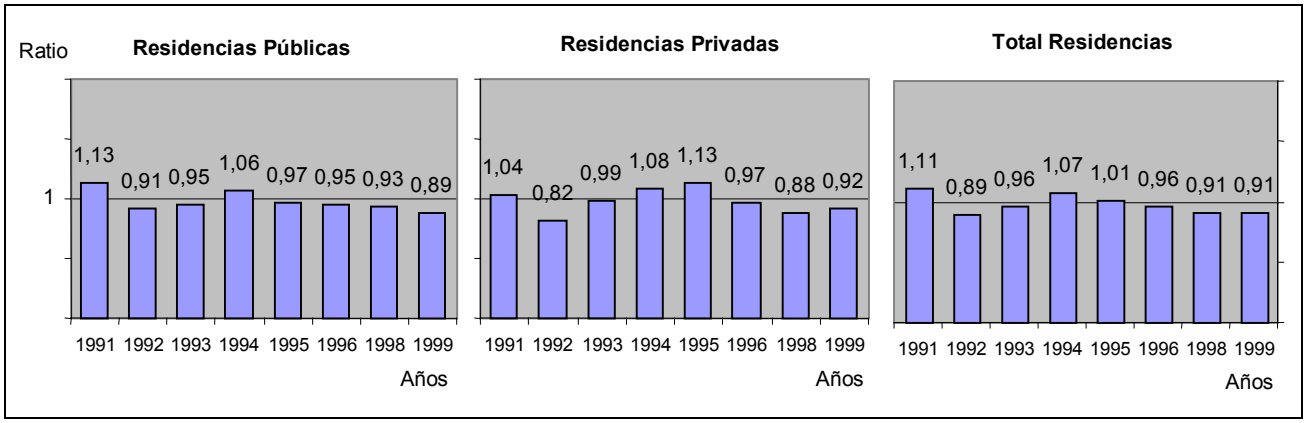


Fuente: Secretaría Técnica del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

La información disponible sobre usuarios es también muy mejorable: hay dos escalas de discapacidad diferentes que presentan problemas de homologación, estas escalas tienen únicamente carácter binario –se limitan a catalogar a los residentes en autónomos y dependientes a efectos administrativos y financieros-, existen pocos datos sobre estancias medias e índices de rotación, variables que permitirían dimensionar mejor los servicios necesarios; los datos, en definitiva, son escasos, poco operativos a efectos de planificación y, en ocasiones, dudosos.

La estadística de servicios sociales que anualmente elabora el EUSTAT muestra que el número de usuarios –personas distintas que a lo largo del año hacen uso de los servicios- gira aproximadamente en torno al más/menos diez por cien del número de plazas; un ratio usuarios/plaza superior a uno no garantiza un nivel de ocupación elevado, pero lo que sí es evidente es que cuando ese ratio es inferior a uno puede existir un desaprovechamiento de recursos quizás importante y que, sin embargo, no ha sido objeto de la debida atención.

GRÁFICO Nº 107: EL RATIO USUARIOS/PLAZAS EN LAS RESIDENCIAS ALAVESAS: EVOLUCIÓN 1991-1999



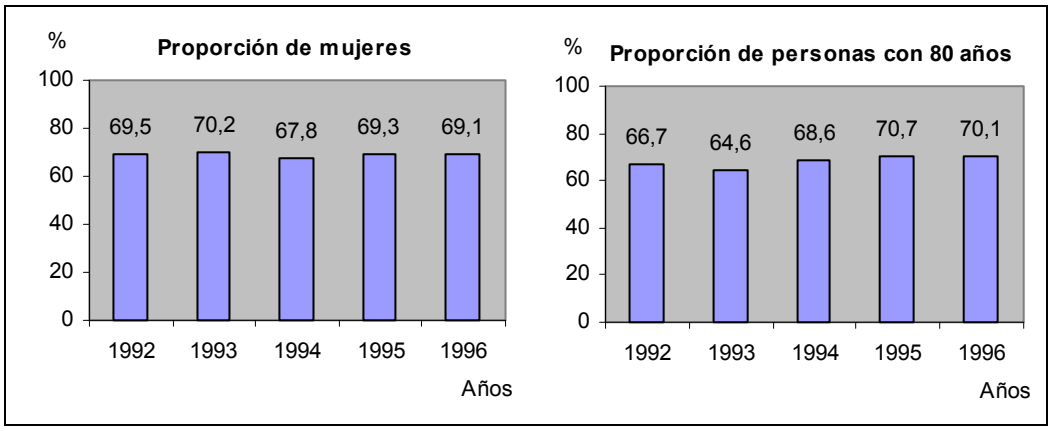
Fuente: Estadística de Servicios Sociales. Entidades y Centros. EUSTAT.

La información que ofrece el EUSTAT sobre estos usuarios –y ello sólo para algunos años- se limita a su estructura por edad y sexo, y lo único que puede deducirse de dichos datos es que:

- las mujeres vienen a representar más de las dos terceras partes del total, en torno al sesenta y nueve por cien;

- el envejecimiento de los residentes, medido por la proporción que representan los que han cumplido los ochenta, parece progresar con el paso del tiempo, situándose a mediados de los noventa alrededor del setenta por ciento.

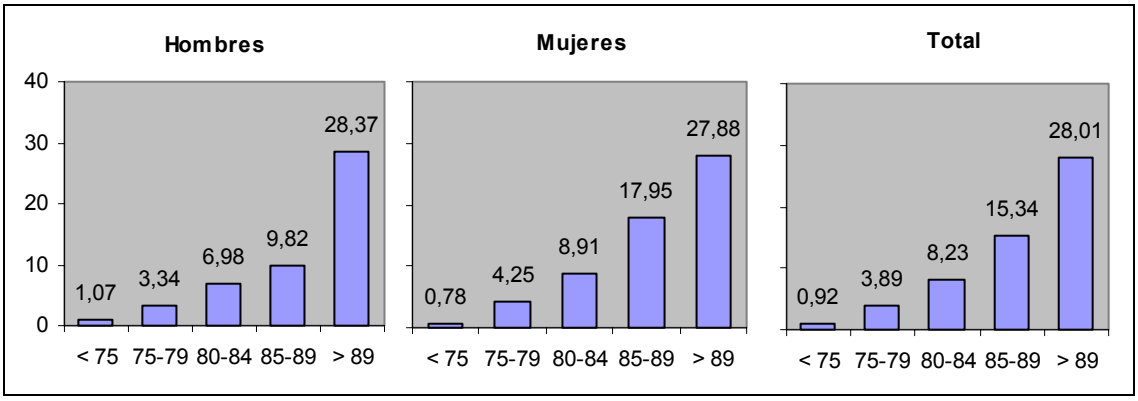
GRÁFICO Nº 108: LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES: SEXO Y NIVEL DE ENVEJECIMIENTO



Fuente: Estadística de Servicios Sociales. Entidades y Centros. EUSTAT.

Aunque las coberturas específicas de atención por sexo y grupos de edad constituyen un cuerpo de datos sumamente relevante para la planificación, no hay información suficiente para investigar su evolución; tan sólo pueden calcularse las correspondientes al ejercicio noventa y seis, que son las que aparecen recogidas en el siguiente gráfico:

GRÁFICO Nº 109: COBERTURAS ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. 1996



Fuente: Anuarios Estadísticos. EUSTAT.

De los datos expuestos se deduce que las coberturas prácticamente se duplican según se pasa de un quinquenio de edad a otro, hasta llegar al 28 por 100 entre los alaveses que han cumplido los noventa años, y que las diferencias entre hombres y mujeres no son excesivamente relevantes; los primeros hacen más uso de estos servicios en los estratos de edad extremos y, las segundas, en los intermedios.

Las residencias son recursos con un elevado consumo de servicios personales y, lógicamente, la calidad de la atención que se presta en ellas está en buena medida determinada por la proporción de trabajadores existentes en los diferentes centros. También en este caso la información disponible es algo deficiente, al menos por dos razones:

- Las obervaciones periódicas que se realizan centran la atención en el personal propio, sin tener en cuenta el progresivo, y ya importante, fenómeno de la subcontratación de muchos servicios.

- Sólo se ofrecen datos desglosados por titularidad de los centros, sin tener en cuenta, porque la información de base es parcial, el carácter de las plazas o el nivel de discapacidad de los usuarios, perspectivas, sin duda, mucho más relevantes.

El personal propio con que cuentan estos centros asciende, en 1999, a 1008 trabajadores a dedicación plena equivalente, el 60 por ciento de los cuales está incluido en la categoría de personal sanitario; se

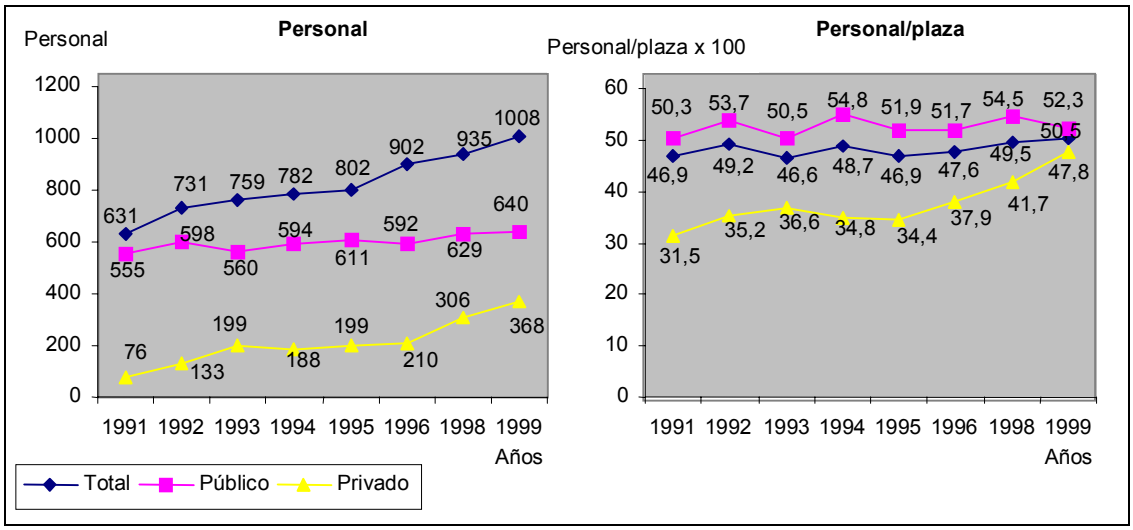
trata del recurso social destinado a la atención de ancianos que cuenta con un número más elevado de trabajadores y en el que más se mezclan los aspectos sociales con los sanitarios.

La evolución seguida en los últimos años por esta variable pone de manifiesto dos aspectos de interés:

- El número de trabajadores propios crece en mayor proporción que el de plazas, incrementándose entre 1991 y 1999 el ratio personal/plaza en un 7,6 por 100, fenómeno indudablemente vinculado al incremento de la dependencia en los centros pero que, como se ha indicado, no refleja plenamente toda la dimensión de los cambios al soslayar el tema de las subcontrataciones.

- Las residencias privadas que al comienzo del período investigado tenían unos ratios de personal/plaza llamativamente más bajos que las públicas, han sido las que han hecho un esfuerzo más importante de ampliación de plantillas, aproximándose notablemente a las públicas el término del período investigado.

GRÁFICO Nº 110: EVOLUCIÓN DEL NUMERO DE TRABAJADORES Y DEL RATIO PEROSNAL/PLAZA EN LAS RESIDENCIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS ALAVESAS 1991-1999



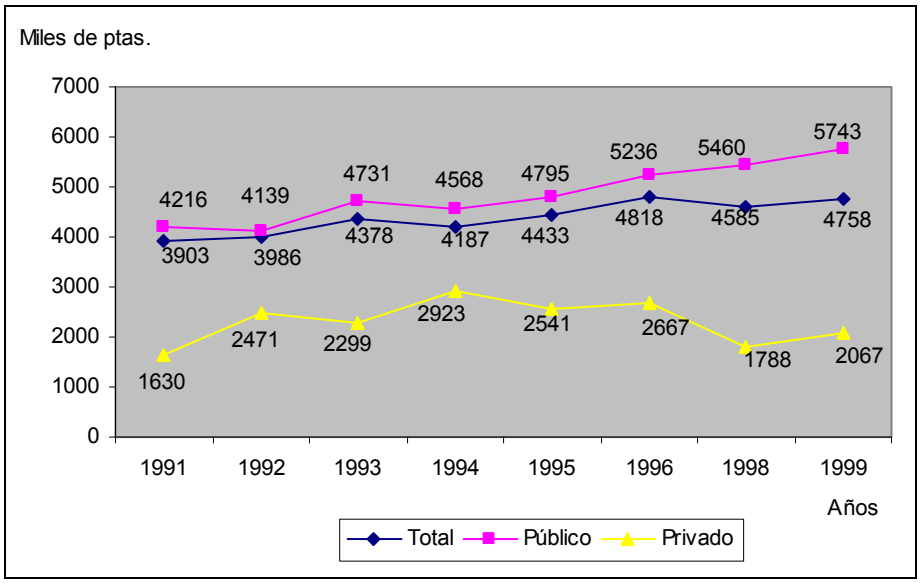
Fuente: Estadística de Servicios Sociales. Entidades y Centros. EUSTAT.

Aunque la fiabilidad de los datos relativos a las remuneraciones medias de los trabajadores ofrece algunas dudas, la información suministrada por EUSTAT en relación a esta variable, teóricamente vinculada a la calidad de la atención, indica que:

- Existe una diferencia importantísima en las retribuciones según sea el carácter del centro, percibiendo un trabajador de una residencia pública un salario que resulta un 177 por 100 mayor que el de una residencia privada.

- Esta diferencia relativa no se ha atenuado con el paso del tiempo, incrementándose algo más los sueldos en las residencias públicas que en las privadas, a pesar de que éstas tienen cada vez menos un carácter benéfico y, cada vez más, un carácter empresarial; de cualquier forma, en términos de pesetas constantes, entre 1991 y 1999 los sueldos en las públicas se incrementan tan sólo en un 10,1 por 100, mientras que en las privadas decrecen en un 5,1 por 100.

GRÁFICO Nº 111: RETRIBUCIONES MEDIAS DEL PERSONAL (d.p.e.) EN LAS RESIDENCIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS. EVOLUCIÓN 1991-1999 (miles de pesetas corrientes)

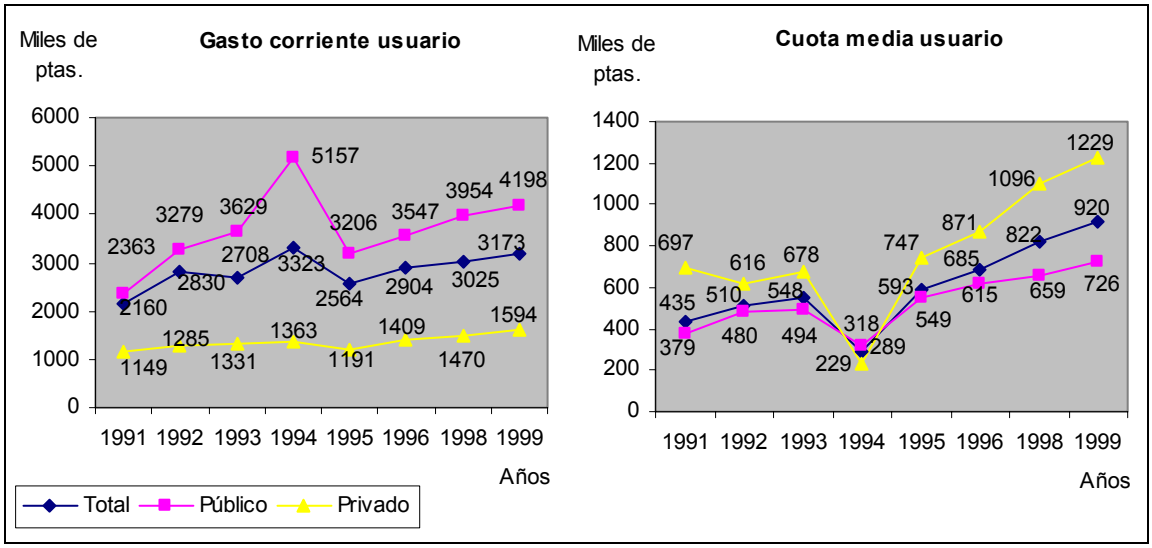


Fuente: Estadísticas de Servicios Sociales. Entidades y Centros. EUSTAT

El gasto corriente por usuario asciende en 1999 a 3.173 miles de pesetas anuales, apreciándose una fortísima diferencia desde esta perspectiva entre los centros públicos y los privados, 4.198 y 1.594 miles de pesetas respectivamente, de signo contrario a la que se observa en las cuotas de los usuarios, 920 mil pesetas anuales por término medio, 726 en las públicas y 1.229 en las privadas; en otras palabras, los ingresos por cuotas contribuyen a financiar el 17,3 por 100 de los gastos corrientes en las residencias públicas y el 77,1 por 100 en las privadas.

Los datos relativos a la evolución de estas dos variables que ofrece EUSTAT crean algunas dudas sobre su fiabilidad, aunque parecen marcar bastante bien las líneas de tendencia si el análisis se centra en las cifras correspondientes a los años extremos.

GRÁFICO Nº 112: EVOLUCIÓN DEL GASTO CORRIENTE/USUARIO Y DE LA CUOTA MEDIA USUARIO 1991/1999 (miles de ptas.)

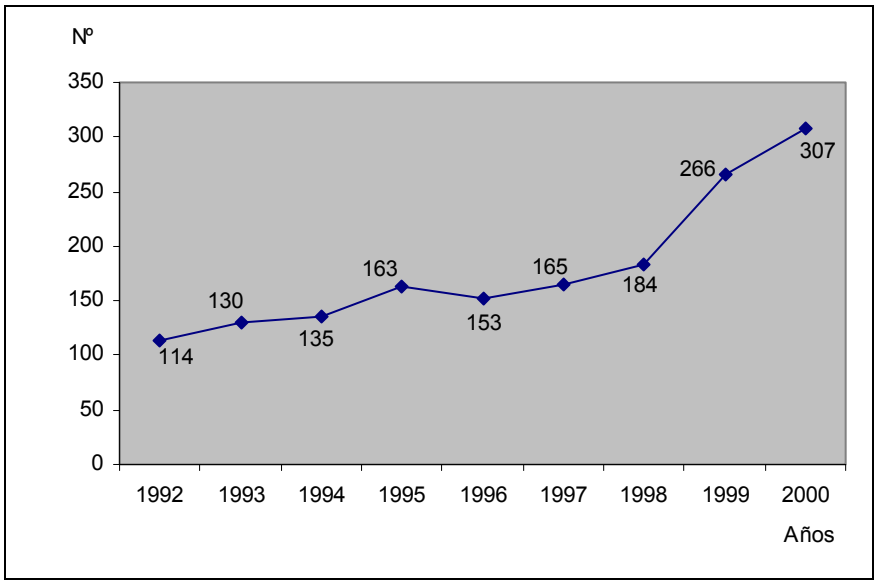


Fuente: Estadísticas de Servicios Sociales. Entidades y Centros. EUSTAT

El gasto corriente por usuario se incrementa en pesetas corrientes a lo largo de esos nueve años en un 46,9 por 100 en pesetas corrientes –un 9,9 por 100 en pesetas constantes- pero, mientras el de las residencias públicas lo hace en un 77,6 por 100, el de las privadas sólo aumenta en un 38,7 por 100. Las cuotas de los usuarios, por su parte, se incrementan en mayor proporción que los gastos corrientes en el mismo período de referencia, 91,5 por 100, en el caso de los centros públicos y 76,3 por 100 en el de los privados.

A lo largo de estos últimos años se asiste a un proceso de flexibilización de los servicios residenciales que se plasma, entre otros aspectos, en las estancias diurnas –abordadas en el epígrafe correspondiente a los centros de día- y en las estancias temporales, destinadas a aliviar a los cuidadores de su carga de trabajo, dentro de una política más amplia de apoyo a la red informal. La evolución seguida por el número de personas que se han beneficiado de este último tipo de servicios pone de manifiesto su progresiva aceptación. Hay además razones para suponer que esta tendencia va a seguir manteniéndose en un futuro inmediato: se trata potencialmente de un servicio de gran alcance y es, por otra parte, uno de los menos conocidos por parte de la población mayor, tan sólo saben de su existencia el 38,6 por ciento, a nivel estatal.

GRÁFICO Nº 113: EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS DE CORTA ESTANCIA EN CENTROS PROPIOS O CONCERTADOS DEL I.F.B.S.[1]



[1] El Ayto. de Vitoria-Gasteiz dispone de una docena de plazas residenciales adicionales con este mismo fin.

Fuente: Secretaría Técnica del del Dpto. de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.

Los servicios residenciales: Aspectos cualitativos

Una cuestión de capital importancia y que, sin embargo, no es tomada generalmente en consideración por parte de las instancias públicas responsables es la de la calidad de la atención que se presta en estos centros.

No sucede afortunadamente así en el caso de Álava y éste es otro de los aspectos que distinguen la actuación de sus instituciones. En 1991 el IFBS comenzó a abordar de forma sistemática este tema y, desde entonces hasta ahora, se ha procedido a evaluar la calidad de la atención en los centros de Txagorritxu, Salvatierra, Amurrio, Oyon y Ajuria. Las conclusiones principales que se derivan de las evaluaciones realizadas son las siguientes:

- En todos los centros se ha constatado el respeto por los derechos básicos de las personas residentes y éstas están, en general, satisfechas con la vida que llevan en ellos.

- Las residencias analizadas cubren más que dignamente las necesidades de los residentes en sus aspectos básicos.

- Los establecimientos presentan un nivel de calidad homogéneo entre ellos y homologable al de los centros ingleses y norteamericanos con los que se han comparado. Los aspectos que quedan por debajo de las medias obtenidas en esos países son los relativos a la disponibilidad de espacio y a las actividades socio-recreativas, que en nuestros centros son más escasas; nuestros residentes son menos activos y hacen menor uso de los recursos y servicios comunitarios.

- Las residencias están ubicadas en zonas adecuadas, disponen de espacios exteriores y los edificios se encuentran en buen estado.

- Las plantillas de personal están bien dimensionadas y, en términos generales, los trabajadores se sienten satisfechos con las condiciones de su trabajo.

El estudio de la calidad de la atención prestada en estos centros dio lugar también a la elaboración de una serie de recomendaciones de las que creemos importante dejar constancia; estas son, brevemente, las principales:

- Clarificación de los objetivos generales y específicos orientados a mejorar la dignidad y la autonomía de las personas residentes; los objetivos suelen ser meramente implícitos y tienden a cubrir sólo necesidades básicas.

- Definición de funciones, no sólo de tareas, del personal de atención directa. Este personal conoce bien su trabajo en relación a las necesidades físicas de los residentes pero encuentra dificultades para administrar cuestiones convivenciales; necesitaría un reciclaje en cuestiones relativas a actividades socio-recreativas y atención individualizada.

- Puesta en marcha de programas de atención individualizada y promoción de la figura del trabajador clave o de referencia para el usuario.

- Dinamización del área de actividades socio-recreativas y de la participación de los residentes en la elaboración de los programas de actividades.

- Especial atención a las residencias pequeñas que, por su tamaño, pueden resultar deficitarias en cuanto a la cualificación técnica de los profesionales, y también a las residencias donde el peso de la

discapacidad es más importante, en las que se corre mayor riesgo de una práctica asistencial de menor calidad.

El proceso evaluativo ha dado lugar a la corrección de muchos de los problemas y deficiencias detectadas en los centros y, a su amparo, se ha elaborado un manual de buena práctica para las residencias y diversos folletos divulgativos e informativos, y se ha puesto en marcha un proceso de seguimiento de la calidad de la atención en los centros forales, forzosamente lento por su carácter participativo, pero que parece estar dando muy buenos resultados.

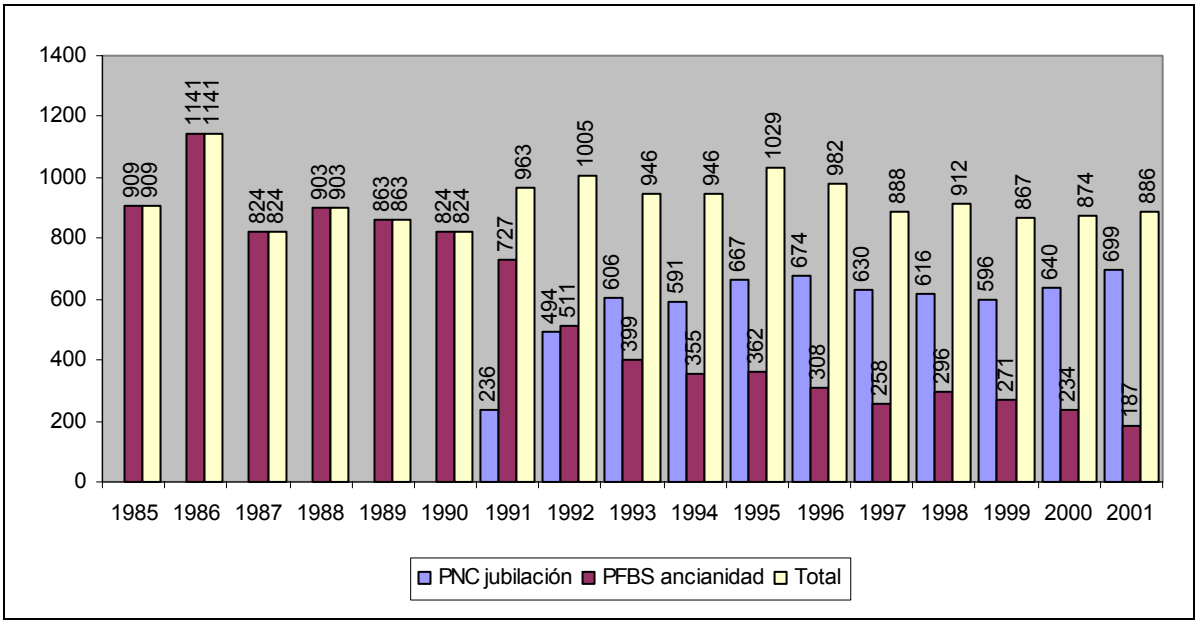
Habría que señalar por último que, a pesar de las recomendaciones recogidas en todos los estudios y evaluaciones, se siguen todavía construyendo residencias excesivamente grandes en cuanto a su capacidad, centros que propician el desarraigo de sus usuarios respecto a su medio anterior de vida, dificultan la utilización de recursos comunitarios y plantean grandes problemas en relación a la calidad de la atención prestada en ellos, sin ofrecer como contrapartida tan siquiera un abaratamiento de los costes unitarios.

2.2.4.8. Las prestaciones económicas

La situación económica de los alaveses mayores más necesitados ha mejorado sustancialmente en el transcurso de los últimos dos años, con la eliminación del tope de edad para acceder a la renta básica, primero, y, posteriormente, con la implantación de la prestación foral de garantía mínima de ingresos, que, conjuntamente, aseguran a cualquier persona mayor que vive sola la percepción del salario mínimo interprofesional.

Con anterioridad a la adopción de estas decisiones, la evolución seguida por el número de beneficiarios de prestaciones asistenciales –indicador sumamente expresivo de situaciones de pobreza- mostraba, ya desde el año noventa y cinco, una tendencia a la estabilización en términos absolutos, y una querencia al descenso, en términos de prevalencia, desde el noventa y dos.

GRÁFICO Nº 114: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERCEPTORES DE PENSIONES ASISTENCIALES



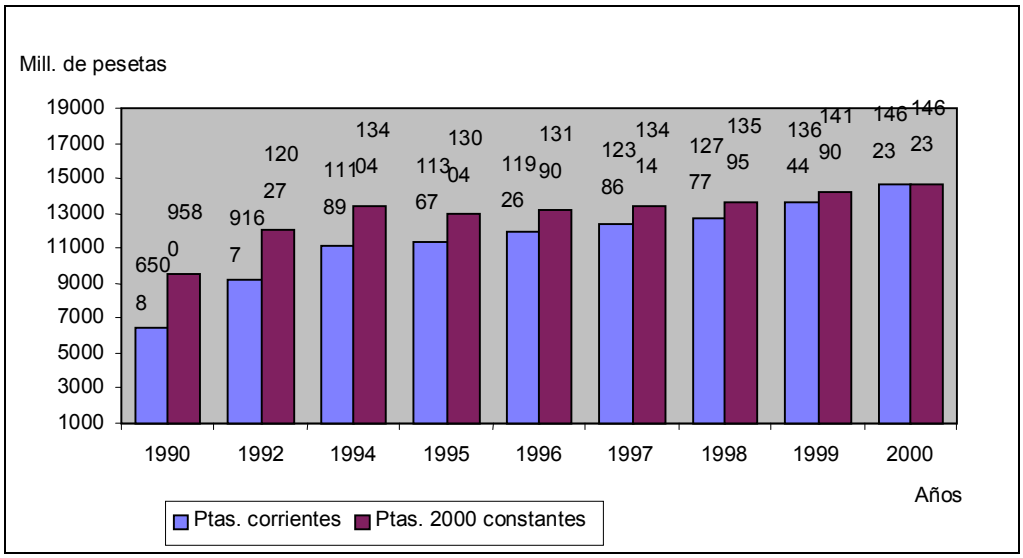
Fuente: Secretaría Técnica del I.F.B.S.

3. EL GASTO PÚBLICO DESTINADO A ATENDER LOS PROBLEMAS DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN ALAVA

3.1. EL MARCO DE REFERENCIA: EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

Entre 1990 y el año 2000 el gasto público destinado al mantenimiento de los servicios sociales alaveses se ha duplicado en pesetas corrientes -incremento del 126 por 100- aumentando todos los años con mayor o menor intensidad. En pesetas constantes el aumento de gasto en este período ha sido del 53 por 100.

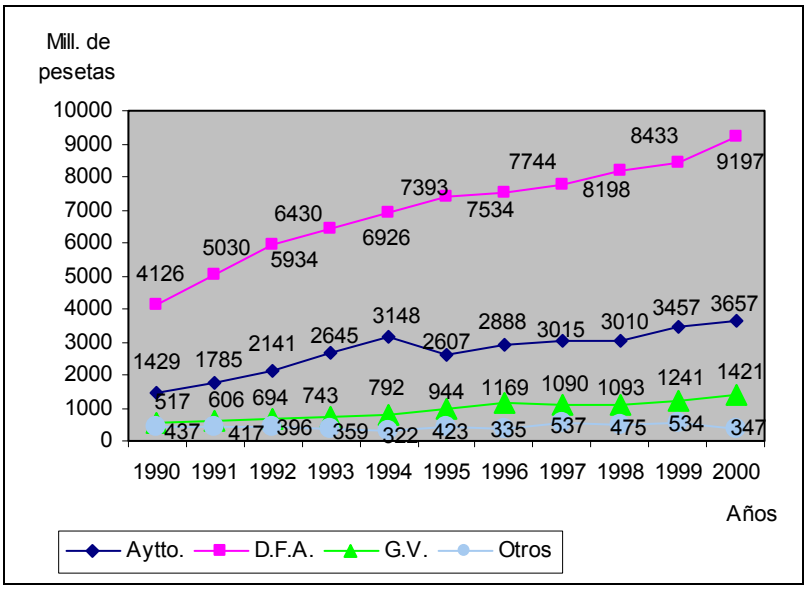
GRÁFICO Nº 115: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

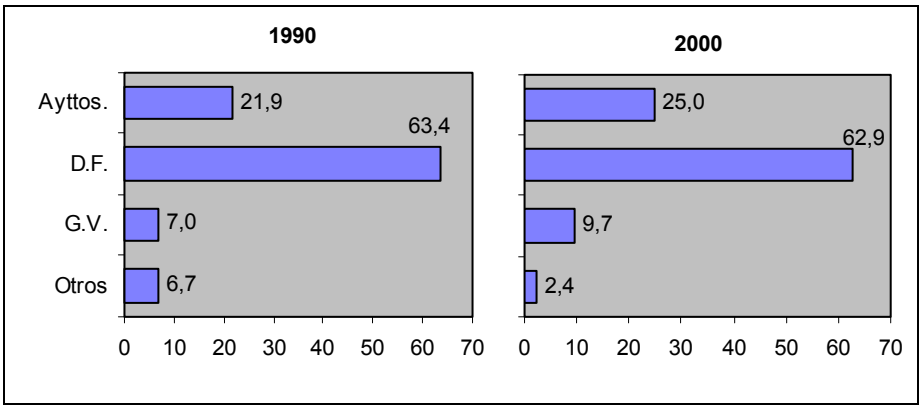
Entre uno y otro año, las administraciones públicas que contribuyen principalmente a financiar este sistema han aumentado sus aportaciones en proporciones similares, manteniéndose una estructura de financiación bastante igual al principio y al fin del período considerado.

GRÁFICO Nº 116: EVOLUCIÓN DEL GASTO DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

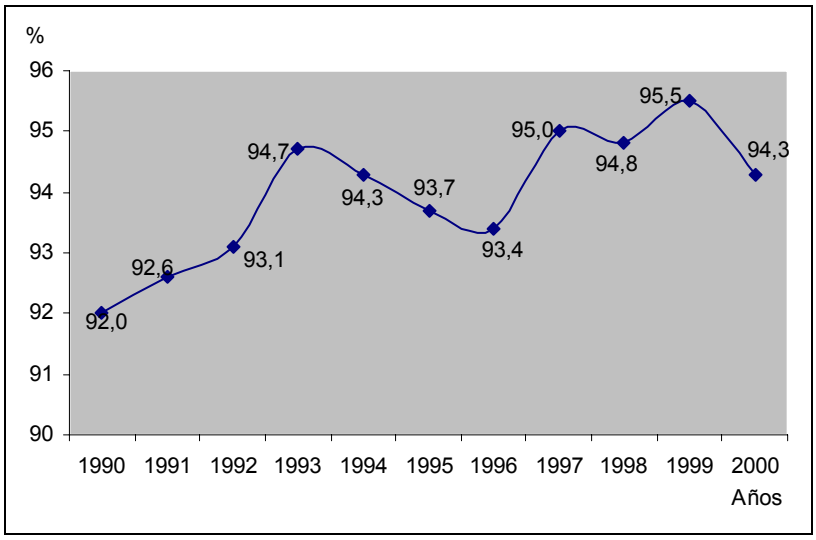
GRÁFICO Nº 117: LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES (porcentajes)



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Es importante tener en cuenta, tanto aquí como más adelante, que cuando se habla de aportaciones municipales, prácticamente se habla del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, que financia más del noventa por ciento de las mismas.

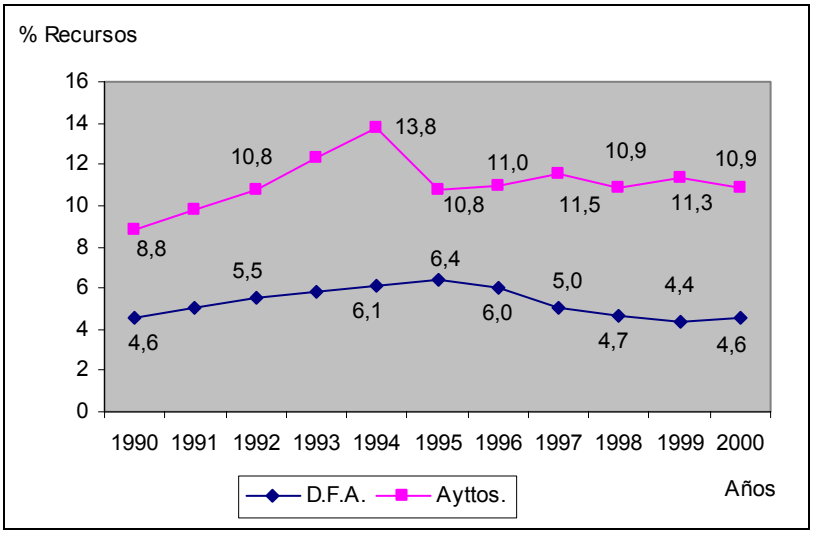
GRÁFICO Nº 118: INCIDENCIA DEL GASTO DEL AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ EN LAS APORTACIONES MUNICIPALES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

En relación al presupuesto corriente, el esfuerzo realizado por la Diputación y los Ayuntamientos para el mantenimiento de estos servicios es distinto y evoluciona, además, de forma diferente. En 1990 los Ayuntamientos destinaban a estos servicios el 8,8 por 100 de sus presupuestos y la Diputación el 4,6; diez años más tarde, los Ayuntamientos habían pasado a dedicar el 10,9 por 100 de sus recursos a estos fines, mientras que la Diputación mantenía invariable su proporción.

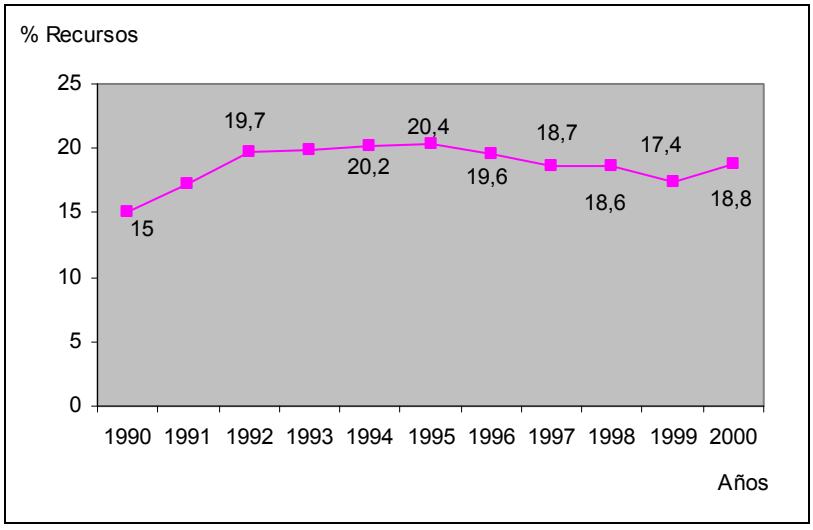
GRÁFICO Nº 119: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RECURSOS DESTINADOS POR LA D.F.A. Y LOS AYTTOS. AL MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

En relación al presupuesto corriente de libre disposición de la Diputación –descontadas las transferencias al Estado y a la Comunidad Autónoma- esta entidad viene a invertir en servicios sociales alrededor del dieciocho por ciento del total, sin que se aprecie en los últimos años ninguna tendencia clara ni en un sentido ni en otro.

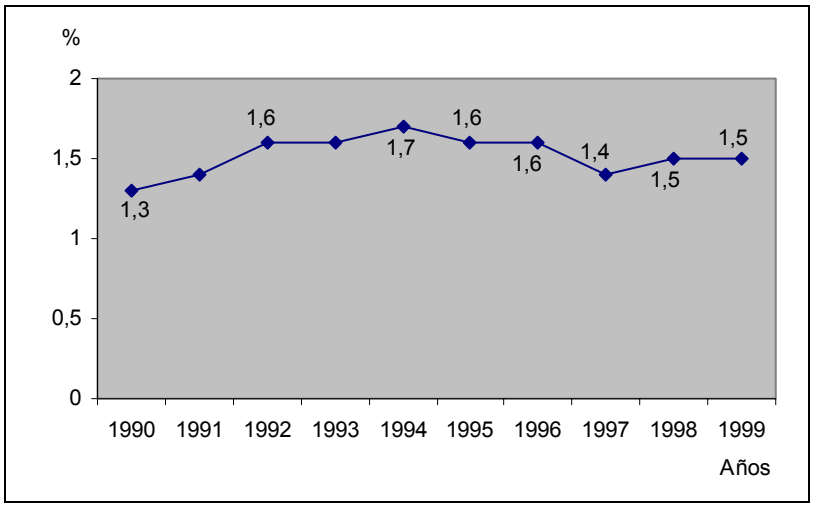
GRÁFICO Nº 120: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PRESUPUESTO DE LIBRE DISPOSICIÓN DE LA DIPUTACIÓN DESTINADO A SERVICIOS SOCIALES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Si el esfuerzo se mide en términos de Producto Interior Bruto, se observa que el gasto público destinado al mantenimiento de los servicios se incrementa dos décimas de punto entre el inicio y el final del período investigado; viene a representar el 1,34 por 100 en 1990 y el 1,54 en 1999.

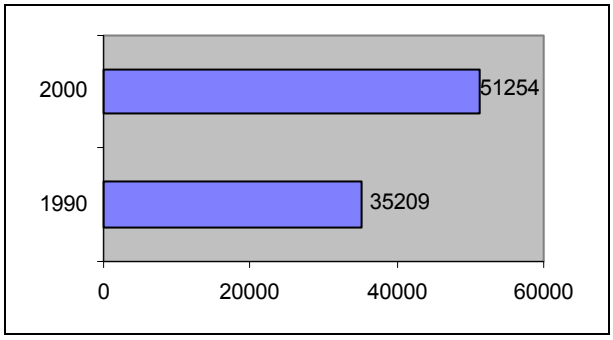
GRÁFICO Nº 121: EL GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS SOCIALES EN RELACIÓN AL P.I.B.



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

En términos per cápita y en pesetas constantes del año 2000, a lo largo de estos diez años el gasto público se ha incrementado en un cuarenta y seis por 100.

GRÁFICO Nº 122: EL GASTO PER CÁPITA EN SERVICIOS SOCIALES EN 1990 Y 1999 (pesetas constantes del año 2000)

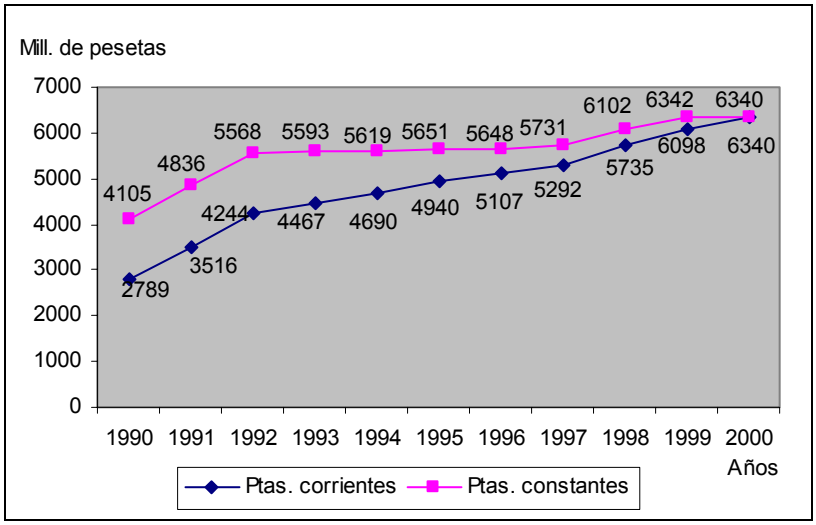


Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

3.2. LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD

Entre 1990 y el año 2000, el gasto público destinado al mantenimiento de los servicios sociales para la tercera edad se ha duplicado ampliamente, en pesetas corrientes, experimentando un incremento de un 127 por 100; en pesetas constantes el crecimiento sería de 54 por 100. Con mayor o menor intensidad, el crecimiento ha sido positivo a lo largo de todos estos años, tanto en unos como en otros términos.

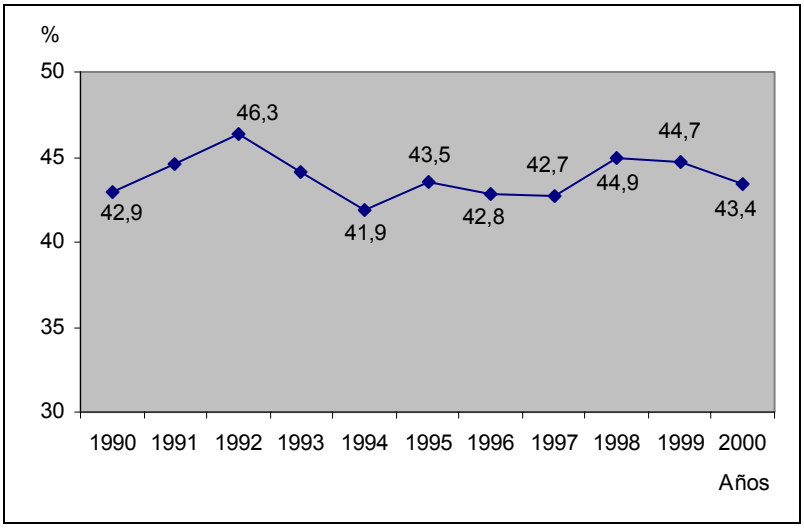
GRÁFICO Nº 123: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Como se desprende de los datos expuestos en los epígrafes 1.1. y 2.1, la atención a las personas mayores, dentro del ámbito de los servicios sociales ocupaba, y ocupa, un papel preponderante en términos de gasto, manteniéndose entre el cuarenta y el cuarenta y cinco por cien del total.

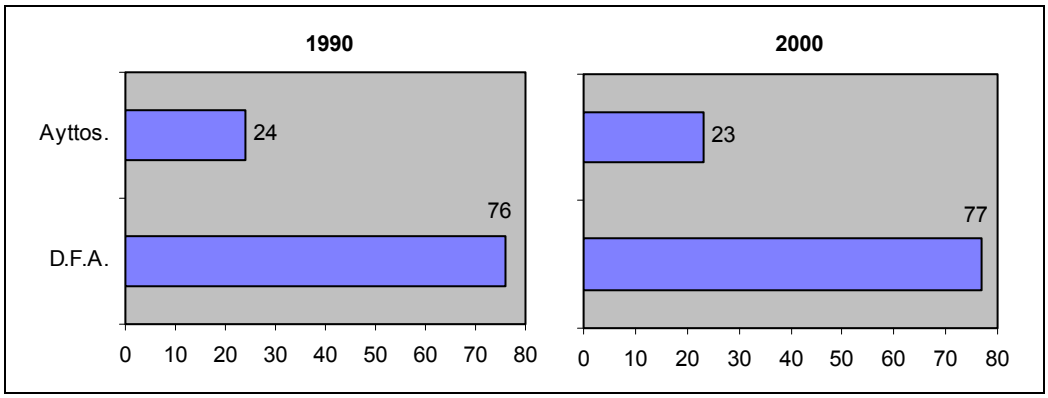
GRÁFICO Nº 124: PORCENTAJE DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES DESTINADO A LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

La atención social a las personas mayores es competencia exclusiva de los Ayuntamientos –el de Vitoria-Gasteiz viene a aportar más del 95 por 100 de los recursos municipales- y, particularmente, de la Diputación Foral. Entre el primero y el último de los años investigados se observa que la estructura de financiación no ha experimentado prácticamente cambio alguno.

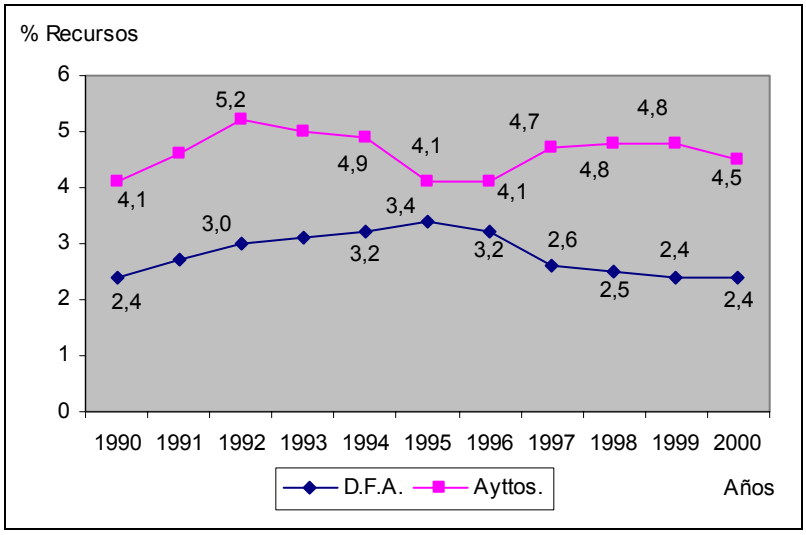
GRÁFICO Nº 125: LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES (porcentajes)



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

En relación a los presupuestos municipales, el mantenimiento de los servicios de tercera edad viene a consumir entre el cuatro y el cinco por ciento del total y, en relación a los forales, un porcentaje decreciente que, en los últimos años, se sitúa por debajo de los dos puntos y medio.

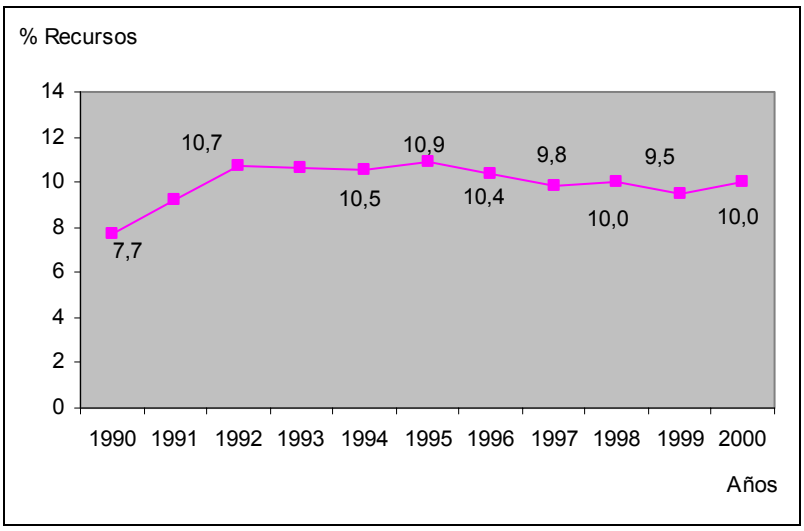
GRÁFICO Nº 126: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RECURSOS DESTINADOS POR LA D.F.A. Y LOS AYTTOS. AL MANTENIMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Si se toman como referencia, en el caso de los gastos forales, las cantidades de libre disposición, se aprecia que el mantenimiento de estos servicios se sitúa, de forma más o menos estable, en torno al diez por cien.

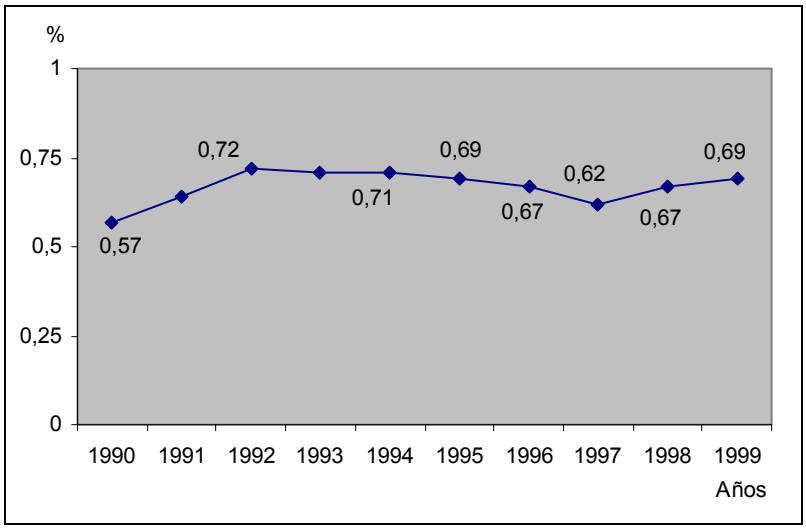
GRÁFICO Nº 127: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PRESUPUESTO DE LIBRE DISPOSICIÓN DE LA DIPUTACIÓN DESTINADO A TERCERA EDAD



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Si el esfuerzo se calcula en relación al P.I.B., se aprecia que la evolución del mismo oscila en los últimos años entre el 0,6 y el 0,7 por 100 del total.

GRÁFICO Nº 128: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE P.I.B. DESTINADO AL MANTENIMIENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS MAYORES

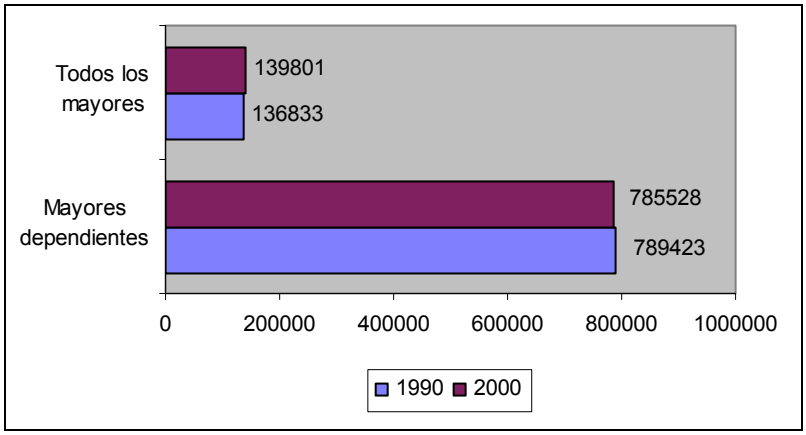


Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Considerando el total de personas mayores residentes en Álava en 1990 y en el año 2000, y en términos de pesetas constantes de este último año, se aprecia que el gasto público por anciano se incrementa en el transcurso de este período en un 2,2 por 100; sin embargo, si relacionamos esas mismas cifras

de gasto con el número de personas mayores con discapacidad estimado en una y otra fecha, se observa un descenso del orden del 0,5 por 100.

GRÁFICO Nº 129: EL GASTO POR PERSONA MAYOR EN 1990 Y 2000 (ptas. per cápita constantes)

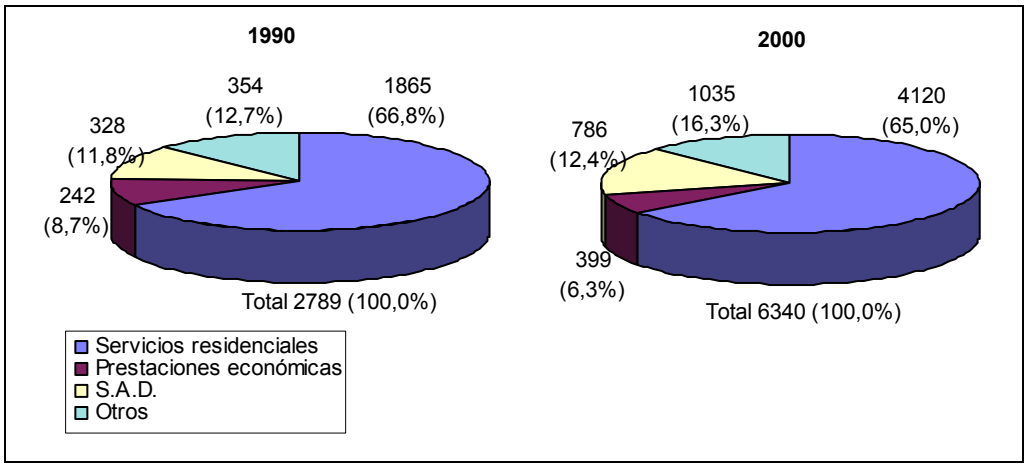


Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

3.3. SERVICIOS RESIDENCIALES, PRESTACIONES ECONÓMICAS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

A lo largo de estos últimos años han sido tres los conceptos que han absorbido la mayor parte del gasto social dedicado a las personas mayores: los servicios residenciales, la atención domiciliaria y las prestaciones económicas periódicas. Aunque el peso relativo de cada uno de ellos ha variado con el transcurso del tiempo, e incluso, en los últimos años, el coste de las pensiones ha sido sobrepasado por el de los centros de día, estos tres conceptos siguen consumiendo más del ochenta por ciento de los recursos públicos destinados a la atención social de este colectivo.

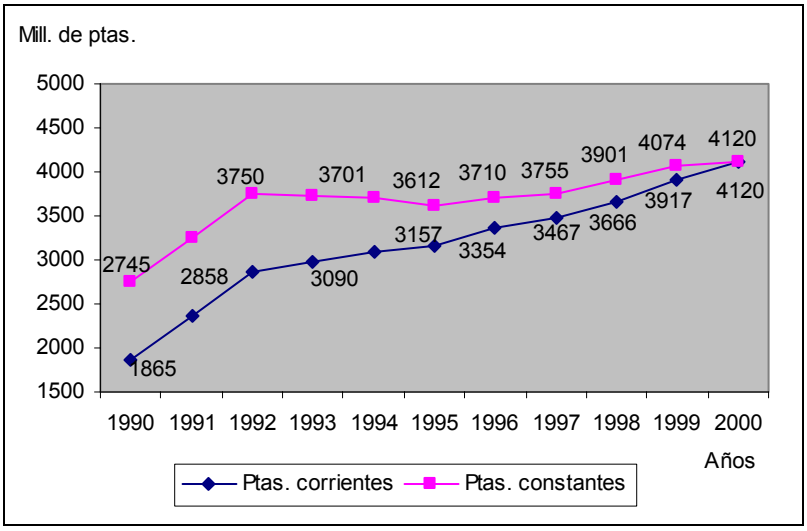
GRÁFICO Nº 130: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO POR CONCEPTOS



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

La carga financiera derivada del mantenimiento de los servicios residenciales condiciona constantemente el gasto de las administraciones públicas en este sector de población; su evolución a lo largo del tiempo es, por ello, muy similar a la experimentada por el conjunto, con unos incrementos del orden del 121 por 100, en pesetas corrientes, y del 50 por 100 en pesetas constantes.

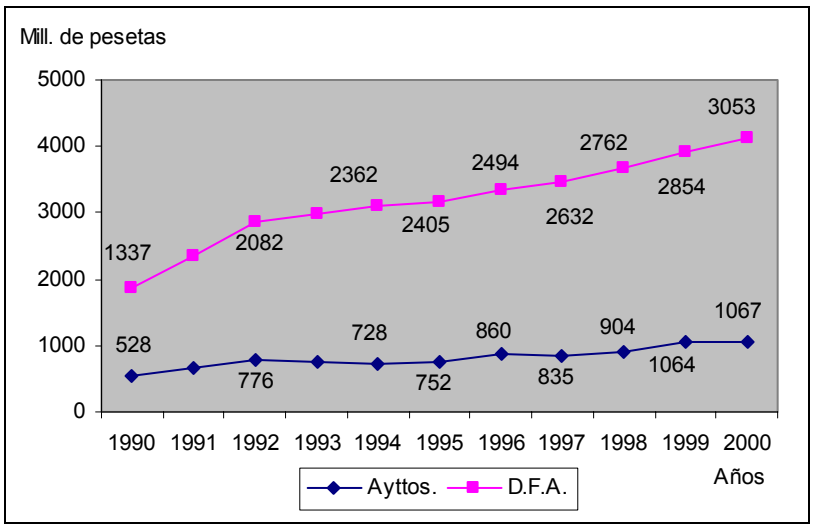
GRÁFICO Nº 131: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS RESIDENCIALES



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Aunque de forma lenta y gradual, la financiación de los servicios residenciales es cada vez más competencia de la Diputación; en el año 2000 alcanza casi el 75 por 100, haciéndose cargo del resto, exclusivamente el Aytto. de Vitoria-Gasteiz.

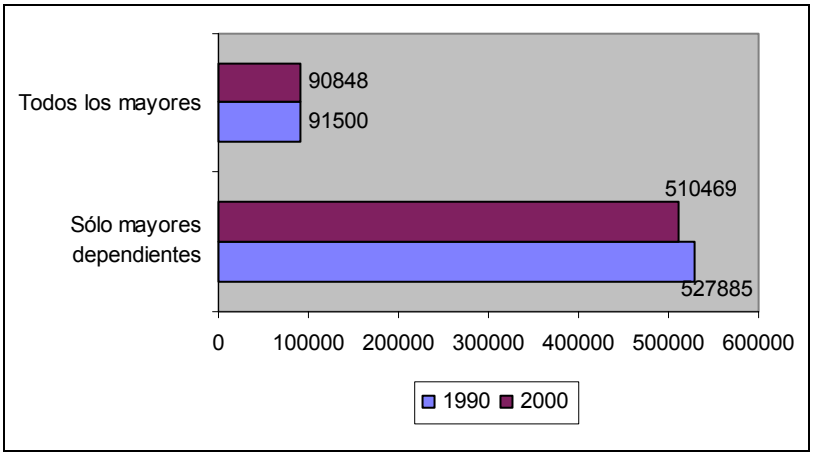
GRÁFICO Nº 132: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS RESIDENCIALES DE LA DIPUTACIÓN Y LOS AYUNTAMIENTOS



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Si se relaciona el gasto en servicios residenciales, medido en pesetas constantes del año 2000, con el número de personas mayores y con el número de personas mayores con discapacidad, se observa que en ambos casos se produce un ligero descenso del gasto per cápita del orden del 0,7 por 100 cuando la referencia es el conjunto de personas mayores, y del 3,3 por 100 cuando se toma como base a los ancianos con discapacidad. De cualquier manera es evidente que el gasto en servicios residenciales sigue una evolución pareja a la experimentada por los dos colectivos de referencia.

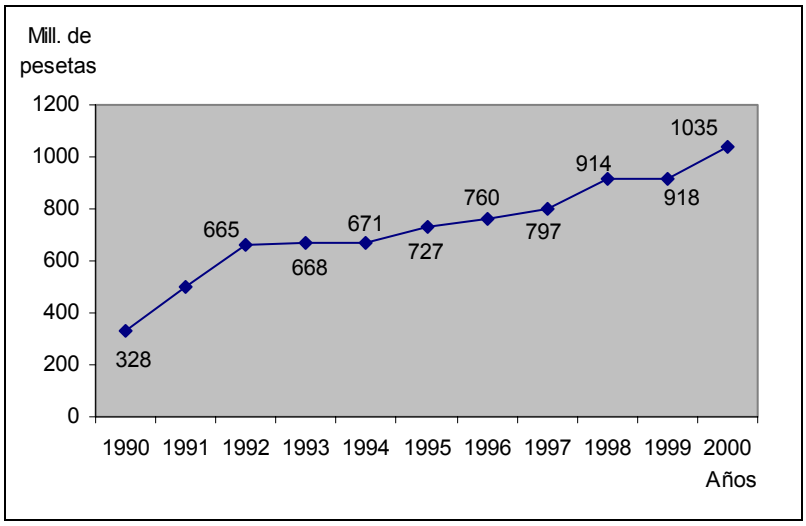
GRÁFICO Nº 133: EL GASTO EN SERVICIOS RESIDENCIALES POR PERSONA MAYOR EN 1990 Y 1999 (ptas. per cápita constantes)



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Entre las tres prestaciones consideradas, la atención domiciliaria es la que experimenta un mayor crecimiento del gasto a lo largo del período investigado, 216 por 100; es importante señalar, no obstante, que el proceso es muy desigual, concentrándose la mayor parte de este incremento en el período noventa-noventa y dos.

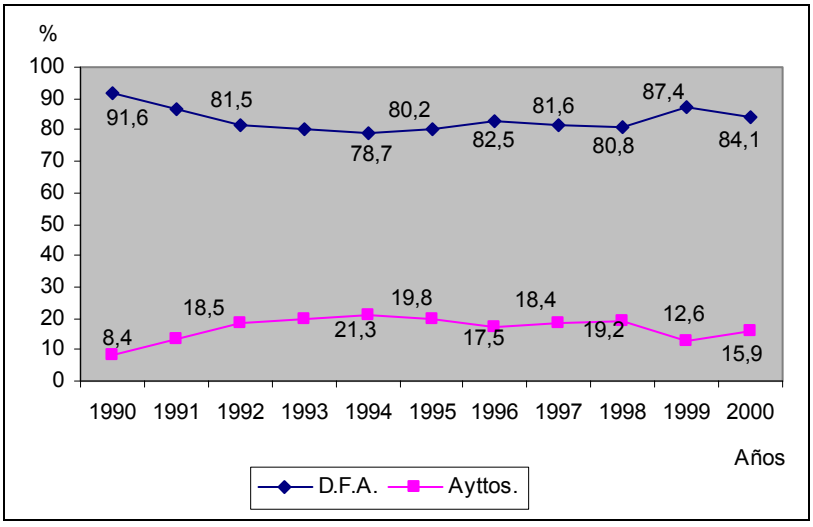
GRÁFICO Nº 134: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

La mayor parte del dinero público destinado al mantenimiento de este servicio proviene de Diputación y, el resto, de los Ayuntamientos, del de Vitoria-Gasteiz de forma casi exclusiva; la participación de los municipios en la financiación de la atención es muy desigual a lo largo del tiempo, observándose un mínimo del 8,4 por 100 en el año noventa, y un máximo del 21,3 en el noventa y cuatro.

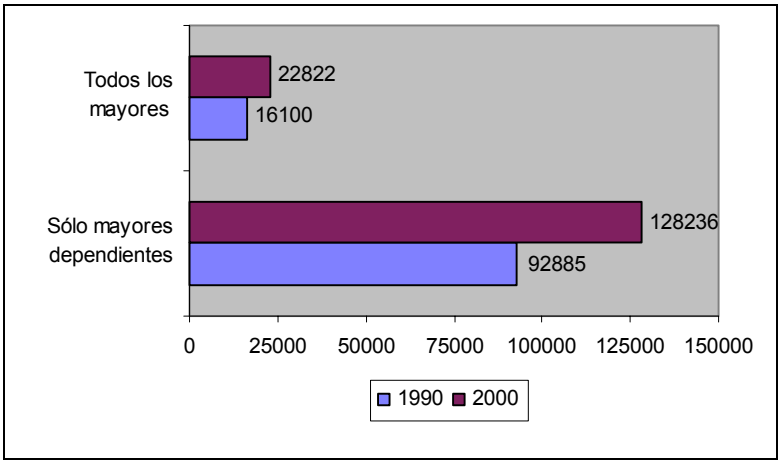
GRÁFICO Nº 135: EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN DEL S.A.D.



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Si se compara el gasto público en atención domiciliaria, en pesetas constantes del año 2000, con el número de personas mayores y con el número de personas mayores con discapacidad, al principio y al final del período considerado, se observa que, en el primer caso, el crecimiento del gasto per cápita es del orden del 41,8 por 100 y, en el segundo, del 38,1 por 100. Hay que recordar, no obstante, que la mayor parte del crecimiento del gasto se concentra en el bienio noventa-noventa y dos.

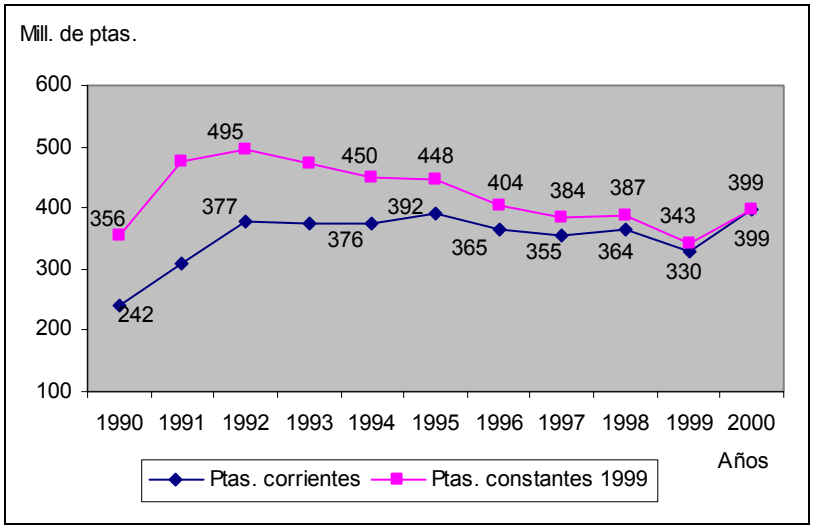
GRÁFICO Nº 136: EL GASTO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA POR PERSONA MAYOR EN 1990 Y 1999 (pesetas per cápita constantes)



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

En lo que respecta a las prestaciones económicas periódicas gestionadas por Diputación –FBS y PNC- entre el primero y el último de los años considerados se observa un aumento del 64,8 por 100 en pesetas corrientes y del 12,1 por 100 en pesetas constantes. En este caso en particular, resulta más significativo, sin embargo, comparar los datos del noventa y dos con los del dos mil (en el noventa y uno se pusieron en marcha las pensiones no contributivas) y lo que se aprecia entonces es un aumento del 6,0 por 100 en pesetas corrientes y un descenso del 19,4 por 100 en pesetas constantes; teniendo en cuenta las características de estas prestaciones, estos descensos pueden ser considerados expresivos de la mejora de las condiciones materiales de vida de la población anciana.

GRÁFICO Nº 137: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES ECONÓMICAS PERIÓDICAS



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

3.4. LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE

Dos aclaraciones metodológicas previas

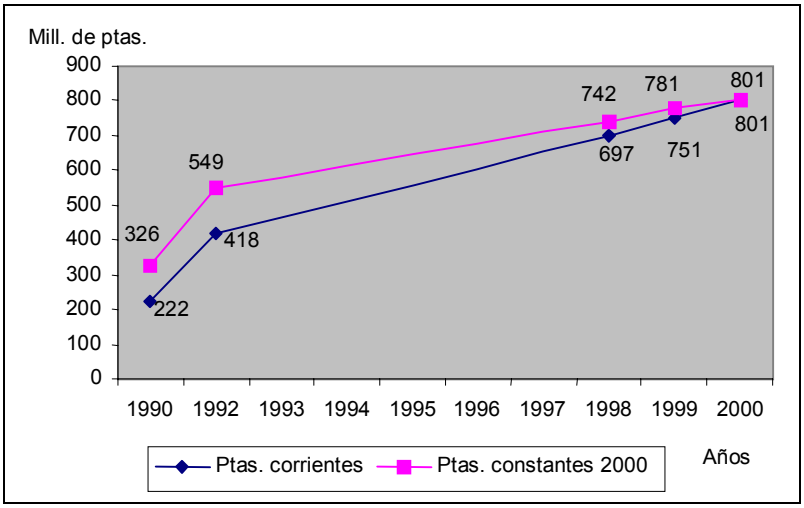
a) No existe estudio alguno que permita determinar la carga de trabajo que para los servicios sociales de base, de carácter generalista, implica la atención a las contingencias de las personas mayores. Teniendo en cuenta que, aproximadamente, más de la tercera partede las personas atendidas por estos servicios han cumplido los sesenta y cinco años y que esta población hace un uso intensivo de estos servicios, suele considerarse que el cincuenta por ciento es un porcentaje indicativo del esfuerzo realizado.

b) La información que ofrecen los estudios anuales sobre el gasto público que genera este sistema de protección no resulta homogénea en el caso del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, el organismo que en mayor medida financia el mantenimiento de este tipo de servicios. A lo largo del período noventa y cuatro-noventa y siete, ambos años incluidos, se imputaron a sus servicios sociales de base buena parte de los gastos de los centros cívicos en que se ubicaban, dado que sus gastos específicos no aparecían contablemente desglosados.

Entre 1990 y el año 2000 el gasto destinado al mantenimiento de los servicios sociales de base experimenta un crecimiento, en pesetas corrientes, del 261 por 100 y, en pesetas constantes, del orden del 145 por 100, porcentajes superiores a los que se observan en el caso de la atención domiciliaria, el servicio que en mayor proporción crece durante el período considerado. Los incrementos anuales no resultan, sin embargo, parecidos; el aumento más espectacular se produce entre el noventa y el noventa y dos

y, si se toma este último año como base de partida, se aprecia que el gasto en el año 2000 sólo aumenta en un 91,5 por 100, en pesetas corrientes, y un 46,0 por 100 en pesetas constantes.

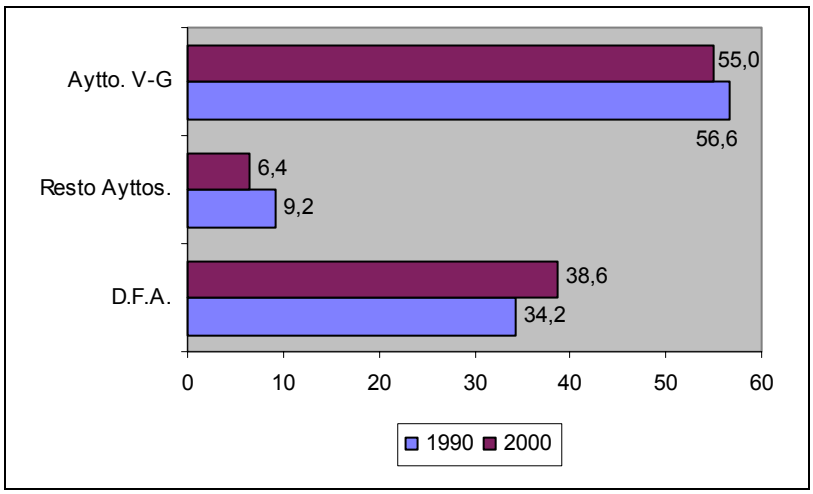
GRÁFICO Nº 138: EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES DE BASE



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

La estructura de financiación de estos servicios ha experimentado un cambio significativo en el transcurso de esta década; al margen del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, cuya cuota de participación se mantiene en torno al cincuenta y cinco por cien, se observa un descenso en términos relativos de la aportación del resto de los Ayuntamientos que viene compensado por el mayor gasto de la Diputación Foral.

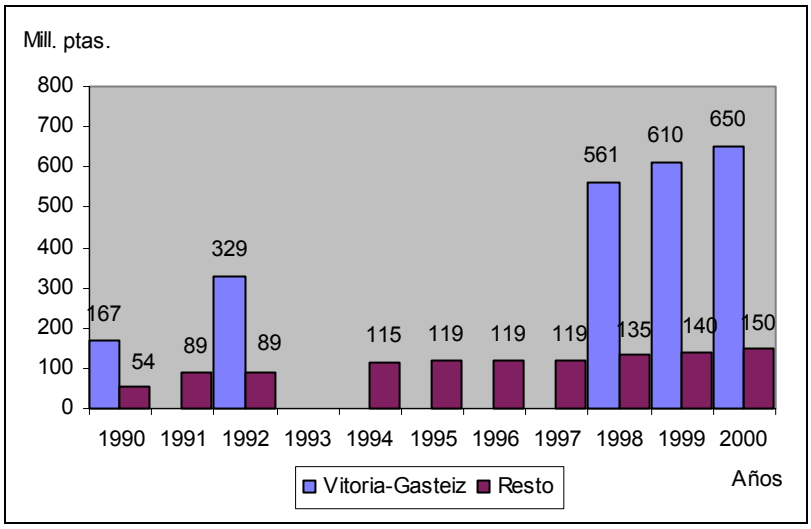
GRÁFICO Nº 139: ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

Si el gasto realizado por la Diputación se desglosa atendiendo a los municipios de destino y se suma al de los respectivos ayuntamientos, se observa que, entre 1990 y el año 2000, el coste de mantenimiento de los servicios sociales de base vitorianos se incrementa en un 288 por 100, mientras que el coste del resto de los servicios de base alaveses aumenta en un 176 por 100, diferencia que tiene principalmente su origen en el bienio noventa-noventa y dos; en efecto, si se toma este último año como referencia, los incrementos en uno y otro ámbito resultan más parecidos –97,6 y 68,5 por 100, respectivamente- aunque siguen siendo mayores los de los servicios sociales de base de la capital.

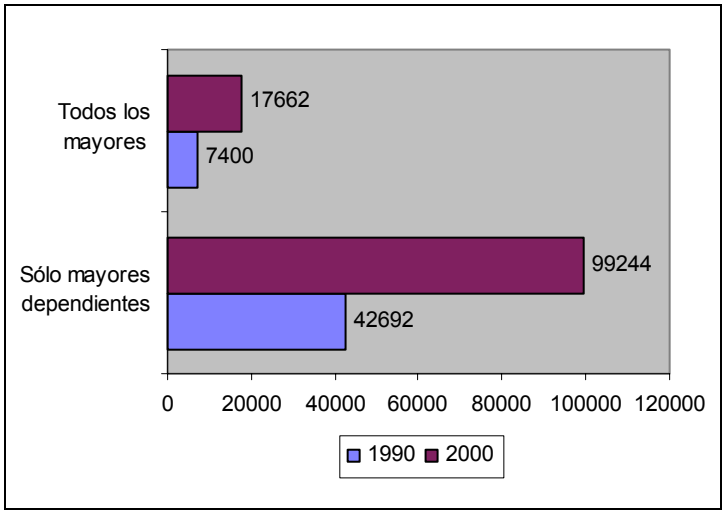
GRÁFICO Nº 140: EL GASTO DE MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE VITORIANOS Y DEL RESTO DEL TERRITORIO



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.

En relación al total de personas mayores, el gasto per cápita en servicios sociales de base, en pesetas constantes, se incrementa entre 1990 y el año 2000 en un 139 por 100; si se toma como referencia el mismo número de personas mayores con discapacidad, el incremento se sitúa en el 132 por 100.

GRÁFICO Nº 141: EL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES DE BASE POR PERSONA MAYOR (pesetas)



Fuente: El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel municipal.