

SERVICIOS RESIDENCIALES PARA LA TERCERA EDAD: SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS

En 1993 el Ararteko y el Centro de Documentación y Estudios SUS abordaron la tarea de realizar un informe sobre la situación de los ancianos en residencias. El artículo que se presenta a continuación constituye el capítulo introductorio de dicho informe.

Puede decirse que, nuestra sociedad, ha superado en gran medida la ideología de la beneficencia que presidía la acción de las viejas casas de misericordia en los tiempos, no lejanos por otra parte, en que la «vejez» constituía una simple subcategoría de la pobreza.

Es bien sabido que el papel del asilo clásico era, como mínimo, ambiguo, en la medida que, si bien por una parte servía para dar albergue a las personas desvalidas, también por otra, tenía la misión de contribuir a preservar el orden y la paz social mediante el control de poblaciones percibidas como molestas e incluso potencialmente peligrosas. La expresión *acabarás en el asilo* se ha utilizado corrientemente para conminar al trabajo y al ahorro e implicaba la consideración de dicha institución como el «castigo» que esperaba a las personas viciosas, perezosas o poco previsoras.

No cabe duda que tales antecedentes influyen todavía de algún modo en la realidad de las instituciones residenciales y en la percepción de dicha realidad por parte de la sociedad en general y de las personas

ancianas en particular. Así es como todavía hoy muchos usuarios de centros residenciales consideran su situación como la consecuencia y culminación de un fracaso personal, de un fracaso de vida.

Por otra parte, es posible advertir, tras algunas prácticas asistenciales, la influencia de viejas concepciones según las cuales no se considera al usuario de los servicios sociales como sujeto de derechos. Este, a su vez, por razones de muy diverso orden, tiende muchas veces a aceptar por bueno el servicio que se le presta sin considerarse legitimado para exigir cambios o mejoras.

En las conversaciones mantenidas con usuarios de servicios residenciales es frecuente que éstos —personas en general, con una biografía difícil, plagada de sacrificios— se manifiesten con términos como «qué vamos a pedir», «nos dan de comer y tenemos cama», «mientras haya salud», «para qué nos vamos a quejar», «dónde vamos a estar mejor», que expresan un escaso sentido crítico. Sería equivocado atribuir exclusivamente dichas actitudes, a las peculiaridades psicológicas de las per-

sonas ancianas, ignorando la influencia de muchas practicas asistenciales que tienen su base en la consideración, al menos implícita, de la discrecionalidad del servicio.

Lo cierto es que, frecuentemente, tanto los residentes como sus familiares interiorizan el reconocimiento inherente a ese carácter discrecional lo que, unido entre otros factores al déficit de la oferta asistencial, hace que sean muy escasas —incluso aceptando un buen nivel general de satisfacción— las reclamaciones que se realizan, tanto en términos absolutos como en términos relativos.

Sin embargo, y por múltiples razones, el «espacio residencial» puede considerarse de elevado riesgo desde el punto de vista de la inculcación de derechos. Además de los factores ideológicos a los que se ha hecho referencia y que vienen determinados en gran medida por razones socio-históricas, hay que tomar en consideración dos elementos importantes.

Aun teniendo en cuenta los evidentes logros que bajo cualquier punto de vista se han alcanzado a lo largo de las últimas décadas en la atención de las personas ancianas en residencias, no conviene olvidar que, la mayoría de éstas, continúan siendo *instituciones totales* en la acepción que diera Goffman¹ a este término, en la medida que su característica central estriba en la ruptura de las barreras que separan de ordinario los distintos ámbitos de la vida —ocio, trabajo, vivienda— lo que explica su «tendencia absorbente o totalizadora» y el riesgo de un mayor o menor grado de aislamiento de los internos en relación a la comunidad.

En segundo lugar, las características físicas y psicológicas y también las de orden cultural de muchos residentes, íes hacen especialmente vulnerables a las practicas abusivas, y desde este punto de vista, constituyen sin duda un *grupo riesgo* cuya situación exige especial control y vigilancia.

Estas razones explican y justifican sin duda el esfuerzo por analizar cuál es la situación de los ancianos ingresados en residencias de la C A del País Vasco.

LA ATENCION RESIDENCIAL: UNA ELECCION POSITIVA

Así se titula el excelente trabajo de la comisión presidida por Gillian Wagner²

¹ Erving Goffman: *Internados*. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1970.

² National Institute for Social Work. *Residential Care. A Positive Choice*. Londres 1988.

que hace una década, por encargo de la Secretaría de Estado para la Salud y los Servicios Sociales del Reino Unido, estableció las bases necesarias para acomodar la respuesta de los servicios residenciales a la evolución de las necesidades sociales. No cabe duda que el título en cuestión encierra la clave de la renovación filosófica en materia de atención a las necesidades de las personas ancianas.

Hacer que las residencias se constituyan en una opción positiva implica su correcta definición y utilización como recurso. En ningún caso la atención residencial debe sustituir la posible implantación de medidas directas o indirectas de atención que pueden definirse como más «blandas» en tanto que no implican la extracción del anciano de su habitual medio de vida. Demasiadas veces se ha utilizado, y desgraciadamente, se sigue utilizando hoy, la atención residencial, como respuesta a necesidades personales, económicas y sociales que bien podrían cubrirse con otras prestaciones, económicas y en especie, mejor ajustadas a los requerimientos del usuario, las más de las veces con un coste económico inferior.

El hecho cierto es que, muchas de las personas que ocupan plazas residenciales habrían podido vivir en la comunidad si en la fecha de su ingreso se les hubiesen facilitado soluciones alternativas—vivienda, atención domiciliaria, apoyo económico—mejor adaptadas a sus necesidades. En este sentido resulta revelador el análisis de la lista de espera de las residencias de Donostia-San Sebastián llevado a cabo por J.J. Calvo y otros³ en la medida que demuestra que gran parte de los solicitantes de plaza y potenciales usuarios de servicios residenciales, aceptarían de buen grado otras respuestas que les permitiesen vivir en la comunidad.

Es evidente que muchas personas ancianas solicitan una plaza residencial anticipándose a la necesidad objetiva de dicho servicio, por una cuestión de simple seguridad ante el temor de no encontrar alojamiento en el momento de precisarlo.

El déficit de plazas, especialmente en residencias para «inválidos» y los criterios de admisión establecidos en algunas instituciones exigiendo un buen nivel de autonomía funcional, provocan un número indeterminado de ingresos innecesarios de personas que prefieren acogerse a una institución, antes de necesitarla verdade-

³ J.J. Calvo y otros. *Demanda de institucionalización y posibles alternativas en la población anciana de San Sebastián*. Zerbitzuan, n.º 11.

ramente, para asegurarse así su atención futura.

Todas las encuestas muestran, de manera inequívoca, que las personas ancianas desean permanecer en su habitual medio de vida. Del estudio Situación Socio Sanitaria de los ancianos llevado a cabo por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación de Alava⁴ se desprende, por ejemplo, que únicamente el 1.6 por ciento considera que la residencia constituye una solución plenamente satisfactoria. En consecuencia, el ingreso en institución puede y debe constituir una elección positiva pero se trata de evitarla en la medida de lo posible.

Conviene que nos detengamos aunque sea brevemente en esta cuestión puesto que no siempre se plantea con claridad suficiente.

Hay que recordar, por un lado, la tendencia a la trivialización de la solución residencial que se produjo a finales de los 60, en pleno desarrollismo, cuando se planteó como una opción válida para la generalidad de los pensionistas y, quizá implícitamente, como alternativa a reformas sociales de mayor calado. Fruto de aquella tendencia son algunas de las instituciones residenciales existentes en la comunidad, diseñadas para cubrir las necesidades de una población con plena autonomía física.

Indudablemente el mayor coste diferencial de las residencias «asistidas», en relación a las de «válidos», y los problemas competenciales que suscita el contenido sanitario de las primeras —el sector salud ha eludido tradicionalmente la cuestión, y bienestar social ha evitado en lo posible la creación de servicios asimilables a un hospital de larga estancia— son factores que han favorecido el desarrollo de los servicios residenciales de forma poco coherente, en la medida que no se ha ajustado a los requerimientos de la población con necesidades más graves.

Sin embargo, la atención en el medio residencial debería reservarse para los casos de personas muy ancianas con graves pérdidas de autonomía, que no pueden ser sostenidas en sus viviendas con el apoyo de la red formal o informal de servicios. Como señalan Alien y otros⁵ este planteamiento se basa en dos premisas: la primera, que suele ser el deseo de los ancia-

nos y de sus cuidadores, y la segunda, que es el mejor modo de utilizar unos recursos limitados a pesar de que, también es preciso reconocerlo, la atención comunitaria no constituya siempre la opción más económica.

LAS RESIDENCIAS: UN RECURSO ESCASO

Lo anterior no es óbice para que debamos considerar la atención residencial como perfectamente indicada en muchos casos. Desgraciadamente, en muchos más casos de los que la oferta de servicios de la Comunidad Autónoma del País Vasco puede hacer frente.

De acuerdo con el último censo de Servicios Sociales realizado por EUSTAT en la Comunidad Autónoma del País Vasco, había —al 12-12-1991— 7908 plazas residenciales, en un total de 120 establecimientos. En realidad, el stock total de camas sobrepasa ampliamente esa cifra, dado que la citada fuente pierde al menos 145 plazas de establecimientos que se negaron a cumplimentar el cuestionario.

Las tasas de cobertura varían sustancialmente de un territorio a otro, o más exactamente de Alava, 4,08, a Bizkaia y Gipuzkoa, 3,10 y 3,40% respectivamente.

La titularidad de prácticamente la mitad de las plazas, de acuerdo con las estadísticas EUSTAT es pública, y una cuarta parte adicional está regida por fundaciones que en su mayoría son también públicas. El 17 por ciento del total de plazas las gestionan instituciones sin fin de lucro y, en consecuencia, no llegan al diez por ciento las pertenecientes al sector privado en un sentido estricto.

La diferencia entre territorios es bien patente también en lo que respecta a este aspecto de la titularidad, dado que la presencia de empresas, puramente anecdótica en el «mercado» guipuzcoano y alavés, supone la titularidad del 30 por ciento de las instituciones residenciales vizcaínas, y prácticamente el 17 por ciento de las plazas.

Pero los elementos diferenciadores más importantes en relación al esfuerzo institucional de cada territorio, pueden resumirse diciendo que en Alava es muy importante el papel de Diputación —ostenta la titularidad de más de la mitad de las plazas—, que en Gipuzkoa, el mayor esfuerzo, medido a través de la titularidad de las plazas evidentemente, lo llevan a cabo las corporaciones municipales—más de la

⁴ Diputación Foral de Alava. Dpto. de Bienestar Social. Situación Socio-Sanitaria de los ancianos.

⁵ I. Alien, D. Hogg, S. Pearce. Elderly people. Choice, Participation and Satisfaction. Policy Studies Institute. London 1992.

TITULARIDAD DE LAS RESIDENCIAS POR TERRITORIO HISTORICO

Absolutos y Porcentajes

	Total				Alava				Bizkaia				Gipuzkoa			
	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%
TOTAL	120	100.0	7908	100.0	22	100.0	1371	100.0	56	100.0	3983	100.0	42	100.0	2554	100.0
Adm. Territorial	15	12.5	1609	20.3	9	40.9	748	54.5	3	5.3	480	12.0	3	7.1	381	14.9
Adm. Local	38	31.7	2170	27.5	6	27.3	374	27.3	8	14.3	486	12.2	24	57.2	1310	51.3
Adm. Autonómica	1	0.8	18	0.2					1	1.8	18	0.5			—	—
Fundación	27	22.5	2039	25.8	1	4.5	18	1.3	17	30.4	1443	36.2	9	21.4	578	22.6
Inst. s.f.lucro	20	16.7	1355	17.1	4	18.2	178	13.0	10	17.8	892	22.4	6	14.3	285	11.2
Empresas	19	15.8	717	9.1	2	9.1	53	3.9	17	30.4	664	16.7	—	—	—	—

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros, 1991.

mitad de las plazas, sin contar las que pertenecen a fundaciones— y que éstas, las fundaciones, las empresas privadas e instituciones sin fin de lucro, tienen un mayor peso específico en el territorio histórico de Bizkaia.

Resulta evidente, en cualquier caso, que el esfuerzo de las instituciones implicadas, no es suficiente en términos globales. Dan fe de ello las amplias listas de espera existentes en la mayoría de las instituciones, puesto que constituyen un indicador indudable de la importante demanda residencial insatisfecha. De hecho, buen número de expertos de esta Comunidad confiesan estar más preocupados por la gran cantidad de ancianos desatendidos o mal atendidos, que por los problemas de calidad que pudiera haber en las instituciones.

Aunque la realidad de los ancianos que viven en domicilios particulares, y obviamente la de sus cuidadores, no es sociológicamente bien conocida en nuestro País, nos consta la existencia de muchísimas situaciones que bien cabría calificar de límite, por las propias condiciones de vida a las que se ven sometidos ancianos gravemente discapacitados y por el elevado coste económico y personal que se ven obligados a pagar sus familias y, de forma particular, los miembros femeninos de las mismas.

Los estudios epidemiológicos⁶ vienen a señalar que en torno al 2.4 por ciento de la población de 65 y más años viven encamados o confinados en un sillón y un 3.1 por ciento adicional tienen un nivel de autonomía superior, pero necesitan de otra persona para vestirse y asearse. Finalmente el 12.4 por ciento pueden subvenir a esas necesidades básicas, pero no salen de su domicilio o no pueden hacerlo sin ayuda.

Estas cifras ponen de relieve la importancia del déficit asistencial ya que, frente al número de plazas residenciales de todo tipo señaladas, hay que contar con la existencia de 6.628 ancianos encamados o confinados en un sillón y 8.218 más, que no pueden atender a su aseo personal o vestirse solas. Obviamente no todas estas personas, a pesar de su importante discapacidad, requieren una plaza residen-

cial. En efecto, muchas reciben probablemente la atención que precisan en el medio familiar, con o sin el concurso de los servicios de atención domiciliaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta entorno a esta cuestión al menos tres aspectos importantes.

En primer lugar, que tal y como revela el estudio *Ancianos en Residencias*⁷, prácticamente la mitad de las camas de las instituciones están ocupadas por personas que carecen de restricciones en su autonomía personal y, otro 30 por ciento, tiene restricciones únicamente leves. Es muy posible que desde la fecha de realización del referido trabajo, debido por un lado a los acertados cambios operados en las políticas de admisión de los establecimientos y al natural deterioro de los residentes, la prevalencia de personas gravemente discapacitadas sea actualmente superior. Desgraciadamente se desconoce el número de plazas para «inválidos» existentes en las residencias «mixtas», pero es un hecho que todavía hoy el 35 por ciento del total de camas se encuentran en residencias destinadas exclusivamente a la atención de personas «válidas». En segundo lugar y en relación al déficit cualitativo es preciso tener en cuenta que más del 60 por ciento de los ancianos ingresados en residencias guipuzcoanas tiene un nivel de discapacidad inferior a 4 en la escala de Kuntzmann que define, según el Departamento de Bienestar Social de la Diputación de dicho territorio, el límite para considerar la necesidad de una plaza asistida. Si esta cifra fuese extrapolable a la totalidad de las plazas residenciales existentes en la comunidad, resultaría que, de las 8.890, no llegarían a 3.500 las ocupadas por personas ancianas gravemente discapacitadas—con un nivel de discapacidad que definiría la necesidad de una plaza asistida—siendo así que, contando únicamente los ancianos encamados y los confinados en una silla, suman prácticamente el doble de esa cifra en la población total.

La oferta de plazas residenciales existente en otros países de nuestro entorno puede servir también para dar una idea de la magnitud del déficit asistencial. En términos generales, parece que la cifra de 5 camas por cada cien habitantes de 65 y más años se alcanza en la generalidad de los países desarrollados contando toda la variedad de servicios residenciales. Hemos podido observar cómo en Alava se supera esa tasa de camas y, rechazando la

⁶ Cfr. Colvez y otros. *Rapport au Groupe de Travail: «Méthodologie pour une planification des services aux personnes âgées dépendantes»*. Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes. Montpellier. INSERM 1990. Los resultados de los «Mapas de Servicios Sociales» de Gipuzkoa y Bizkaia elaborados por el SIIS-Centro de Documentación y Estudios, 1988, inédito, son coherentes con las cifras señaladas.

⁷ Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. «Ancianos en Residencias». Serie Estadísticas y Documentos de Trabajo n.º 9, 1985.

posibilidad de que en este territorio se haya dado un sobredimensionamiento de la oferta, se deduce que la elevación de la tasa de plazas residenciales al nivel de 5

por cien habitantes de 65 y más años en la Comunidad Autónoma exige la creación de unas cinco mil plazas adicionales para llegar a las más de trece mil necesarias.

EVOLUCION DE LA POBLACION HORIZONTE 2016

	Año 1991		Año 2016	
	Estimación	Censo	Estimación	Base Censo 1991 = 100
Población Total	2.118.194	2.104.041	2.060.872	97,8
Población > 65 años	257.465	266.109	396.211	148,8
% Pob. > 65 años s/ pob. Total	12,2	12,6	19,2	152,4

Fuente: Escenarios Demográficos. Horizonte 2016. Dpto. de Economía y Planificación. Gobierno Vasco.

NECESIDADES DE PLAZAS RESIDENCIALES

	N.º de plazas	A sobre las existentes en 1991 = 8053
Cobertura actual 3,4%	13.255	49%
Cobertura necesaria 5%	19.810	123%

Hay que tener en cuenta además, y éste sería el tercer aspecto a señalar, la previsible evolución de la población anciana a la hora de valorar las necesidades residenciales. En efecto, en relación al esfuerzo desarrollado en los últimos doce años en la creación de plazas, observamos que un incremento del 21 por ciento a nivel de Comunidad, ha supuesto únicamente el aumento de la tasa de cobertura en un 4 por ciento, como consecuencia lógica del crecimiento de la población anciana en un 49 por ciento.

Poseer una tasa de cobertura del 5 por ciento el año 2016 significa incrementar el actual stock de camas en prácticamente un 120 por cien para llegar a las aproximadamente 20.000 plazas necesarias. No olvidemos que en el plazo de 20-25 años habrán de ser cerca de diez mil las personas ancianas encamadas o confinadas en un sillón.

La importancia del déficit señalado y la de su proyección a un cuarto de siglo, se ve incrementada, por si fuera poco, con la necesidad de renovar centros obsoletos e instalaciones inadecuadas.

Sin entrar en otros detalles y centrándonos exclusivamente en el tamaño de las instituciones, observamos que 19 centros superan las cien plazas y que 7 tienen una capacidad superior a 200, es decir, que contravienen, en este extremo, la opinión-prácticamente unánime de los expertos, que recomiendan que los establecimien-

tos residenciales no superen el medio centenar de camas⁸.

El 45 por ciento de los ancianos residencializados viven en instituciones de más de cien camas y, prácticamente la cuarta parte, en macrocentros que superan las 200.

Por otra parte, el 15 por ciento de los ancianos que viven en instituciones deben compartir habitación con al menos otras dos personas y prácticamente el 6 por ciento están instalados en salas de cuatro y más camas. Sólo por este hecho, es decir, por la necesidad de eliminar, en consonancia con los criterios del Decreto de Acreditación, las habitaciones de tres y más ocupantes, habría que transformar cerca de mil camas adicionales.

La magnitud del problema es pues muy grave y requiere la urgente y decidida aplicación de medidas.

El desarrollo de la atención comunitaria

La atención en la comunidad mediante «paquetes de cuidados» progresivamente más complejos, se erige como una alternativa válida a la institucionalización. Sin embargo, demasiadas veces en los últimos años, el concepto ha sido utilizado para justificar el bajo ritmo de creación de plazas residenciales en la medida que se ha asociado, de forma mecánica y simple, la adscripción a la idea de atención comunitaria con el rechazo de la atención residencial.

Es cierto que, hoy en día, la situación más grave puede ser susceptible de aten-

⁸ Las normas de acreditación de algunos países establecen una capacidad máxima. En Dinamarca el límite es de 20 camas, en Francia de 80, en Inglaterra y Gales 65 y en Estados Unidos 60. Cfr. «Sistemas de Autorización y Acreditación. Panorama internacional». SIIS-Centro de Documentación y Estudios. 1991.

derse domiciliariamente y que, la atención comunitaria, se constituye en alternativa válida y deseable para muchos casos que hace dos décadas se hubiesen considerado como propios para la atención residencial. No es menos cierto, sin embargo, que la fórmula residencial constituye una opción necesaria y, en los términos que se ha indicado, positiva para muchos ancianos aquejados de discapacidades graves, sobre todo teniendo en cuenta que, en su moderna concepción, tales servicios, tanto desde el punto de vista de su ubicación, como de su tamaño y programas, deben favorecer, en la medida de lo posible, la integración del usuario en la comunidad.

Por otra parte, el importante déficit de plazas residenciales existente en nuestro País no se compensa en absoluto con la presencia de una red relativamente importante de servicios alternativos. Los Centros de Día constituyen una realidad prácticamente anecdótica y la atención domiciliaria cubre a una población de unos 6.500 usuarios con una tasa de cobertura por tanto del 2,4 por cien habitantes de 65 y más años.

Para situar esta cifra en el contexto europeo, digamos que en Suecia o en Finlandia la tasa supera el 18 por ciento y que en realidades más próximas, como Francia o Bélgica, alcanza el 6 por ciento. Eso sí, la intensidad del servicio, medida en horas semanales de dedicación al usuario, resulta mucho más elevada en nuestro medio, siete horas, que en los países europeos en los que, por lo general, no sobrepasa el par de horas semanales. Ello es debido probablemente, con independencia de otros factores, a la gravedad de la casuística que atienden los servicios de atención domiciliaria de la Comunidad Vasca. Es así como con un nivel —horas totales de servicio por habitante mayor de 65 años— parecido, nuestra cobertura es reducida en relación a la europea.

En cualquier caso, la calidad y cantidad de servicios comunitarios que podrían considerarse en cierto modo como alternativos a las residencias, no explican ni justifican la baja tasa de camas residenciales.

Centro de Documentación y Estudios
SIS.

TITULARIDAD Y TIPO DE RESIDENCIA

		Capacidad											
		Total		< 12		12-30		30-100		100-200		>200	
		Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
C.A.P.V.													
TOTAL	TOTAL	120	7.908	18	130	15	317	68	3.882	12	1.727	7	1.852
	Adm. Terr.	15	1.609	1	10	—	—	8	440	4	606	2	553
	Adm. Local	38	2.170	8	42	4	89	21	1.293	4	506	1	240
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Fundación	27	2.039	2	21	4	90	16	928	2	291	3	709
	Inst. s.f.l.	20	1.355	3	21	2	55	12	605	2	324	1	350
	Empresas	19	717	4	36	4	65	11	616	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	54	3.797	9	52	5	107	29	1.733	8	1.112	3	793
	Adm. Terr.	15	1	10	—	—	8	440	4	606	2	553	1.609
	Adm. Local	38	2.170	8	42	4	89	21	1.293	4	506	1	240
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
PRIVADA	TOTAL	66	4.111	9	78	10	210	39	2.149	4	615	4	1.059
	Fundación	27	2.039	2	21	4	90	16	928	2	291	3	709
	Inst. s.f.l.	20	1.355	3	21	2	55	12	605	2	324	1	350
	Empresas	19	717	4	36	4	65	11	616	—	—	—	—
ALAVA													
TOTAL	TOTAL	22	1.371	4	35	3	63	11	547	3	486	1	240
	Adm. Terr.	9	748	1	10	—	—	5	252	3	486	—	—
	Adm. Local	6	374	1	9	2	45	2	80	—	—	1	240
	Fundación	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Inst. s.f.l.	4	178	1	8	—	—	—	—	170	—	—	—
	Empresas	2	53	1	8	—	—	1	45	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	15	1.122	2	19	2	45	7	332	3	486	1	240
	Adm. Terr.	9	748	1	10	—	—	5	252	3	486	—	—
	Adm. Local	6	374	1	9	2	45	2	80	—	—	1	240
PRIVADA	TOTAL	7	249	2	10	1	18	4	215	—	—	—	—
	Fundación	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Inst. s.f.l.	4	178	1	8	—	—	3	170	—	—	—	—
	Empresas	2	53	1	8	—	—	1	45	—	—	—	—
BIZKAIA													
TOTAL	TOTAL	56	3.983	6	55	10	202	31	1.883	5	735	4	1.108
	Adm. Terr.	3	480	—	—	—	—	1	60	1	120	1	300
	Adm. Local	8	486	—	—	1	20	7	466	—	—	—	—
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Fundación	17	1.143	2	21	2	44	9	629	2	291	2	458
	Inst. s.f.l.	10	892	1	6	2	55	4	157	2	324	1	350
	Empresas	17	664	3	28	4	65	10	571	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	12	984	—	—	2	38	8	526	1	120	1	300
	Adm. Terr.	3	480	—	—	—	—	1	60	1	120	1	300
	Adm. Local	8	486	—	—	1	20	7	466	—	—	—	—
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
PRIVADA	TOTAL	44	2.999	6	55	8	164	23	1.357	4	615	3	808
	Fundación	17	1.443	2	21	2	44	9	629	2	291	2	458
	Inst. s.f.l.	10	892	1	6	2	55	4	157	2	324	1	350
	Empresas	17	664	3	28	4	65	10	571	—	—	—	—
GIPUZKOA													
TOTAL	TOTAL	42	2.554	8	40	2	52	26	1.452	4	506	2	504
	Adm. Terr.	3	381	—	—	—	—	2	128	—	—	1	253
	Adm. Local	24	1.310	7	33	1	24	12	747	4	506	—	—
	Fundación	9	578	—	—	1	28	7	299	—	—	1	251
	Inst. s.f.l.	6	285	1	7	—	—	5	278	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	27	1.691	7	33	1	24	14	875	4	506	1	253
	Adm. Terr.	3	381	—	—	—	—	2	128	—	—	1	253
	Adm. Local	24	1.310	7	33	1	24	12	747	4	506	—	—
PRIVADA	TOTAL	15	863	1	7	1	28	12	577	—	—	1	251
	Fundación	9	578	—	—	1	28	7	299	—	—	1	251
	Inst. s.f.l.	6	285	1	7	—	—	5	278	—	—	—	—

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros. 1991

**SERVICIOS SOCIALES 1991. PRINCIPALES SERVICIOS
PARA LA TERCERA EDAD Y TASAS DE COBERTURA**

	C.A.P.V,	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
Atención Domiciliaria	6.496	1.097	3.354	2.045
Centros de Día	256	79	66	111
Acogimiento familiar	70	—	—	70
Servicios Residenciales	8.053	1.516	3.983	2.554
TOTAL	14.875	2.692	7.403	4.780
Población > 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
TASA DE COBERTURA TOTAL ‰	55,9	87,3	50,4	54,7
TASA DE COBERTURA RESIDEN. ‰	30,3	49,2	27,1	29,2

Fuente: EUSTAT y Diputaciones Forales. Elaboración propia.

**EVOLUCION DE PLAZAS EN SERVICIOS RESIDENCIALES
Y DE LA COBERTURA DE ATENCION 1981-1991**

		C.A.P.V.	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
1981	N.º de Plazas	6.660	1.296	3.317	2.047
	Población > 65 años	207.678	23.401	115.112	69.165
	Tasa de Cobertura ‰	32,1	55,4	28,8	29,6
1991	N.º de Plazas	8.053	1.516	3.983	2.554
	Población > 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
	Tasa de Cobertura ‰	30,3	49,2	27,1	29,2
Índices base 1981 = 100	N.º de Plazas	120,9	117,0	120,1	124,8
	Población > 65 años	128,1	131,7	127,6	126,3
	Tasa de Cobertura ‰	94,4	107,2	94,1	98,6

Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

**SERVICIOS SOCIALES 1991
CENTROS Y PLAZAS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD
POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

	C.A.P.V.		Alava		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Nos.	%	Nos.	%	Nos.	%	Nos.	%
CENTROS								
Resi. Válidos	45	37,2	10	43,5	22	39,3	13	30,9
Resi. Asistidas	9	7,4	4	17,4	4	7,1	1	2,4
Resi. Mixtas	60	49,6	6	26,1	30	53,6	24	57,1
Apartamentos	2	1,7	—	—	—	—	2	4,8
Vivienda común	5	4,1	3	13,0	—	—	2	4,8
TOTAL S. RESI.	121	100,0	23	100,0	56	100,0	42	100,0
PLAZAS								
Resi. Válidos	2.764	34,3	466	30,7	1.425	35,8	873	34,2
Resi. Asistidas	888	11,0	412	27,2	426	10,7	50	2,0
Resi. Mixtas	4.327	53,7	611	40,3	2.132	53,5	1.584	62,0
Apartamentos	4	0,1	—	—	—	—	4	0,1
Vivienda común	70	0,9	27	1,8	—	—	43	1,7
TOTAL S. RESI.	8.053	100,0	1.516	100,0	3.983	100,0	2.554	100,0

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros. 1991.

OFERTA DE ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EUROPEA. 1991.

	Plazas en el conjunto de estructuras de alojamiento x 100 personas > 65 años	Plazas en residencias asistidas x 100 personas > 65 años
Alemania	5,4	2,3
Bélgica	7,8	2,4
Dinamarca	13,2(11,3)	5,3
España	2,0	0,2
Francia	5,1	2,4 ¹
Grecia	0,5	—
Irlanda	5,0	—
Italia	2,3	—
Luxemburgo	7,8(6,8)	1,4
Países Bajos	12,3(9,7)	2,6
Portugal	2,0	—
Reino Unido	10,0(5,0)	—

NOTA: Las cifras entre paréntesis se refieren a datos que excluyen las viviendas tuteladas. ¹ Incluyen las camas de larga estancia en los hospitales (Francia) o las camas geriátricas (Bélgica). Fuente: Older people in Europe: Social and Economic Policies. The 1993 Report of the European Observatory. Commission of the European Communities.

SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA Cobertura, nivel e intensidad

	C.A.P.V.	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
1. N.º de atendidos mayores de 65 años	6.496	1.097	3.354	2.045
2. Población mayor de 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
3. Cobertura Población atendida/Población total x 100	2,44	3,55	2,28	2,34
4. N.º de horas de servicio al año destinadas a la atención de ancianos	2.438.983	459.036	1.297.591	682.356
5. N.º de horas semanales de atención	46.777	8.803	24.887	13.087
6. Intensidad (horas semanales servicio/usuario)	7,20	8,02	7,42	6,39
7. Nivel (horas semanales de servicio x 1.000 habitantes de 65 y más años)	175,8	285,5	169,4	149,8

Fuente: Diputaciones Forales. Elaboración propia.

INDICADORES DE ATENCION DOMICILIARIA EN ALGUNOS PAISES EUROPEOS

	Cobertura	Intensidad	Nivel
Suecia	18,4	4,75	1.016
Dinamarca	20,5	—	—
Reino Unido	6,1	3,2	320
Francia	6,1	2	128
Bélgica	6	2,2	133
Finlandia	18,4	1,4	271
Austria	8,8	1,1	104

Fuente: SIIS. La asistencia domiciliaria en Europa. Gobierno Vasco. Dpto. de Trabajo y Seguridad Social. Documentos de Bienestar Social, n.º 32.