

Trabajo de Fin de Grado

**ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DE UNA RESIDENCIA PARA
PERSONAS MAYORES**

Alumno: Álvaro Anza Porras

Tutor: Eduardo San Miguel Osaba

Grado en Administración y Dirección de Empresas

Curso Académico 2015-2016

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DEL TEMA, OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	7
- 1ª PARTE: GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES.....	10
<i>Capítulo 1. – EVOLUCIÓN DEL SECTOR DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS</i>	10
1.1 – Introducción.....	10
1.2 – Envejecimiento demográfico y cambios sociales relacionados.....	11
1.2.1 – <i>La transición demográfica: el proceso de envejecimiento demográfico</i>	11
1.2.2 – <i>Perfil del segmento comprendido por las personas mayores de 65 años</i>	16
1.3 – Evolución y respuesta del sector ante los retos que se presentan.....	19
1.3.1 - <i>Respuesta cuantitativa: desarrollo del sector</i>	19
1.3.2 – <i>Respuesta cualitativa: nuevo de enfoque</i>	22
<i>Capítulo 2. – SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES DE GIPUZKOA</i>	26
2.1 – Introducción.....	26
2.2 – Gestión de la Calidad.....	27
2.2.1 – <i>La calidad y su situación en el ámbito de los servicios sociales</i>	27
2.2.2 – <i>Sistemas de Gestión de Calidad en centros residenciales de Gipuzkoa</i>	30
2.3 – Implantación de Sistemas de Gestión de Calidad en centros residenciales de Gipuzkoa.....	39
2.3.1 – <i>Servicios sociales residenciales de Gipuzkoa</i>	39

2.3.2 – <i>Sistemas de Gestión de Calidad implantados en los centros residenciales de Gipuzkoa</i>	47
- 2ª PARTE: HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES	60
Capítulo 1. – SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	60
1.1 – Introducción	60
1.2 – Expectativas y grado de satisfacción de los usuarios	63
Capítulo 2. – HERRAMIENTAS PARA FOMENTAR Y ANALIZAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	65
2.1 – Introducción	65
2.2 – Herramientas para fomentar el grado de satisfacción del usuario	66
2.2.1 – <i>Cartas de Servicio</i>	66
2.2.2 – <i>Manuales de Buenas Prácticas</i>	68
2.2.3 – <i>Plan de Atención Individualizada (PAI)</i>	69
2.3 – Herramientas para analizar el grado de satisfacción del usuario	70
2.3.1 – <i>Encuestas de Satisfacción</i>	70
2.3.2 – <i>Propuesta personal</i>	72
- CONCLUSIONES Y OPINIÓN PERSONAL	77
- BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB CONSULTADAS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución Tasa de Natalidad, País Vasco y T.H. de Gipuzkoa (1975-2014)..	14
Tabla 2. Evolución Tasa de Envejecimiento, País Vasco y T.H. de Gipuzkoa (1975-2015).....	15
Tabla 3. Evolución Índice de Envejecimiento, País Vasco y T.H. de Gipuzkoa (1975-2015).....	15
Tabla 4. Principales diferencias entre los modelos ISO 9001 y EFQM.....	54
Tabla 5. Derechos de las personas usuarias de los Servicios Sociales en la CAPV....	62
Tabla 6. Impacto de los modelos de gestión de calidad sobre la calidad del servicio y la satisfacción de los Grupos de Interés.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámides de Población de la CCAA del País Vasco 1976 y 2015.....	14
Gráfico 2. Pirámide de Población de la CCAA del País Vasco 2026.....	16
Gráfico 3. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por sexo en la C.A. de Euskadi.....	17
Gráfico 4. Evolución de plazas residenciales para mayores de 65 años en la provincia de Gipuzkoa (1994-2013).....	40
Gráfico 5. Evolución del número de plazas de centros residenciales para personas mayores, por territorios históricos. CAPV, 1994-2009.....	42
Gráfico 6. Distribución de las plazas en centros residenciales para personas mayores, por territorios históricos. CAPV, 2011 (%).....	43
Gráfico 7. Mapa de procesos, residencia Zorroaga, 2014.....	52
Gráfico 8. Centros gerontológicos certificados con ISO 9001 en el País Vasco, 2013 (%).....	53

-INTRODUCCIÓN-

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA, OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El Trabajo de Fin de Grado que expongo a continuación trata de analizar cómo el conocimiento del grado de satisfacción de los usuarios de un centro residencial para personas mayores de 65 años se ha convertido, en un espacio de tiempo relativamente corto, en un elemento clave en la gestión general de la organización para poder alcanzar con éxito los objetivos establecidos en torno a la calidad de vida de las personas en la actual sociedad del Estado del Bienestar.

El proceso de envejecimiento progresivo en el que está inmersa nuestra sociedad actual, al igual que en el resto de países desarrollados, es sin lugar a dudas un gran éxito conseguido gracias a los avances que han permitido vivir durante más tiempo y con una mayor calidad de vida, sin embargo, este fenómeno implica también retos socioeconómicos y políticos para el Estado del Bienestar, retos que se deberán de comprender y abordar de la forma más eficaz y eficiente posible aprovechando las oportunidades de cambio que ofrece. Este envejecimiento poblacional ha hecho que el segmento comprendido por personas mayores de 65 años no solo haya ganado peso en la sociedad, sino que con la modernización social ha ido cambiando de manera notable configurándose como un segmento heterogéneo en el que conviven diferentes generaciones con necesidades y exigencias muy diferentes que han hecho que las organizaciones de los diferentes sectores económicos hayan tenido que adaptarse y dirigir su atención hacia este grupo poblacional.

En el ámbito socio sanitario, más concretamente en el sector residencial para personas mayores de 65 años en el que se centra este trabajo, este fenómeno demográfico ha planteado unos desafíos concretos como es el hacer frente a un importante incremento de la demanda de servicios, además de la aparición de unas necesidades que cada vez más requieren de una atención especializada y personalizada. Este nuevo escenario ha impulsado el desarrollo y transformación de un sector que hasta hace apenas unas décadas se apoyaba en la caridad y la beneficencia, y que en la actualidad trata de terminar de profesionalizarse enfocando sus políticas y estrategias hacia las verdaderas necesidades de los mayores, con una completa orientación a la persona tal y como están dirigidos el resto de los ámbitos económicos de la sociedad. Esta es la razón por la que en las últimas décadas ha irrumpido con fuerza en la atención residencial el paradigma de la calidad, tratando de fundamentar ese cambio de enfoque introduciendo en las organizaciones del sector nuevos métodos de gestión y utilizando también para el día a día herramientas que ayuden a una adaptación continua a los cambios que puedan producirse en las necesidades y exigencias de los residentes, como también de sus

familias y el resto de la sociedad, con el objetivo final de lograr su completa satisfacción con el servicio ofrecido.

La temática de este trabajo me despertó un gran interés desde el primer momento por el hecho de que un gran éxito para la sociedad en general como es el haber ganado ya no solo años a la vida, sino calidad de vida a los años, haya provocado esta problemática social y se esté poniendo en riesgo la viabilidad del Estado del Bienestar. Lo considero un tema clave que requiere de toda la implicación social e institucional posible para poder afrontarlo correctamente, y más aun sabiendo la velocidad que ha ido adquiriendo el proceso de envejecimiento con el paso del tiempo, por lo que va a ser vital a medio-largo plazo encontrar una solución para conseguir mantener la calidad de vida de .la que goza en la llamada sociedad del bienestar actual.

Es por ello que comencé este trabajo con el objetivo de ir contestando a las preguntas que me surgían en torno al tema como por ejemplo ¿Cuál ha sido el impacto y adaptación del paradigma de la calidad y su gestión en el sector, especialmente en los centros residenciales guipuzcoanos? ¿Se están consiguiendo los resultados esperados en los centros con la adopción de Sistemas de Gestión de Calidad? ¿Está siendo realmente la persona usuaria y su satisfacción el eje sobre el que gira el cambio? ¿Cuáles están siendo actualmente las herramientas más utilizadas por los centros residenciales guipuzcoanos para tratar de conseguir estos objetivos en la práctica del día a día?

La metodología empleada para elaborar este Trabajo de Fin de Grado, con el propósito de comprender más a fondo el tema en cuestión y lograr así contestar las preguntas y alcanzar los objetivos establecidos, se ha basado por lo general en la investigación científica. En primer lugar, a través del análisis de la evolución de diferentes datos socio demográficos, utilizando para ello fuentes estadísticas y diferentes estudios realizados, se ha querido contextualizar teóricamente el tema y focalizar la problemática que queremos abordar. En segundo lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el paradigma de la Gestión de Calidad en general, haciendo un seguimiento temporal a través de diversos artículos y documentos sobre el tema, tratando de conocer la evolución que ha ido llevando a cabo hasta convertirse en un factor común en todos los ámbitos económicos de la sociedad, en particular, y fijándonos en el impacto que han supuesto los diferentes modelos y herramientas en el ámbito de las residencias para personas mayores de Gipuzkoa. Con el objetivo de completar este punto y dar un empaque final al trabajo, también he realizado un pequeño estudio empírico con la intención de conocer de primera mano la aplicación de estos métodos y herramientas para la gestión de la calidad y análisis de la satisfacción del usuario de un centro residencial para mayores de 65 años. Para ello, he tenido la oportunidad de tener una breve entrevista con el responsable de calidad de la Fundación Zorroaga en el año 2014-2015, con la intención de conocer de primera mano la opinión y experiencias de un profesional de este ámbito, además de analizar diferentes cuestionarios de satisfacción recopilados de algunas residencias de Gipuzkoa, lo que me ha sido de gran utilidad para comprender mejor la puesta en práctica de toda la teoría que he podido ir viendo para redactar este Trabajo de Fin de Grado.

Con la intención de alcanzar los objetivos propuestos y llegar finalmente a obtener unas conclusiones sobre el tema, me ha parecido oportuno estructurar el Trabajo de Fin de Grado que veremos a continuación diferenciando claramente dos partes, de manera que la primera parte estará más enfocada al origen, planteamiento y acciones llevadas a cabo en el sector para afrontar el desafío y llevar a cabo el necesario cambio. A su vez, esta primera parte estará dividida en dos capítulos diferentes, estando el primer capítulo dedicado a comprender los acontecimientos socio demográficos que han propiciado esta situación y cuáles han sido los planteamientos y respuestas de las instituciones y organizaciones socio sanitarias para tratar de darle solución. En un segundo capítulo de esta primera parte me centraré más en el paradigma de la calidad y cómo este se ha ido introduciendo y transformando la gestión de las organizaciones del ámbito de los servicios sociales, situándose por primera vez la satisfacción de los usuarios como el elemento clave. En los últimos puntos del segundo capítulo que dará fin a la primera parte del Trabajo de Fin de Grado, veremos la situación en los centros residenciales del Territorio Histórico de Gipuzkoa, analizando cómo se ha promovido el cambio a través de las diferentes instituciones y tratando de conocer cuáles han sido los modelos que con más éxito se han difundido entre nuestras residencias. Finalizaré esta primera parte del Trabajo de Fin de Grado tratando de averiguar cuáles han sido las claves para el éxito o el fracaso en el intento de adoptar un determinado Sistema de Gestión de Calidad en las residencias, ya que no todos han conseguido los resultados esperados al no haber tenido a penas impacto en una mejora del servicio y del grado de satisfacción de sus usuarios.

Por último, en la segunda parte del trabajo me centraré por completo en ese elemento clave en el que se ha convertido la satisfacción del usuario de los centros residenciales para personas mayores, repasando brevemente cuáles están siendo las herramientas más comúnmente utilizadas y tratando de analizar más a fondo aquellas que tienen un mayor impacto en la mejora del grado de satisfacción. El Trabajo de Fin de Grado finalizará viendo una de las herramientas más conocidas y utilizadas en todos los sectores económicos de la sociedad, y que también están sirviendo como instrumento clave en las residencias de mayores, como son las encuestas de satisfacción para los residentes, debido a su sencillez y facilidad para proporcionar esa información tan valiosa para tratar de mejorar el servicio ofrecido, como es el grado de satisfacción o insatisfacción de los usuarios. Tratando de completar el trabajo y también a modo de conclusión, he encontrado apropiado redactar un borrador de lo que he considerado que mínimamente deberían de contener los cuestionarios de satisfacción dirigidos a los usuarios de un centro residencial para personas mayores de 65 años, a fin de sacar el máximo provecho y ser lo más efectivo posible para analizar realmente el grado de satisfacción con el servicio recibido.

-PRIMERA PARTE-

GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

Capítulo 1. EVOLUCIÓN DEL SECTOR DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

1.1 – INTRODUCCIÓN.

Antes de adentrarme en todo aquello a lo que se refiere la temática de mi Trabajo de Fin de Grado he creído conveniente analizar los fenómenos que han llevado al sector de los servicios sociales, en general, y a los servicios dedicados al segmento de la tercera edad en particular, a una profunda transformación cambiando su enfoque tradicional por otro más orientado a satisfacer las diferentes necesidades de los usuarios actuales.

Los cambios socio-demográficos que se han venido produciendo con el paso a una sociedad moderna han traído como consecuencia un fenómeno muy común en sociedades desarrolladas como la nuestra, el *fenómeno del envejecimiento de la población o envejecimiento demográfico*. El impacto que ha supuesto en la sociedad moderna el crecimiento del segmento poblacional de los mayores de 65 años, no solo cuantitativamente sino también en sentido cualitativo con perfiles más complejos y heterogéneos, les ha hecho más visibles ante la sociedad ganando protagonismo en cuanto a decisiones políticas, ya que supone un gran reto social a afrontar.

El tradicional sistema de bienestar español se ha caracterizado siempre por tener a la familia como principal proveedora de cuidados a los mayores, pero los cambios relacionados con la modernización social han planteado nuevos retos que hacen que se traspasen al Estado competencias tradicionalmente familiares (Tobío *et al.*, 2010). Veremos cómo durante el siglo XX el sector dedicado a asistir a la tercera edad se formaliza y se desarrolla, incrementando sus recursos para dar respuesta al aumento de la demanda de servicios de atención, sobre todo las situaciones de asistencia permanente, cada vez más habituales. Más adelante, veremos cómo ya entrando en el nuevo siglo XXI continúa el desarrollo y se termina por configurar la asistencia como un derecho subjetivo a todo ciudadano, primando el apoyo a la autonomía para el mantenimiento de las personas mayores en su entorno habitual.

La entrada al siglo XXI trae consigo un cambio de escenario en el sector que cada vez demanda más recursos, de acuerdo con las proyecciones que prevén la intensificación

del fenómeno del envejecimiento, unido al periodo actual de recesión económica que limita la financiación pública, está generando una alarma social por los efectos que provoca en el Estado del Bienestar, poniendo en riesgo su sostenibilidad por el crecimiento progresivo del gasto social y el descenso de la población activa (González y San Miguel, 2001). Esta tesitura hace necesaria una nueva reflexión acerca de cómo se afronta la situación que lleva a un cambio de enfoque en el sector que se orienta totalmente hacia las personas, a satisfacer las diversas necesidades del proceso de envejecimiento de la forma más eficaz y eficiente posible. Este enfoque va a requerir de una mejor gestión de los recursos por parte de las organizaciones responsables para poder mantener y llevar a cabo un servicio de calidad.

1.2 - ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y CAMBIOS SOCIALES RELACIONADOS.

1.2.1. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO.

Es sabido que Euskadi, al igual que el conjunto del Estado y Europa en general, está conociendo un progresivo envejecimiento de su población. Vamos a comenzar este punto analizando el origen de este fenómeno demográfico que, junto con el de la inmigración, está presentando más retos para la sociedad moderna actual, el también llamado *fenómeno del envejecimiento demográfico*.

El envejecimiento de la población se mide y puede definirse normalmente como el aumento del peso específico de las personas mayores de 65 años en el conjunto de la población. Este hecho es fruto de la combinación de dos elementos: el *descenso de la natalidad* y el *aumento de la esperanza de vida*. Ambos fenómenos son la causa del envejecimiento de las sociedades occidentales (Gobierno Vasco, 2005) que, como sostienen muchos autores, “es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX” (Lorenzo, 2002, p.3) y que vemos acentuado en la sociedad actualmente configurada.

Estos fenómenos que empujan a las sociedades a envejecer son consecuencias del progreso y modernización social experimentados con el paso de una sociedad pre-industrial a otra post-industrial (Larrañaga Padilla, 2004) y pueden explicarse en la llamada *transición demográfica*¹ (Notestein, 1953).

¹ El concepto de transición demográfica fue propuesto inicialmente por Frank Wallace Notestein en 1953: "Economic Problems of Population Change". En Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists, págs. 13 a 31. Londres: Oxford University Press. Notestein en 1953 utilizó el concepto de transición demográfica (demographic transition) para explicar cambios demográficos desde una alta mortalidad y natalidad a una bajada de la mortalidad y posterior bajada de la natalidad así como el aumento de la población y los problemas económicos de dichos cambios.

Transición Demográfica.

Como nos indican algunos autores “cuando el estudio de la población permite observar una tendencia claramente rupturista con las pautas anteriores, los demógrafos la designan utilizando el término *transición demográfica*” (Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2010, p.38). Así, lo que se dio a llamar *primera transición demográfica* hace referencia al cambio histórico que se inicia en el siglo XVIII en algunos países europeos en los que la situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad, durante el régimen demográfico pre-industrial, cambia y se transforma en otra en la que ambas tasas son bajas, ya en el régimen demográfico moderno actual (Tobío *et al.*, 2010).

Tradicionalmente en las poblaciones humanas, durante el régimen demográfico pre-industrial, la natalidad, al igual que la mortalidad, ha sido elevada para compensarla baja esperanza de vida de la población. Eran necesarias altas tasas de fecundidad para compensar las altas tasas de mortalidad (Notestein, 1953), siendo el Crecimiento Natural o Vegetativo de la población² muy bajo o prácticamente nulo.

Sin embargo, durante la transición al régimen demográfico industrial, gracias a los avances conseguidos ya que, se consiguen *mejorar rendimientos agrícolas, mejoras tecnológicas, avances en medicina, alfabetización, etc.* se inició un rápido ascenso de la esperanza de vida. Durante este periodo la población comenzó a incrementarse en los países que habían iniciado esta transición gracias a un crecimiento vegetativo con saldo positivo al haber más nacimiento que muertes, aumentando el peso de los jóvenes respecto a la población total debido a que se redujo la elevadísima mortalidad infantil imperante hasta entonces (Pérez Díaz, 2012).

El fenómeno que explica el inicio del envejecimiento demográfico actual se da una vez finalizada la transición a la industrialización. Los índices de natalidad, que se habían mantenido altos hasta el momento, inician un importante descenso durante este periodo industrial motivado por el *acceso a métodos anticonceptivos, la incorporación de la mujer a la educación y al mercado laboral, el acceso al estado del bienestar, el paso de zonas rurales a urbanas, la sustitución de la agricultura de subsistencia por la agricultura de mercado*, junto con otros cambios sociales que analizaremos más adelante. La tasa de mortalidad continúa la tendencia bajista y, por esta razón, el crecimiento poblacional iniciado durante la transición se ralentiza.

Finalmente llegamos a la etapa de madurez de esta transición demográfica descrita, el régimen demográfico moderno actual, que se caracteriza por una tasa de mortalidad que se reduce hasta alcanzar mínimos históricos y donde la tasa de natalidad continúa reduciéndose hasta igualarse prácticamente con la primera. Al estar las tasas de mortalidad y natalidad en cifras similares y bajas el crecimiento vegetativo de la población continúa ralentizándose hasta hacerse mínimo o prácticamente nulo pero por razones totalmente opuestas a las del Antiguo Régimen Demográfico anteriormente

² El Crecimiento Natural o Vegetativo es la diferencia que existe entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población.

descrito. La principal razón por la que la natalidad llega a esta situación, y que como veremos acelera el envejecimiento poblacional, es que la industrialización incentiva a las familias a aumentar su inversión en la formación de los hijos. Como diría Becker (1981), “modifica las preferencias de las familias desde la cantidad a la calidad en sus decisiones respecto al número óptimo de descendientes y reduce finalmente la tasa de natalidad” (Bermejo, 2012).

Hay que subrayar que al igual que ocurrió en el resto de países europeos y aunque de forma tardía, en España, se dio un fenómeno demográfico llamado “*explosión de natalidad* o *baby-boom*”, que se produce en periodos de posguerra, entre 1946 y 1964, y que como veremos, es la razón por la cual el envejecimiento comenzó a manifestarse con cierto retraso pero más rápido e intenso que en el conjunto europeo (Larrañaga Padilla, 2004). Durante estos años, al calor de la bonanza de la recuperación económica, la tasa de natalidad dejó de disminuir incluso aumentó, rejuveneciendo notablemente la población de aquella época. A partir de 1964 la tasa de natalidad vuelve a disminuir hasta alcanzar los mínimos actuales y es en este momento cuando se acentúa el fenómeno que estamos describiendo ya que, como indica Bermejo (2012, p.3), “tradicionalmente se identifica el descenso en esta variable como el desencadenante del envejecimiento social a través del cambio en la estructura de edad de la población”, como veremos en las diferentes pirámides que vamos a mostrar a continuación, con una proporción cada vez mayor entre individuos en edades avanzadas e individuos jóvenes.

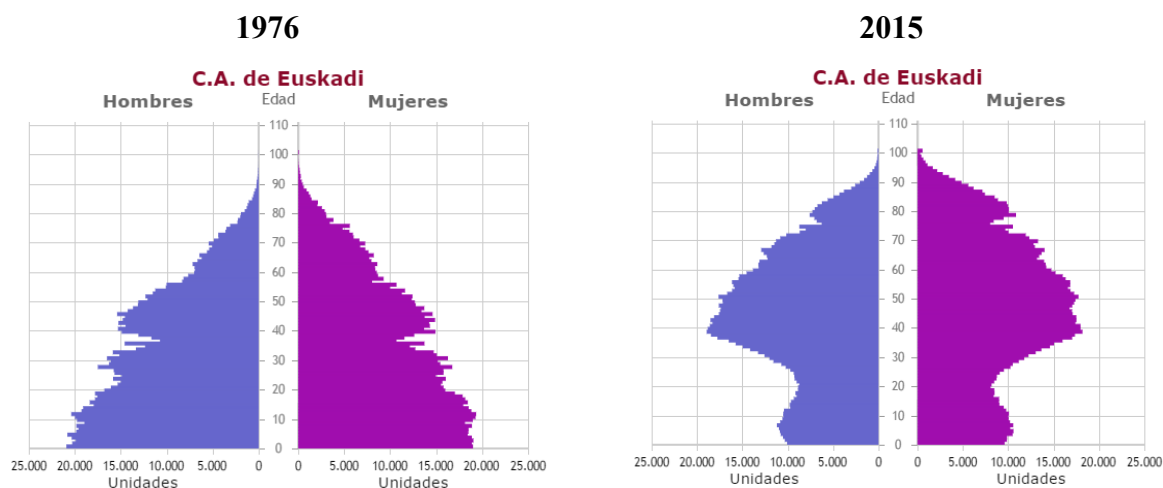
El Envejecimiento de la población en datos demográficos.

A continuación vamos a ver cómo se ha desarrollado el Envejecimiento de la población en la Comunidad Autónoma del País Vasco y en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, basándonos en los datos demográficos más significativos sacados del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), que han influido en el cambio en la estructura de edades de la población.

Como vemos en el *gráfico 1.*, el paso del siglo XX al siglo XXI, también ha dado lugar a un cambio de tendencia significativa en el País Vasco donde se ha producido un notable cambio en la distribución del peso de las edades en el total de la población. Como hemos explicado anteriormente, una vez finalizados los años del “*baby-boom*” tras los periodos de guerra, a mediados de los 70 se configura una estructura de edades rejuvenecida debido al aumento de los nacimientos durante ese periodo. Es a partir de los años 70 cuando se acelera e intensifica el envejecimiento de la población vasca debido al descenso de la tasa de natalidad, configurando la actual estructura. Por lo tanto y como hemos comentado en el párrafo anterior, estamos de acuerdo con Pérez Díaz (2012) en que la natalidad sí tiene un efecto inmediato en la pirámide de edades al contrario de lo que hemos visto anteriormente con la mortalidad. Si la tasa es elevada, ensancha automáticamente la base rejuveneciendo la población (*pirámide de 1976*) y si es reducida produce el efecto contrario (*pirámide de 2015*). De hecho, como defienden varios autores, este es el elemento fundamental de la rapidez del envejecimiento

demográfico (Lorenzo, 2002; Pérez Díaz, 2012) sobre todo de aquellos que han llegado al final de su transición demográfica.

Gráfico 1. Pirámides de Población de la CCAA del País Vasco 1976 y 2015.



Fuente: Indicadores demográficos (EUSTAT)

Como se puede observar en la evolución de la tasa de natalidad, tanto del País Vasco como de Gipuzkoa (*tabla 1.*), tras el *baby-boom* ha adquirido una fuerte tendencia a la baja que se ha estabilizado en los mínimos en los que se mueve actualmente. No he podido conseguir datos de antes de los años 60-70 para indicar la alta tasa de natalidad durante el “*baby-boom*” (datos del INE disponibles a partir de 1975) pero, asemejándola a la tasa estatal, podríamos indicar que se encontraba por encima del 20% y ya en 1975 había adquirido una tendencia bajista.

Tabla 1. Evolución Tasa de Natalidad, País Vasco y T.H. de Gipuzkoa (1975-2014).

	1975	1980	1990	2000	2010	2014
Gipuzkoa	19,39	12,03	7,92	8,97	10,22	9,00
País Vasco	19,91	13,53	7,80	8,35	9,71	8,95

Fuente: Indicadores de natalidad (INE)

Actualmente, y tal como se espera si hacemos caso a las proyecciones al respecto, el proceso de envejecimiento de la población que disfrutamos se ha intensificado, y esto se debe a que los grupos de edad centrales son los más numerosos, como se ve en la Pirámide actual (*grafico 1.*) y es que las numerosas generaciones del *baby-boom* que en

1975 se situaban en la base actualmente están comenzando a engrosar los grupos de edad maduros (Lorenzo, 2002). El grupo de edad superior a los 65 años, ha aumentado progresivamente hasta abarcar en la actualidad alrededor de un 20% de la población vasca, cuando en 1975 era tan solo del 8,51%, superando la media estatal que se sitúa en un 18,5%. Es muy llamativo el considerable aumento de la diferencia entre los mayores de 65 años y los menores de 15 años en el País Vasco, pasando de un indicador de 28,81 a 141,92 en treinta años. Podemos ver esta rápida evolución del envejecimiento en el País Vasco y en Gipuzkoa en las *tablas 2. y 3.*

***Tabla2.* Evolución Tasa de Envejecimiento³, País Vasco y T.H. de Gipuzkoa (1975-2015).**

	1975	1991	2000	2010	2015
Gipuzkoa	x	12,92	17,12	18,95	21,28
País Vasco	8,51	12,64	17,25	19,09	21,37

Fuente: Elaboración propia a través de datos del INE y EUSTAT.

***Tabla3.* Evolución Índice de Envejecimiento⁴, País Vasco y T.H. de Gipuzkoa (1975-2015)**

	1975	1991	2000	2010	2015
Gipuzkoa	x	69,90	127,20	127,81	135,77
País Vasco	28,81	67,77	131,65	136,08	141,92

Fuente: Elaboración propia a través de datos del INE y EUSTAT.

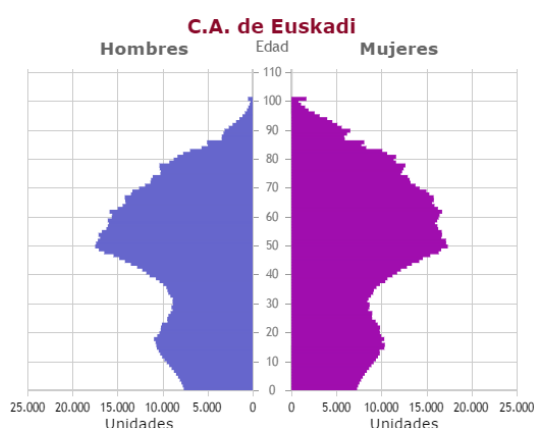
Proyecciones y retos a afrontar.

Como hemos dicho antes, las estimaciones para el futuro prevén que esta tendencia de envejecimiento acelerado siga, configurando una sociedad fuertemente envejecida, como podemos observar en el gráfico 2. Y es que, según los escenarios demográficos proyectados por el EUSTAT, se prevé que en el año 2026 la proporción de mayores respecto a la población total siga aumentando y supere el 26%.

³ Tasa de Envejecimiento: peso relativo (en tantos por ciento) de los de los viejos (P>65) en relación a la población total (Pt)

⁴ Índice de Envejecimiento: porcentaje que representa la población mayor de 64 años respecto a la población con menos de 15 años.

Gráfico 2. Pirámide de Población de la CCAA del País Vasco 2026.



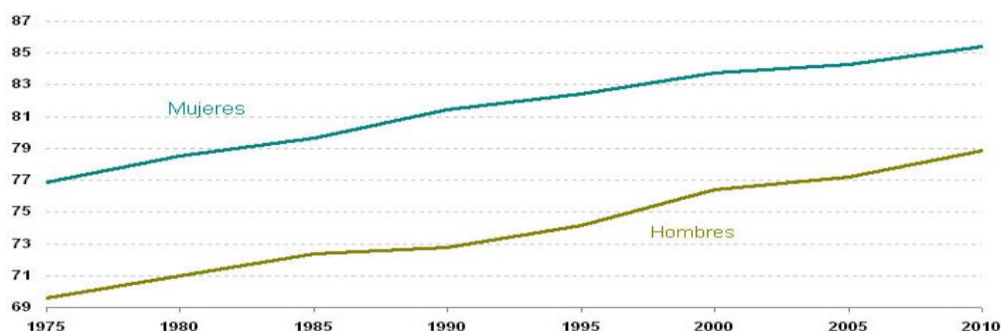
Fuente: Indicadores demográficos (EUSTAT)

Esta situación descrita está provocando que actualmente exista una importante preocupación social y supone un interesante reto que ya está siendo abordado desde diferentes ámbitos. Para ello es importante enfocar la situación de la manera adecuada siendo conscientes del nuevo escenario que se ha configurado respecto al colectivo de personas mayores de 65 años como veremos en los siguientes puntos.

1.2.2. PERFIL DEL SEGMENTO COMPRENDIDO POR LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

El término de “envejecimiento demográfico” que acabamos de definir fue creado por corrientes natalistas con el propósito de calificar negativamente la modernización demográfica debido a que, como hemos visto, tuvo como consecuencia el drástico descenso del número de nacimientos que se venían dando hasta ahora. Término, por lo tanto, con connotación negativa para explicar la consecuencia de un proceso indudablemente positivo para la sociedad donde el auténtico motor del cambio ha sido el constante aumento de la supervivencia generacional (Pérez Díaz, 2010). Desde que se produjo la transición industrial la expectativa de vida no ha cesado de incrementar, como podemos observar en el gráfico 3., logrando un máximo histórico en el 2014 de 80,36 años para los hombres y 86,12 años para las mujeres, nacidos en el País Vasco (Instituto Nacional de Estadística, 2015).

Gráfico 3. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por sexo. C.A. de Euskadi.



Fuente: Indicadores demográficos (EUSTAT)

Esta conquista, resultado del bienestar creciente de las sociedades (González y San Miguel, 2001), entraña consecuencias para el segmento de las personas mayores, como aquellas automáticas a las que el autor Pérez Díaz (2010) califica como “*efectos de estructura*”, entre los que destacan la feminización, el sobre-envejecimiento y el aumento de la dependencia, que veremos a continuación.

Sobre-envejecimiento, feminización y dependencia

Dentro del ya comentado proceso de envejecimiento de la población destaca otra tendencia como es el incremento de la población más anciana, aquella que ha superado los 85 años (Lorenzo, 2002), que han pasado de suponer el 1,9% del conjunto de la población vasca en el 2005 al 3,4% actual, lo que representa un incremento del 73% en estos últimos 10 años. Ha sido la población de 100 y más años la que ha vivido este proceso con más intensidad al haber, prácticamente, duplicado su cifra en este periodo (EUSTAT, 2015). Las tendencias demográficas muestran, por tanto, que se está produciendo y se producirá con más intensidad, lo que se ha venido a denominar por varios autores *sobre-envejecimiento*, *envejecimiento del envejecimiento* o también *envejecimiento de la población mayor*, como Díez Nicolás (1999a) designa a este proceso (Lorenzo, 2002).

También dentro del envejecimiento de la población se está dando otra tendencia destacable como es la llamada “*feminización de la vejez*” (Pérez Díaz, 2010). La diferencia de mortalidad entre hombres y mujeres, como podemos ver reflejada también en la mayor esperanza de vida femenina (*gráfico 3.*), desequilibra la relación numérica entre sexos. Antaño, estas diferencias no tenían demasiada importancia pero, actualmente, a los 80 años las mujeres doblan en número a los hombres (Pérez Díaz, 2010). Por lo tanto, como también sostienen González y San Miguel (2001), este

aumento de la longevidad ha favorecido sobre todo a las mujeres siendo, la esperanza de vida de la mujer española de las más elevadas de todos los países de la Unión Europea y del mundo (Tobío *et al.*, 2010).

Otro de los fenómenos que va a configurar el actual segmento de personas mayores de 65 años es la dependencia⁵ y es que, como afirma Pérez Díaz (2010) los problemas de salud guardan una relación directa con la edad. Por lo tanto, el envejecimiento demográfico, y sobre todo el mencionado fenómeno del sobre-envejecimiento, son causa del aumento del número de personas más necesitadas de cuidados (Tobío *et al.*, 2010), ya que los mayores de 80 años son más susceptibles de sufrir pérdidas y reducciones de su autonomía personal (Pérez Cano, Varela Garay, Martínez Ferrer y Musitu Ochoa, 2012). Por lo tanto, podríamos decir que se ha cambiado mortalidad por morbilidad⁶, que suele ir asociada a enfermedades crónicas y degenerativas que muchas veces derivan en cuidados de larga duración, (Abellán y Cortina, 2011) y, generalmente, a estados de dependencia por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual, que requieren necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)⁷ (Castón y Ramos 2006).

Nuevo perfil heterogéneo

Como vemos, a diferencia de la concepción homogénea tradicional del colectivo de mayores, actualmente, nos encontramos ante un segmento no solo más numeroso, sino que cada vez más heterogéneo (Tobío *et al.*, 2010). La progresiva incorporación al colectivo de nuevas generaciones socializadas bajo el influjo de la modernización social, sin olvidar el componente individual del proceso de envejecimiento ligado a las características biológicas, psicológicas y ecológicas de cada individuo, provocará como sostiene Larrañaga Padilla (2004, p.9) que los ancianos del mañana constituyan un colectivo cualitativamente diferente a los ancianos de hoy y a los de ayer. Además, las

⁵ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define dependencia en su artículo 2.2 como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas, así como de ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

⁶ Morbilidad es la cantidad de personas que enferman en un lugar y período de tiempo determinados en relación con la población total.

⁷ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia define las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en su artículo 2.3 como “las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”. También podemos diferenciar entre las actividades de la vida diaria las actividades instrumentales (AIVD), que se definen como aquellas actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria cuya realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal, tales como: usar el teléfono, cocinar, realizar compras, manejar la medicación, administración de la economía del hogar, entre otras.

nuevas situaciones de dependencia provocarán que sea más necesario el cuidado y apoyo de sus familias y, sobre todo, del sector formal (Gobierno Vasco, 2005) donde, como veremos, el conocimiento de los cambios tanto del entorno social, como de las propias personas que envejecen, permitirá anticiparse y responder a las necesidades que también serán cambiantes (Larrañaga Padilla, 2004).

1.3 - EVOLUCIÓN Y RESPUESTA DEL SECTOR ANTE LOS RETOS QUE SE PRESENTAN.

1.3.1. RESPUESTA CUANTITATIVA: DESARROLLO DEL SECTOR.

Aumento de las necesidades de atención a las personas mayores

Como hemos visto hasta ahora, el envejecimiento demográfico ha traído consecuencias en cuanto al aumento de las situaciones en las que los mayores necesitan asistencia para su desempeño cotidiano debido a que son, en mayor medida, susceptibles de sufrir pérdidas y reducciones de su autonomía personal (Pérez Cano *et al.*, 2012). Como indican varios autores entre la bibliografía analizada, en el País Vasco, al igual que en España y en los países del sur de Europa, la familia y, más concretamente, las mujeres, han sido tradicionalmente el principal soporte de atención de los mayores necesitados de cuidados y apoyo (Adelantado, Couceiro, Iglesias y Souto, 2013), pero este rol tradicional de la familia comenzó a verse amenazado por los cambios sociales y de los modos de vida y de convivencia que se empezaron a desarrollar tras la industrialización (Gobierno Vasco, 2005). Como sostiene Larrañaga (2004, p.8) “el comportamiento de las variables demográficas y los cambios en la composición por edad de las actuales sociedades se concatenan con otra serie de cambios que afectan no solo a la estructura familiar, sino también a los roles y funciones que tradicionalmente han cumplido sus miembros” (Larrañaga, 1999; Arregi y Larrañaga, 1998).

Uno de los cambios sociales más relevantes relacionados con el paso al régimen industrial, comentado en la *primera transición demográfica*, fue la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral. Ella ha sido agente principal de los cuidados familiares tradicionales de acuerdo, como afirma Tobío *et al* (2010), con la biologización de unas actividades que no son sino roles impuesto socialmente. Su paso al mercado laboral ha dificultado compatibilizar su proyecto personal y profesional con su rol tradicional familiar generando una progresiva pérdida de cuidadoras potenciales en la sociedad vasca (Larrañaga Padilla, 2004).

Más adelante, sobre todo a partir de los años 60, se dieron otros cambios sociales explicados en la *Segunda Transición Demográfica*⁸ (Van de Kaa, 1987) que, unidos al cambio de rol de la mujer, terminaron de modificar el modelo tradicional familiar. La evolución a la baja del índice sintético de fecundidad⁹, uno de los indicadores más significativos del cambio familiar, unido a la pérdida de peso del matrimonio como forma unión y convivencia, modifica finalmente el modelo de familia tradicional adoptando múltiples formas y una orientación mucho más individualista de sus miembros (Tobío *et al.*, 2010).

Por lo tanto, se pone en entredicho la centralidad y preponderancia de la familia como clave del sistema de soporte y asistencia a los mayores (Larrañaga Padilla, 2004) que, con una mayor supervivencia y mayores niveles de dependencia funcional y problemas crónicos de salud, van a hacer necesario el desarrollo de un sistema formal de atención e institucionalización de estos cuidados (Elósegui, Goñi, Elizalde, Lertxundi, Bustinduy y Calvo, 2013), como veremos a continuación.

Desarrollo de los Servicios Sociales: respuesta cuantitativa durante el siglo XX

Históricamente, antes de que se produjera la formalización de lo que hoy conocemos como Sistema de Servicios Sociales, la asistencia a los mayores era, en ausencia del sistema de asistencia familiar, de solidaridad comunitaria (Arbulu, 2008). Este servicio social fue inicialmente proporcionado fuera del seno familiar por la caridad de las órdenes religiosas para más adelante evolucionar hasta la beneficencia¹⁰, a través de establecimientos benéfico-sanitarios sostenidos con dinero de los vecinos altruistas y atendidos por religiosos. En Gipuzkoa, a principios del siglo XX, los establecimientos de la beneficencia encargados de la protección social se centraban en las necesidades del momento, que aún eran sobre todo niños huérfanos y aquellos casos de mayores de 65 años con problemas de vivienda, económicos y de soledad. Estos mayores se valían por sí mismos y aquellos casos en los que necesitaban de asistencia permanente se trataban en los llamados hospitales de incurables. Era el caso, por ejemplo, de la Casa de Misericordia de San Sebastián, que no fue hasta la segunda mitad del siglo XX, coincidiendo con los profundos cambios sociales comentados tras la industrialización, cuando se centró en atender un nuevo perfil de personas que demandaban servicios, las personas mayores (Roquero, 2014).

No es hasta finales del siglo XX cuando se produce el desarrollo legislativo que formalizan el sistema de Servicios Sociales, hasta entonces inexistente. Bajo el amparo

⁸ En los 80 Dirk van de Kaa y Ron Lesthaeghe propusieron la existencia de una Segunda Transición Demográfica en los países industrializados, caracterizada por nuevas pautas familiares acompañadas por un cambio de valores, que explicaban el fuerte descenso de la fecundidad de aquel periodo.

⁹ Expresa el número de hijos que tendría una mujer hipotética al final de su vida fecunda, si durante la misma su comportamiento correspondiese, en cada edad, con el que refleja la serie de tasas específicas de fecundidad por edad de la tabla (EUSTAT).

¹⁰ La RAE define beneficencia como el conjunto de instituciones y servicios de ayuda a los necesitados.

de la Constitución española de 1978¹¹, entre 1982 y 1992, se promulgan las primeras leyes de servicios sociales en todas las comunidades autónomas amparadas en la competencia “exclusiva” que permite el Art. 148.1.20¹². En la CAPV fue en 1982 cuando se publicó y se puso en vigencia la primera Ley de Servicios Sociales¹³ dejando atrás el concepto de beneficencia antes comentado y reconociendo finalmente la responsabilidad de los poderes públicos en la materia¹⁴ (Roquero, 2014) donde, de manera específica, entre sus necesidades a asistir se contemplaba el apoyo a la tercera edad¹⁵, tanto en su entorno como en un centro residencial.

Como hemos visto hasta ahora, además de incrementarse las necesidades de asistencia por diversas razones, el perfil de las personas mayores atendidas por los servicios sociales fue evolucionando con el paso del tiempo, haciéndose más dependientes, requiriendo cuidados más complicados y ser atendidas durante más tiempo (Roquero, 2014), lo que aumentó progresivamente la demanda de plazas desde que se formalizó el sistema. Ante esta situación, se vio conveniente una revisión de la ley y en 1996 se publicó una nueva versión¹⁶ que modificaba la anterior para dar respuesta a estos cambios sociales por lo que, tal y como indica el propio contexto de la Ley “exige un incremento de las prestaciones técnicas específicas para la tercera edad”. En este segundo ciclo de servicios sociales, tal y como indica Adelantado *et al.* (2013, p.5) “se observa un tránsito desde los objetivos de universalismo y responsabilidad pública hacia los de privatización y altruismo. Los instrumentos dejan de ser exclusivamente públicos, puesto que se reconoce la presencia de la iniciativa privada lucrativa y se delegan funciones de prestación de servicios al tercer sector”. Es por ello que las plazas de los centros residenciales tradicionales de Gipuzkoa se incrementaron notablemente y, de forma paralela, se comenzaron a desarrollar alternativas a las residencias tradicionales, como los pisos tutelados, viviendas comunitarias, centros de día y de atención diurna, etc. formando verdaderas redes de atención (Etxabe, 1997). Se dio, en definitiva, una respuesta cuantitativa al reto que estaban presentando los cambios sociales, aportando

¹¹ La Constitución española de 1978, en su artículo 1.1, proclama a España, en su como “un Estado social y democrático de Derecho” donde se reclama que los poderes públicos desarrollen una actividad tendente a conseguir una igualdad material y una efectiva libertad.

¹² El artículo 148.1.20 de la Constitución española de 1978 señala que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de asistencia social. Así lo recoge también el Estatuto de Autonomía para el País Vasco de 1979 en su artículo 10.12 y artículo 18.

¹³ Ley 6/1982, de 20 de Mayo, sobre "Servicios Sociales".

¹⁴ El artículo 8 de la Ley 6/1982 sobre “Servicios Sociales”, dispone que, entre otras competencias, corresponda al Gobierno Vasco la planificación general de los servicios sociales así como coordinar las actuaciones de las Administraciones Públicas y las de la iniciativa privada.

¹⁵ El artículo 3.4 de la Ley 6/1982 sobre “Servicios Sociales” establece como una de las áreas preferentes de actuación “el apoyo a la tercera edad mediante servicios tendentes a mantener al anciano en su entorno social, a promover su desarrollo socio-cultural y, en su caso, a procurarle un ambiente residencial adecuado”.

¹⁶ Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales.

más recursos y mejorando considerablemente los índices de cobertura existentes hasta entonces. Veremos cómo evolucionan estas plazas residenciales en Gipuzkoa, tanto en número como en tipología, en el tema dedicado a ellos.

1.3.2. RESPUESTA CUALITATIVA: NUEVO ENFOQUE.

Cambio de enfoque: respuesta cualitativa durante el siglo XXI

Sin embargo, ya finalizando el siglo XX, pese al desarrollo cuantitativo de los servicios de asistencia a los mayores comenzaron las voces críticas que cuestionaban este enfoque como solución a la intensificación de la demanda y se instó a apostar decididamente por volcar los esfuerzos al mantenimiento de la persona mayor en su casa debido a que, pese a los cambios que lo dificultaban, la mayor parte de las necesidades de los mayores seguían siendo atendidas por la red informal familiar y no por las instituciones (Etxabe, 1997).

En la primera ley de servicios sociales de 1982 del País Vasco ya se mencionaba el apoyo a la tercera edad “mediante servicios tendentes a mantener al anciano en su entorno social, a promover su desarrollo socio-cultural y, en su caso, a procurarle un ambiente residencial adecuado”, ya que esta sería la solución óptima desde el punto de vista afectivo, psíquico, cultural, social y económico, existiendo los servicios residenciales para las situaciones en que ya no fuera posible. También los mayores preferían seguir siendo atendidos en su propia casa o convivir con familiares antes que ser usuario de un servicio residencial, considerado este como el último recurso al que acudir (Tobío *et al.*, 2010), seguramente por su todavía reciente asociación a los tradicionales centros de beneficencia. El problema se encontraba en que en muchos casos el paso hacia el recurso residencial no se daba cuando la situación del mayor se agravaba, multiplicando los problemas para él y para su entorno. Como sostiene Ana Orbegozo, del Grupo Matía “hay que tener en cuenta todas las necesidades que presenta la persona tanto a nivel físico, como psíquico y social para poder ofrecerle una buena cobertura de cuidados” (Aldaz, 2012), necesidades que, llegados a un punto, en un hogar no pueden ser cubiertas por su complejidad, duración o falta de disponibilidad del cuidador familiar, repercutiendo seriamente en la calidad de vida de la persona. Así pues, mientras que los mayores prefieren que sea la familia quien les atienda no es así para la población general, que atribuye al Estado la responsabilidad del cuidado (Arizkuren, 2010) aunque, por lo visto, no ha sabido responder adecuadamente a la aparición de nuevas necesidades sociales, como la complementariedad de los cuidados informales con los formales, por lo que las familias no han perdido su rol en este ámbito pese a su complejidad (González y San Miguel, 2001).

El sector debía dar nuevamente una respuesta a esta situación ya que, como admite Leturia (2010, p.3) “este desarrollo cuantitativo de servicios quizás no ha ido acompañado de un desarrollo cualitativo suficiente en lo que se refiere a enfoques, diseño de servicios y modelos de atención” por lo que, durante el siglo XXI el sector de

los Servicios Sociales en general y la atención a la personas en situación de Dependencia en particular experimenta un avance sustancial (Leturia, 2010). Tras la reflexión general sobre la situación, se adquiere un nuevo enfoque y se avanza en incrementar la independencia y autonomía de los mayores además de proporcionar ayuda técnica y personal que apoye la continuidad del sistema de cuidados informales proporcionados por la familia (Gobierno Vasco, 2005). Este nuevo enfoque se debe sobre todo al hecho de que, como sostienen González Menorca *et al.*, (2010), las personas actualmente no solo viven más tiempo, sino que ha ido ganando crédito la noción del derecho a continuar con una vida plena más allá del periodo activo, un tiempo conquistado para ser disfrutado. Se apuesta, por lo tanto, por un cambio cualitativo en la atención y el cuidado de los mayores, orientándolo a la prevención de un envejecimiento prematuro, retrasando la aparición de síntomas, y no tanto al enfoque curativo que provoca excesiva dependencia a los fármacos (Lorenzo, 2002). Como explica Angels Machado, trabajadora social, hay un gran número de personas mayores con dependencia leve que, debido a la desatención, pronto podrán ser grandes dependientes, es por eso que la prevención es tan importante, para disfrutar de un envejecimiento más digno y saludable. En definitiva, una apuesta por aportar calidad de vida a través de promover un envejecimiento activo¹⁷.

Además de este nuevo enfoque hacia un envejecimiento con mayor calidad de vida, ha habido una tendencia a la especialización en los servicios debido a que, como ya hemos comentado anteriormente en el punto 1.2, los perfiles de las personas usuarias han ido evolucionando hacia grados de dependencia más elevados y perfiles más complejos a los que atender, lo que también ha hecho necesaria una reflexión acerca de los modelos de atención que han prevalecido hasta ahora en el sistema marcados por la homogeneización de las personas y sus necesidades. Es por esa diversidad y complejidad de los actuales perfiles por los que los servicios de atención y sus modelos necesitan ahora estar orientados a la persona y a satisfacer sus diferentes necesidades y exigencias (Leturia, 2010), ya sea para apoyar formalmente los cada vez más complicados cuidados familiares o para el mantenimiento de un envejecimiento independiente y de calidad.

LAPAD y nueva Ley de servicios sociales vascos

Ya a partir del año 2006 vemos como toma forma este nuevo enfoque a través de la Política Social y su desarrollo legislativo, con la formalización de un Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) y con una nueva revisión de la Ley de servicios

¹⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

sociales, orientando el cambio cualitativo necesario (Leturia, 2010). Es en diciembre de 2006 cuando se aprueba la coloquialmente llamada Ley de Dependencia¹⁸ que formaliza el Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), creándose de esta manera el cuarto pilar del Estado de Bienestar español, junto a la sanidad, la educación y las pensiones (Pérez Díaz, 2010). Este sistema, como la propia LAPAD indica en su exposición de motivos, “es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades”. Esta ley está dirigida a quienes necesitan apoyo para poder desempeñarse en las AVD, como es el caso de muchos mayores como hemos comentado, con el objetivo de que se mantenga la independencia y la permanencia en su propio entorno el máximo tiempo posible.

El sistema de atención a la dependencia proporciona un marco de actuación, en el que también se encuadra el papel de los llamados cuidadores no profesionales¹⁹, con remuneración, servicios de apoyo y otros programas (Tobío *et al.*, 2010); prestaciones²⁰, de naturaleza económica o de servicios como: *los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal*²¹, *servicio de Tele-asistencia, servicio de Ayuda a domicilio, servicio de Centro de Día y de Noche y Servicios de Atención Residencial*, como los que centran la atención de mi TFG, los centros residenciales para la tercera edad.

Por primera vez en España, se reconoce el derecho individual a la autonomía de los mayores y de las personas con limitaciones funcionales y el derecho al cuidado de calidad como derecho subjetivo de ciudadanía (Tobío *et al.*, 2010), tal como recogen los propios principios de la ley²². Tanto esta como la última revisión de la Ley de servicios sociales en el País Vasco, han supuesto un gran avance al reconocer definitivamente el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia social, así como los derechos básicos de

¹⁸ Formalmente conocida como Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD)

¹⁹ El artículo 2.5 de la LAPAD define los cuidados informales como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”.

²⁰ El artículo 14 de la LAPAD establece una serie de prestaciones de atención a la dependencia. Las prestaciones con naturaleza de servicios se presentan en el artículo 15 en el catálogo de servicios de la LAPAD.

²¹ El artículo 21 de la LAPAD habla sobre la prevención de las situaciones de dependencia, que tiene la finalidad de “prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”.

²² El artículo 1 de la LAPAD establece como objeto de esta ley “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. Para ello, se inspira en los principios establecidos en el artículo 3.

sus usuarios que, como sostiene Leturia (2010, p.15) se han incorporado al sistema “como un punto de referencia de la mayor o menor adecuación de las pautas asistenciales”, lo que demuestra el propósito de prestar una asistencia enfocada al usuario, respetando todos sus derechos.

Todo esto ha supuesto un verdadero salto cualitativo, a pesar de las dificultades de plasmarlo en la realidad por la situación económica por la que atraviesa el sistema (Roquero, 2014), cuya sostenibilidad está generando una importante preocupación social. Y es que la red existente de servicios sociales se ha construido en relativamente poco tiempo a partir de un legado de marginalidad heredada de la beneficencia, con una gestión poco profesionalizada, y si a esto le sumamos que la financiación es cada vez más escasa (Adelantado *et al.*, 2013) debido a la modificación de la Tasa de dependencia²³ como consecuencia económica del proceso de envejecimiento con cada vez más gasto y menos aportaciones unida a la actual crisis económica en la que nos encontramos, hace saltar alarma sobre el mantenimiento de los compromisos derivados del reconocimiento del derecho subjetivo a recibir atención (Bermejo, 2012) comentado en el párrafo anterior. Como sostuvo Etxabe (1997, p.4) “en los servicios sociales las necesidades son siempre superiores a los recursos y los costes son expansivos, por tanto, las mejoras futuras para atender nuevas necesidades más complejas a un mayor número de personas tendrán que venir necesariamente de mejores prácticas y más productivas, no de un incremento siempre creciente de aportaciones públicas”. Esto supone seguir invirtiendo en la promoción del envejecimiento activo anteriormente comentado (Lorenzo, 2002) y además, plantearse la implantación de nuevos métodos de gestión en las organizaciones prestatarias ya que, hasta este momento y como hemos visto, las políticas se han encaminado más a aumentar los recursos que a controlar su eficacia y eficiencia (Llecha i Sabaté, 2008).

En los siguientes capítulos veremos cómo se incorporan estos métodos y sistemas novedosos en lo referente a la profesionalización de la gestión empresarial del sector residencial para personas mayores (Leturia, 2010) donde, la ya comentada entrada de la iniciativa privada, ha supuesto un fuerte incremento de plazas y por lo tanto, la aparición de una competencia anteriormente inexistente, provocando el interés entre las organizaciones del sector por la eficiencia y la calidad en la prestación de sus servicios (Roquero, 2014).

²³ La tasa de dependencia se define como la proporción de personas dependientes (personas menores de 16 o mayores de 64 años) sobre la población en edad de trabajar (entre 16 y 64 años). El sistema actual funciona cuando la relación de personas que aportan respecto a personas que reciben no desciende significativamente de una proporción de 2,5/1 (Gobierno Vasco, 2005).

Capítulo 2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES DE GIPUZKOA.

2.1 – INTRODUCCIÓN.

Repasados ya en el capítulo anterior las etapas por las que ha transcurrido la protección social en nuestro territorio, y más concretamente la relacionada con la atención al segmento de mayores de 65 años cuya evolución ha sido trascendental para los cambios producidos, vemos como ya en el siglo XXI el sector ha dejado atrás su enfoque tradicional orientándose totalmente hacia las personas, a satisfacer sus diferentes necesidades y exigencias tratando de proporcionarles calidad de vida a través de la promoción del envejecimiento activo. Avances como el reconocimiento y respeto de sus derechos básicos como usuarios, tal como establece el Decreto aprobado el 6 de abril de 2004 con el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias²⁴, hacen que el sistema se comprometa a prestar una asistencia de calidad, garantizada ya como derecho subjetivo de todo ciudadano, haciéndoles partícipes activos de este proceso de mejora y cambio como veremos más adelante.

Tal y como hemos comentado, los compromisos adquiridos a favor de unos usuarios cada vez más numerosos generan tensiones en la sostenibilidad financiera del sistema y hace necesario un cambio sustancial en aquellas organizaciones encargadas de prestar el servicio ya que, pese a su notable desarrollo, aún no están lo suficientemente profesionalizadas para llevar a cabo la eficiente gestión empresarial de unos recursos que necesitan de un mayor control de su eficacia en la consecución de los objetivos marcados. Este va a ser uno de los mayores retos del sector en su conjunto, y en especial en el ámbito de la atención de la tercera edad donde, como sostuvo Medina (1999), las nuevas técnicas de gestión de calidad pueden causar la modificación precisa implantando herramientas y planteamientos metodológicos que contribuirán a mejorar el sistema prestacional de servicios y actividades a través del cambio de las actuales estructuras organizativas. Pero antes de ver cómo estos nuevos métodos orientados a gestionar el complejo concepto de la calidad llegan al sector de atención y asistencia a las personas mayores, analizaremos la evolución que han experimentado junto al interés por el control y gestión de la calidad, paradigma originado en la industrial de la automoción y tradicionalmente vinculado con los sectores productivos exclusivamente, hasta llegar a ser de gran interés también para la Administración Pública y para las organizaciones del sistema de servicios sociales que regula.

Para concluir con la primera parte de mi TFG dedicada a los sistemas de gestión de la calidad en los centros residenciales para mayores, veremos cuáles han sido aquellos

²⁴ Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.

modelos que han tenido mayor difusión entre los centros que configuran el nuevo escenario del ámbito de atención residencial guipuzcoano, si han sido los originados previamente en la industria y extendidos con éxito a otros sectores, o si por el contrario, se ha visto conveniente la implantación de modelos más específicos del sector tratado. Se discute la conveniencia de unos u otros debido a que la forma de adoptar los modelos más generalistas ha sido muy heterogénea por parte de las organizaciones, motivados por diferentes razones en la búsqueda de los beneficios que pudiera aportar la implantación de uno de estos sistemas, ayudando a algunos centros a la consecución de sus objetivos y a otros, por el contrario, a complicarles el desempeño diario sin tener ningún efecto de mejora en la calidad del servicio prestado, llevándoles finalmente al abandono de estos por considerarse un mero instrumento superficial.

2.2 – GESTIÓN DE LA CALIDAD.

2.2.1. CALIDAD Y SU SITUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

Calidad: concepto subjetivo, relativo y multidimensional

Antes de introducirnos totalmente en el ámbito los Sistemas de Gestión de Calidad implantados en las empresas, me parece conveniente indagar un poco en el paradigma de la calidad aclarando algunos aspectos de este complejo concepto tan valorado en la sociedad moderna actual.

Y es que, cuando hablamos de calidad ²⁵, nos encontramos con diferentes interpretaciones según el ámbito en el que se esté utilizando, ya sea la calidad de un producto, de un servicio o del modo de gestionar una empresa. Su amplia difusión ha hecho que su significado vaya transformándose, adquiriendo tantos matices que los ha convertido en expresiones y definiciones que encierran sentidos múltiples (Medina, 1999), aunque a grandes rasgos, parece aceptable la propuesta define la calidad como la capacidad de un bien o de un servicio para cumplir o superar las expectativas que tiene el cliente o usuario, relacionando cualidades inherentes del bien con lo pagado (González Menorca *et al.*, 2011).

Varios autores están de acuerdo y existe cierta unanimidad en considerarlo un concepto subjetivo y relativo, ya que cada persona tiene una concepción distinta sobre lo que es más o menos adecuado o satisfactorio, dependiendo de sus propias expectativas (Medina 1999; Sánchez Pérez, 2003; Llecha i Sabaté, 2008). De ahí que pueda ser definido desde una perspectiva multidimensional, por su relatividad en tanto que existe una diversidad de intereses de las personas implicadas, pudiendo incluso suponer cosas

²⁵ Según la Real Academia de la Lengua (RAE) 1-f. *Propiedad o conjunto e propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor.* 2-f. *Buena calidad, superioridad o excelencia.* 3-f. *Adecuación de un producto servicio a las características especificadas*

distintas para una misma persona dependiendo del momento, situaciones o lugar en que se encuentre, variando según sus objetivos (De Miguel, Madrid, Noriega y Rodríguez, 1994).

Pese a la subjetividad que implica la concepción de calidad, permanentemente ha existido un esfuerzo por intentar cuantificarla (Sánchez Pérez, 2003), dada la necesidad de los mercados por conocer con la mayor exactitud posible las necesidades a cubrir por sus productos o servicios. Es por eso que también se ha extendido la idea de calidad como conformidad a unos estándares, midiendo el grado de cumplimiento de las especificaciones de un bien o servicio según un patrón previamente establecido. Es la llamada calidad estándar o calidad de conformidad, muy relacionada con la fiabilidad (Llecha i Sabaté, 2008).

Finalmente, otro aspecto a resaltar es su carácter inalcanzable, ya que también puede definirse en términos absolutos considerándolo un ideal irrenunciable con el que es necesario comprometerse, como en el caso un servicio asistencial dirigido a los mayores donde la calidad debería de ser una característica intrínseca del mismo (Medina, 1999). El mismo diccionario de la Real Academia Española (RAE) define la calidad, relacionado con su sentido absoluto, como la *superioridad o excelencia*, por lo que va a ser siempre una meta a alcanzar, un proceso sin fin, ya que siempre podrá perseguirse un mayor grado de excelencia (Sánchez Pérez, 2003). Aunque por otro lado, si utilizamos un enfoque de calidad basado en el valor del bien o servicio, la calidad máxima a obtener estaría determinada por lo que el cliente esté dispuesto a pagar, estableciéndose así diferentes niveles o categorías de calidad para diferentes precios.

Considero oportuna hacer esta aclaración antes de adentrarnos en el paradigma de la calidad en el sistema actual de servicios sociales, ya que al hablar de servicios que en su mayoría son de naturaleza pública, no se establece una contraprestación económica directa por parte del receptor y por ello, como sostiene González Menorca *et al.* (2011, p.2) “las entidades encargadas de su prestación deben plantearse la definición del nivel de servicio que esperan los usuarios para cubrir sus necesidades”, debiendo de ser este nivel homogéneo atendiendo al principio de equidad promovido por la legislación en este ámbito.

Calidad en el ámbito de los servicios sociales

Como hemos mencionado al principio de este punto, la calidad es un tema de actualidad ya que se ha convertido en un ámbito de gran interés entre los diferentes sectores económicos existentes, no solo en el sector industrial o de producción de bienes, sino que también en el sector servicios ampliando su radio de acción hasta la Administración Pública y a los ámbitos como la sanidad y la educación (González Menorca *et al.*, 2011). Podríamos decir, por tanto, que actualmente la calidad es un proceso imparable en todos los contextos de producción y servicios, ya sea en el ámbito privado como también en el público, llegando incluso hasta el sector de atención a la tercera edad, como hemos visto en el capítulo anterior, donde va adquiriendo gran

relevancia (Medina, 1999). Pero tal como sostienen Heras, Cilleruelo e Iradi (2006a), son numerosos los elementos que diferencian la calidad en el sector socio-sanitario respecto a otros como el industrial: *características específicas de los clientes, características del servicio ofertado o la responsabilidad que asumen los profesionales* (Sacanell, 1994).

Centrándonos en las características de los servicios asistenciales debemos referirnos al concepto de calidad asistencial, que tal y como recoge la literatura especializada, va más allá del concepto de calidad anteriormente analizado, el cual responde más a la definición industrial de cumplimiento de los requerimientos establecidos por el cliente (Heras *et al.*, 2006a). Y es que, desde que el sector de los servicios sociales se estableciera como uno de los pilares del Estado del Bienestar, donde la calidad de vida es el objetivo por excelencia, la calidad asistencial ofrecida en el sector ha estado muy relacionada con este concepto multi-causal en el que se incluyen dimensiones tanto socio-afectivas como personales que afectan al bienestar de la persona (Castro, Iglesias, Puñal, Rodríguez y Taboada, 2006). Esto ha hecho que dentro de las actuaciones propias de este tipo de servicios influyan diferentes aspectos cualitativos de gran importancia que determinarán su calidad, como por ejemplo, una perspectiva de gran actualidad es la ofrecida por aquellos autores que vinculan la calidad asistencial con los derechos básicos de los ciudadanos (Sánchez Pérez, 2003). Tal y como hemos visto al comentar la evolución cualitativa del sector de los servicios sociales, el respeto a los derechos básicos de los usuarios marcarán las pautas asistenciales recogidas en los nuevos modelos de atención promovidos por el sistema, que están totalmente orientados a las personas y a sus necesidades, tratando de aportarles una mayor calidad de vida.

Obviamente, la preocupación por la calidad en el ámbito de la intervención social no es nada nuevo, pero hoy en día existe un gran interés explícito por la cuestión y la orientación del sector hacia la calidad se ha visto acelerada por aspectos económicos. La alarma sobre la sostenibilidad del sistema ha fijado la atención en la rentabilidad de unos recursos cada vez más limitados para unos servicios cada vez más demandados, cuya prestación está garantizada por ley como derecho de todo ciudadano, por lo que deben proporcionarse independientemente de su mayor o menor rentabilidad (Medina, 1999). La legislación publicada en este ámbito, como la ya mencionada Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, es consciente de esta situación puede agravarse en un futuro próximo y fija como objetivo que se garantice tanto la calidad de los recursos, como la calidad de los servicios prestados. En este sentido, en su Título II, la Ley recoge una serie de medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema de Atención a la Dependencia²⁶ entre las que se encuentra la necesidad de establecer criterios y estándares de calidad para cada uno de los servicios prestados y el atender de manera específica la calidad en el desempeño promoviendo la profesionalidad en sus organizaciones (Asociación Española para la Calidad - AEC, 2015).

²⁶ En la LAPAD nos encontramos con el artículo 34. Calidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y con el artículo 35. Calidad en la prestación de los servicios.

Esto va a significar extender el concepto de calidad también a los ámbitos de la gestión y la administración de la empresa, relacionándolo con la eficiencia y buscando el más alto aprovechamiento de los recursos por parte de las organizaciones encargadas de la prestación del servicio, tan necesaria por la actual coyuntura (Sánchez Pérez, 2003). Bajo este nuevo enfoque de tratar de conseguir el mayor nivel de calidad en la prestación teniendo en cuenta criterios de eficacia y eficiencia, las organizaciones encargadas deberán planificar, medir y mejorar continuamente el servicio mediante una gestión sistémica del mismo (Llecha i Sabaté, 2008), siendo conveniente la implantación de los llamados Sistemas de Gestión de Calidad que veremos a continuación.

2.2.2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES DE GIPUZKOA.

Sistemas de Gestión de Calidad

Vamos a comenzar este segundo apartado del punto dedicado a la Gestión de la Calidad definiendo primeramente qué es un sistema de gestión dentro de una empresa, para luego centrarnos en los sistemas de gestión relacionados con el ámbito de la calidad y ver cuál es la función que desempeñan dentro de la organización.

Un sistema de gestión se puede definir, tal como sostienen Bernardo, Heras y Casadesús (2007, p.1), como “el conjunto interrelacionado de elementos (como procedimientos, instrucciones, formatos y elementos similares), mediante los que la organización planifica, ejecuta y controla determinadas actividades relacionadas con los objetivos que desea alcanzar”. No es más que una guía que nos explica cómo se gestiona el día a día de una empresa, un mapa que nos indica cuál es la estructura organizativa, cuales son los procesos y procedimientos clave respecto al ámbito al que hace referencia el sistema, y quién es el responsable de dichos procesos y procedimientos. Los sistemas de gestión se basan, por lo tanto, en los principios de la sistematización y formalización de las tareas respecto al ámbito a tratar, ya sea la gestión medioambiental, prevención de riesgos laborales, gestión de la innovación..., o como en este caso, la gestión de calidad (Heras, Cilleruelo e Iradi, 2006b).

La Gestión de la Calidad (*Quality Management*) es el conjunto de decisiones que se toman en la empresa con el objetivo concreto de mejora de calidad de los productos, los servicios, los procesos o la gestión empresarial en general (Heras, Arana, Camisón, Casadesús y Martiarena, 2008). Por lo tanto, podríamos definir un sistema de gestión relacionado con el ámbito de la calidad como la guía donde se indican los procesos y procedimientos que deben de llevarse a cabo en cada actividad de la organización, con el objetivo de mejorar continuamente un producto o servicio concreto, o bien el funcionamiento general de la empresa, para cumplir con los requisitos legales y con las exigencias del entorno en general, logrando así la satisfacción del cliente tratando de mejorar continuamente la eficacia de lo ofrecido (AEC, 2015). La implantación de uno

de estos sistemas puede ser, en teoría, muy beneficioso, ya que aporta una metodología de trabajo facilitando el proceso de mejora continua y promoviendo también la eficiencia de la organización y sus procesos (Leturia, 2010). Como sostiene Sánchez Pérez (2003, p.7), y relacionado con la búsqueda de la excelencia comentada en el apartado anterior, "la calidad es un proceso, un avanzar continuo, un adaptarse sistemáticamente a los cambios del entorno, a los cambios de las necesidades de las personas a las que nos dirigimos". En la actualidad, las empresas de todos los sectores en general se enfrentan cada vez más a nuevas demandas de la sociedad, y un sistema que permita gestionar con calidad sus actividades diarias, detectando en ellas oportunidades de mejora, puede proporcionar un valor añadido a la organización convirtiendo esas presiones en una ventaja competitiva.

Tradicionalmente, estos sistemas de calidad han estado exclusivamente vinculados al sector productivo, y ha sido en los últimos 20 años, motivados por el contexto social y económico comentado, cuando la incorporación y desarrollo de nuevas formas de gestión se ha considerado de interés para muchas organizaciones de diferentes ámbitos, como el socio-sanitario. Esta es la razón por la que el recorrido de la Gestión de Calidad ha sido diferente en unos sectores y en otros (Leturia, 2010), como vamos a ver a continuación analizando el origen del paradigma hasta su integración en el sector de atención residencial para mayores de Gipuzkoa.

Paradigma de la Gestión de la Calidad: origen y etapas

Antes de que se expandiera el interés por la Gestión de la Calidad a través de los diferentes ámbitos económicos, esta cuestión estaba exclusivamente vinculada al sector industrial, donde se originó relacionada con la función responsable de la inspección de los productos para verificar su conformidad con las especificaciones requeridas, como las piezas utilizadas en la "línea de montaje" desarrollada por Henry Ford a principios del siglo XX. A esta función se le denominó inicialmente Control de Calidad y lo que en un principio se realizaba sobre el producto acabado más tarde se extendió y las inspecciones se fueron aplicando a lo largo del proceso de fabricación, ya que se comprobó que era menos costoso y más fiable controlar el proceso que el producto (Euskalit, 2015).

Este interés inicial en el sector industrial por verificar que se cumplía con las especificaciones de calidad fijadas para el producto final o el proceso de fabricación, dio paso al concepto de "*Quality Assurance*" o Aseguramiento de la Calidad, que extendiéndose también su interés al ámbito de los servicios, surge con el fin de que se cumplan unos criterios concretos de funcionamiento del producto o servicio, unas especificaciones técnicas previamente establecidas que definen sus características estructurales y funcionales (Leturia, 2010). El Aseguramiento de la Calidad se integra en la organización como un sistema, siguiendo una línea de actuación a través de acciones planificadas y sistemáticas, que tiene como objetivo tratar de reducir, prevenir y evitar defectos que aparecen en los procedimientos y procesos al desarrollar los

productos o servicios (AEC, 2015). Tradicionalmente, estos sistemas han venido acompañados de una gran carga documental debido a que requieren una planificación, definición de tareas y responsabilidades, registro de los resultados obtenidos y pautas de inspecciones internas de forma continua, todo ello bien documentado por la organización en un Manual de Calidad (AEC, 2015). Junto al interés por asegurar la calidad comenzaron a originarse las primeras normas y estándares en los que se basan los Sistemas de Gestión de Calidad implantados en las organizaciones, como veremos en el siguiente apartado. Actualmente, todo este ámbito relacionado con el Aseguramiento de la Calidad ha sido englobado dentro del concepto general de Gestión de la Calidad (Euskalit, 2015), tal como lo refleja la definición del estándar internacional UNE-EN-ISO 9000 que veremos más adelante, que la define como “parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad”. Como vemos, esta parte de la Gestión de la Calidad está muy relacionada con la calidad estándar o calidad de conformidad anteriormente mencionada, vinculada con la fiabilidad y seguridad de que se cumplen unas especificaciones previamente establecidas. Los sistemas de aseguramiento de la calidad no han perdido validez, ya que siguen siendo utilizados fundamentalmente en aquellos sectores en los que es necesaria demostrar la seguridad de los productos y que se está llevando a cabo su producción de una manera adecuada (AEC, 2015).

De esta forma se llega al concepto de Gestión de la Calidad, ya extendido a otros ámbitos como el de los servicios, en una segunda aproximación donde se pasa del enfoque interno inicial del aseguramiento donde el interés se centra más en aspectos estructurales y funcionales del producto o servicio, a otro enfoque más orientado al cliente, convirtiendo la satisfacción de sus necesidades en el objetivo máximo que persigue la organización. De esta manera, tal como afirma Leturia (2010, p.9) “la valoración del servicio se realiza en función de su adecuación al uso para lo que ha sido concebido”, es decir, su razón de ser, la Misión de la organización, y por lo tanto, el sistema de gestión de calidad debe promover su consecución.

En una tercera etapa, entrando ya en el siglo XXI, van surgiendo e introduciéndose una serie de fundamentos de calidad²⁷ que contemplan la gestión de la calidad desde un punto de vista mucho más amplio, abarcando ya no solo al cliente sino que trasciende a

²⁷ Elementos fundamentales de la de la Calidad Total: Atención a la satisfacción del cliente; Liderazgo y compromiso de la dirección con la calidad; Participación y compromiso de los miembros de la organización; Cambio cultural; Cooperación en el ámbito interno de la empresa; Trabajo en equipo; Cooperación con clientes y proveedores; Formación, Administración basada en hechos, y apoyada en indicadores y sistemas de evaluación, Diseño y conformidad de procesos, Gestión de procesos, Mejora continua de los conocimientos, procesos y servicios, Enfoque global de dirección y estrategia de la empresa, Objetivos y propósito estratégico de la empresa, Visión compartida de los miembros de la organización, Clima organizativo, Aprendizaje organizativo, Adecuadas compensaciones a los grupos de interés, Asignación de los medios necesarios, Diseño de la organización que facilite la eficacia y la eficiencia de la empresa (González Menorca *et al.*, 2011).

todos los ámbitos de la organización y a todos sus grupos involucrados²⁸, tratando de administrar y satisfacer los intereses de cada uno (Euskalit, 2015; Llecha i Sabaté, 2008). Así es como llegamos al término más actualizado de la gestión de la calidad, como es el “*Total Quality Management*” o la Gestión de la Calidad Total–Excelencia, vinculada con el sentido absoluto de calidad visto en el apartado anterior, que trata de reunir las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de las organizaciones, constituyendo una serie de principios básicos: *la orientación al cliente, la orientación hacia los resultados, el liderazgo y coherencia en los objetivos, la gestión por procesos, el desarrollo e implicación de las personas, la mejora continua, el desarrollo de alianzas y la responsabilidad social* (Leturia, 2010). La gestión de la calidad total de una empresa deberá realizarse siempre en base a estos principios fuertemente interrelacionados y que no pueden considerarse como elementos aislados, ya que van a ser clave para una coherente y efectiva implantación del sistema de gestión, como comprobaremos más adelante (Cruz, Enric y Llimiñana, 2007).

Llegados a este punto, iniciado ya el siglo XXI, es cuando se podría decir que el interés por la Gestión de la Calidad alcanza prácticamente a todos los sectores y ámbitos del mercado, siendo manifiesta su utilidad no solo para todas aquellas empresas que actúan bajo las reglas de la competencia, sino que las diferentes Administraciones Públicas y sus organizaciones también son conscientes de la conveniencia de integrar sistemas de gestión de calidad en sus estructuras (González Menorca *et al.*, 2011), ya que además de optimizar sus actividades a través de la mejora continua, promueven la orientación hacia las necesidades de las personas por las que ellas deben velar. Gracias al impulso de las administraciones, en los últimos 10-15 años la importancia que ha ido adquiriendo la Gestión de la Calidad en sectores como la educación o el sector socio-sanitario español resulta muy reseñable, sobre todo en el ámbito educativo y sanitario donde su desarrollo comenzó antes que en los servicios sociales a pesar de la ya mencionada necesidad existente en este sector. Pese al retraso respecto a otros sectores, se han ido difundiendo e implantando sistemas y modelos relacionados con la Gestión de la Calidad en los diseños organizativos y prestacionales de sus organizaciones, realizando considerables esfuerzos en un sector donde hasta hace poco la gestión no estaba muy profesionalizada (Medina, 1999; Heras *et al.*, 2006a).

Para finalizar con la Gestión de Calidad y antes de entrar en su aplicación en el ámbito de las residencias para mayores de Gipuzkoa, vamos a ver cuáles han sido los modelos y estándares más importantes surgidos de los procesos de normalización, en los que se han basado los sistemas de calidad implantados en las organizaciones.

²⁸ A grandes rasgos, los grupos involucrados o grupos de interés de una organización (stakeholders) pueden definirse como aquellas personas o grupo de personas que tienen interés en cualquier decisión o actividad de la organización.

Normalización y Certificación de la Gestión de Calidad

Paralelamente a la evolución de la Gestión de la Calidad e impulsado por un entorno económico caracterizado por la globalización y la integración económica, se acelera el proceso de creación de *estándares de gestión*, definidos por Heras *et al.* (2006b, p.2) como “un conjunto de directrices y pautas promulgadas por un organismo, por lo general no-gubernamental y sin ánimo de lucro, que hacen referencia, de forma más o menos concreta, a preceptos relativos a la gestión de una organización”. Estos estándares o normas pueden estar relacionados con diversos ámbitos y son el fruto de un proceso llamado estandarización o normalización, proceso que Heras *et al.* (2006b, p.1) define de forma genérica como “la actividad encaminada a poner orden en aplicaciones repetitivas que se desarrollan en el ámbito de la industria, la tecnología, la ciencia y la economía”. Este “poner orden” al que se refiere la definición genérica, tal como indica la Asociación Española para la Calidad (AEC), es el acuerdo voluntario al que llegan los fabricantes, consumidores, usuarios y la propia Administración sobre las características que debe reunir un sistema, producto o servicio; para que sea seguro y responda a las expectativas del consumidor. La adopción de un estándar de gestión por parte de una organización le ayuda a generar un valor muy apreciado en la actual economía como es la confianza, ya que garantiza unos niveles de calidad y seguridad cumpliendo aquellos criterios previamente consensuados por todas las partes interesadas, permitiéndole mejorar en competitividad y obtener así una mejor posición en el mercado (Asociación Española de Normalización y Certificación – AENOR, 2015).

Pero, para poder demostrar el nivel de calidad alcanzado y obtener esta confianza de cara al exterior, además de adoptar la norma, su implantación en la organización debe de ser evaluada y aprobada a través de un proceso de certificación definido por AENOR como “la acción llevada a cabo por una entidad independiente de las partes interesadas mediante la que se manifiesta que una organización, producto, proceso o servicio, cumple los requisitos definidos en unas normas o especificaciones técnicas”. De esta manera, una vez que un determinado organismo certificador independiente audite la implantación y validez de la norma, la empresa recibe su correspondiente certificado con el que puede demostrarlo públicamente (Heras *et al.*, 2006b). Pueden ser objeto de certificación desde productos, servicios, hasta personas y procesos concretos e incluso sistemas, como los propios sistemas de gestión de calidad, lo único que se necesita para ello es que exista una norma o estándar al respecto, en el que se especifiquen las características, se definan una serie de ensayos, análisis y pruebas para evaluarlas y que se establezca un resultado de conformidad (AEC).

Centrándonos en el auge de la normalización en el ámbito de los sistemas de gestión comentada al inicio de este apartado, hay que mencionar que esta tendencia tiene su origen en el ámbito de la gestión de la calidad del sector industrial, en concreto en el ámbito del Aseguramiento de la Calidad. Ante la incapacidad de los países para desempeñar una regulación pública en determinados ámbitos, se intensifica el interés por la autorregulación de las empresas, surgiendo de esta forma nuevos organismos

reguladores de naturaleza privada como la Organización Internacional de Estandarización o ISO (International Organization for Standardization)²⁹ principal organismo internacional de normalización. A mediados de la década de los ochenta comienza la difusión a nivel internacional de las más conocidas normas de este organismo, la familia ISO 9000³⁰, que son creadas como base para implantar en las empresas un sistema de aseguramiento de la calidad certificable (Heras *et al.*, 2006b). La versión original se publicó en 1987 como una familia de tres normas o estándares certificables, pero tras las revisiones de 1994 y posteriormente en el 2000, se redujo a una sola norma o estándar conocido como la ISO 9001:2000, dejando atrás el aseguramiento y pasando ya a referirse a la implantación y certificación de sistemas de gestión de la calidad. Más recientemente se han realizado nuevas revisiones de este estándar internacional que veremos con más detalle según se vaya avanzando. A nivel europeo y estatal existen también organismos de normalización, como el CEN (Comité Europeo de Normalización)³¹, que es el mayor proveedor de estándares europeos y especificaciones técnicas, y en España es AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación)³², el organismo legalmente responsable del desarrollo y difusión de las normas técnicas en España, las normas UNE (Una Norma Española).

Modelos y estándares principales de Gestión de la Calidad

Para terminar con este punto vamos a presentar los modelos y estándares de Gestión de Calidad más conocidos y difundidos, que han servido y sirven en la actualidad de base para poner en práctica los principios y métodos de gestión, control y mejora pretendidos con la implantación de un sistema de Gestión de Calidad en la organización. La adopción de uno de estos sistemas se puede plantear desde una doble perspectiva: sirviéndose de un modelo de tipo normativo, que como su propio nombre indica se trata de una serie de normas que regulan el diseño, implantación y posterior certificación del Sistema de Gestión de Calidad, bajo el cumplimiento de unos requisitos mínimos; o bien basarse en un modelo de tipo prescriptivo, los cuales señalan unas especificaciones organizativas para definir e implantar patrones de conducta así como para poder controlar aquellos factores que puedan tener efecto en la calidad que se ofrece (González Menorca *et al.*, 2011). Estos últimos no indican cuáles deben ser los requisitos mínimos a cumplir como si lo hacen los modelos normativos teniendo la

²⁹ www.iso.org

³⁰ La serie ISO 9000:1987 la conformaban tres normas principales que proponían modelos de sistemas de aseguramiento de la calidad: ISO 9001 “Quality systems – Model for quality assurance in design/development, production, installation and servicing”. ISO 9002, “Quality systems – Model for quality assurance in production and installation”. ISO 9003, “Quality systems — Model for quality assurance in final inspection and test”. Y dos normas complementarias, a modo de guías: ISO 9000:1987, “Quality management and quality assurance standards — Guidelines for selection and use”. ISO 9004:1987, “Quality management and quality system elements — Guidelines”

³¹ www.cen.eu

³² www.aenor.es

certificación como prueba de ello, sino que sirven de guía para la búsqueda constante por parte de la organización de un mayor nivel de calidad, aspecto muy relacionado con la concepción de calidad desde un enfoque de búsqueda de la excelencia, a través de la Gestión de la Calidad Total.

Tal como hemos visto en el apartado anterior, los primeros estándares de gestión surgen en torno al ámbito del Aseguramiento de la Calidad, y es a mediados de la década de los ochenta cuando comienza el fenómeno internacional de difusión de las normas de la familia ISO 9000 anteriormente mencionadas, como base para la implantación y certificación de un sistema de gestión relacionado con el ámbito de la Gestión de la Calidad (Bernardo *et al.*, 2007), convirtiéndose en uno de los modelos normativos más difundidos entre las organizaciones de los diferentes sectores existentes. Si bien en los primeros años la certificación de estos modelos se centró en empresas grandes del ámbito industrial, con el paso del tiempo han ido adoptándose también por PYMES y organizaciones de otros sectores económicos donde también se había iniciado el interés por la gestión de calidad. Fruto de esta expansión, en el año 2000 se produjo un proceso de revisión del estándar, que como sostiene Heras *et al.* (2006b, p.4) “puso su énfasis en la reducción de la excesiva burocratización y complejidad de la norma, la reducción de su excesiva orientación hacia el ámbito industrial y el énfasis en el concepto de calidad basado en la mejora continua y en la satisfacción del cliente”. Así surgieron las nuevas normas ISO 9000³³, reduciéndose a un solo estándar certificable, el ISO 9001:2000, y dejando atrás el término de Sistema de Aseguramiento de la Calidad (SAC) refiriéndose ya, de forma genérica, a Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC). Este cambio terminológico es debido a que la nueva versión va más allá del Aseguramiento de la Calidad, incorporando los principios de la Gestión de la Calidad Total comentados anteriormente, para la mejora continua y satisfacción de los clientes (Bernardo *et al.*, 2007). La última versión difundida del estándar ISO 9000 ha sido la surgida de la revisión del 2008, donde no se incorporan nuevos requisitos sino que ha tenido por objeto aclarar aquellos ya existentes en la versión anterior, además de hacerla mas compatible con otras normas referidas a otros sistemas de gestión (AENOR, 2008). La última revisión se produjo durante este pasado 2015, publicando una nueva versión en respuesta a los cambios tecnológicos, la diversidad de negocios y el comercio mundial surgidos en la última década (ISO, 2015). A pesar de que la implantación de este tipo de estándares de gestión es mayoritariamente voluntaria, el Estado español se ha convertido en uno de los países con un mayor crecimiento en certificados ISO 9000, siendo nuestra comunidad, el País Vasco, la que presenta una mayor intensidad de certificados en relación al PIB (Heras *et al.*, 2006b).

Adoptar el estándar ISO 9001 sirve como un primer paso hacia los SGC enfocados a la calidad total, pero tradicionalmente han sido los modelos del tipo prescriptivo los que han tratado de buscar la excelencia en la gestión, siendo los más conocidos el modelo

³³ La serie ISO 9000:2000 la confirmaban las normas ISO 9000 - Sistemas de Gestión de la Calidad: Fundamentos y vocabulario, ISO 9001 - Sistemas de Gestión de la Calidad: Requisitos + ISO 9004:2000 - Sistemas de Gestión de la Calidad: Directrices para la mejora del desempeño)

EFQM de Excelencia, creado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (European Foundation for Quality Management)³⁴, y el modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, creado por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBEQ)³⁵. Estos modelos, como indica González Menorca *et al.* (2011, p.3), “plantean una filosofía común para cualquier tipo de organización, la orientación al cliente/usuario bajo un sistema que promueva la mejora continua en base al análisis de la realidad interna y externa de la misma”. Por lo tanto, como hemos dicho al diferenciar estos modelos de los del tipo normativo, no se limitan a la constatación del cumplimiento de una serie de requisitos mínimos, sino que son una serie de recomendaciones relacionadas con los principios de Calidad Total, que permiten a la organización orientarse aun más hacia los usuarios, además de obtener un mayor liderazgo, una mayor participación compromiso y cooperación, así como una apuesta por mejorar continuamente buscando la excelencia (González Menorca *et al.*, 2011). Vamos a centrarnos en el modelo EFQM por ser el más conocido en el ámbito europeo, que a diferencia del internacional ISO 9000, es más amplio y complejo y establece una guía de utilidad a la organización para conocer en qué situación se encuentra y qué acciones debe poner en marcha para avanzar y mejorar constantemente su gestión. Es un modelo orientado a la autoevaluación por puntos, a través de una estructura general de nueve criterios clasificados en agentes facilitadores y resultados³⁶, que sirven de guía para diagnosticar fortalezas y debilidades, siendo esta la base para la mejora (Barbero y Heras, 2008; González Menorca *et al.*, 2011). Otra de las grandes diferencias con la ISO 9001 es que no se puede obtener un certificado que acredite su implantación, sino que, aquellas organizaciones que tienen de referencia el esquema de criterios del modelo EFQM, pueden solicitar voluntariamente evaluaciones externas para poder optar a algún tipo de reconocimiento que distinga a aquellas organizaciones que siguen una estrategia orientada hacia la excelencia y que han logrado alcanzar los objetivos propuestos. A nivel europeo están los reconocimientos otorgados por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad “*EFQM Excellence Awards*” y además, existen reconocimientos a nivel autonómico, como los creados por el Gobierno Vasco y gestionados por Euskalit³⁷ para las organizaciones del País Vasco (Barbero *et al.*, 2008). Veremos con más detalle estos reconocimientos junto con los criterios en los que se basa este modelo al hablar de su adopción por los centros residenciales para mayores de Gipuzkoa, ya que pese a su aparente complejidad, es un modelo dinámico y flexible que tras la revisión del 2003 estableció tres adaptaciones para Grandes Empresas, Pequeñas y Medianas y para el Sector Público y organizaciones de voluntariado.

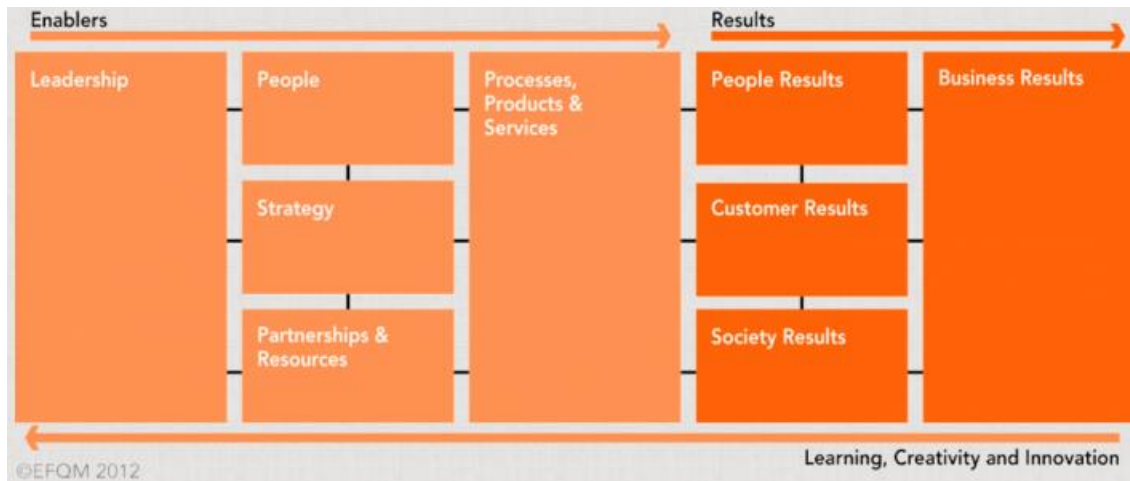
³⁴ www.efqm.org

³⁵ www.fundibeq.es

³⁶ Los nueve criterios en torno a los que se constituye el modelo EFQM son :

- Criterios agentes: 1. Liderazgo, 2. Estrategia, 3. Personas, 4. Alianzas y recursos, 5. Procesos, productos y servicios.
- Criterios resultados: 6. Resultados en los clientes, 7. Resultados en las personas, 8. Resultados en la sociedad, 9. Resultados clave.

³⁷ www.euskalit.net



Fuente: www.efqm.es

Para terminar con este apartado, y en general con el punto dedicado a los Sistemas de Gestión de Calidad, vamos a volver a hacer mención al auge del interés por la Gestión de la Calidad en sectores que difieren en muchos aspectos del ámbito industrial donde se originó el paradigma, como ha sido el sector socio-sanitario y el ámbito de lo público. Y es que, pese al interés y necesidad manifiesta, esta sigue siendo una de las asignaturas pendientes del Sistema Público de Servicios Sociales y de los centros y organizaciones prestadoras de este tipo de servicios, ya que como sostiene González Menorca *et al.* (2011, p.5) “no existe, en general, una política estatal y/o autonómica de compromiso claro para el desarrollo de la Gestión de Calidad en organizaciones de trabajo social y servicios sociales y por tanto, tampoco existe un modelo definido que se esté introduciendo de manera clara a nivel local, autonómico o estatal. La mayoría de las iniciativas son parciales, minoritarias y poco constantes en el tiempo”. Una de estas pocas iniciativas son la serie de normas UNE 158000 que AENOR publicó en el año 2000, y que fueron revisadas en el 2007 y 2008 para facilitar el cumplimiento legislativo en relación a la gestión de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal (Llecha i Sabaté, 2008). Actualmente esta serie de normas consta de cuatro normas certificables (AEC):

- UNE 158201:2007. Gestión de Centros de Día y de Noche.
- UNE 158301:2007. Gestión del servicio de ayuda a domicilio.
- UNE 158401:2007. Gestión del servicio de tele asistencia. Tanto fija como móvil.
- UNE 158101:2008. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales de día o centro de noche integrado.

Los esquemas de certificación de los servicios referidos a estas normas están concebidos para regular de manera homogénea aspectos relacionados, entre otros, con la Gestión de la Calidad en los centros responsables de prestar el servicio (AENOR), con el objetivo

final de satisfacer las necesidades de sus usuarios, asegurando el cumplimiento de unos requisitos y niveles de prestación mínimos (Heras *et al.*, 2006a).

Analizaremos con más atención la difusión de estas normas para la Gestión de la Calidad de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal, en concreto la UNE 158101 dirigida a centros residenciales, para comprobar si ha tenido éxito o no su integración en los Sistemas de Calidad implantados en los centros residenciales para personas mayores de Gipuzkoa, ámbito que analizaremos detenidamente en el punto siguiente, o si por el contrario, ante la falta de desarrollo de mas modelos específicos para el sector, se han implantado modelos más generalistas como ISO 9001 o EFQM.

2.3 – IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN CENTROS RESIDENCIALES DE GIPUZKOA.

2.3.1. SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES DE GIPUZKOA.

Evolución del sector de los servicios sociales residenciales en Gipuzkoa

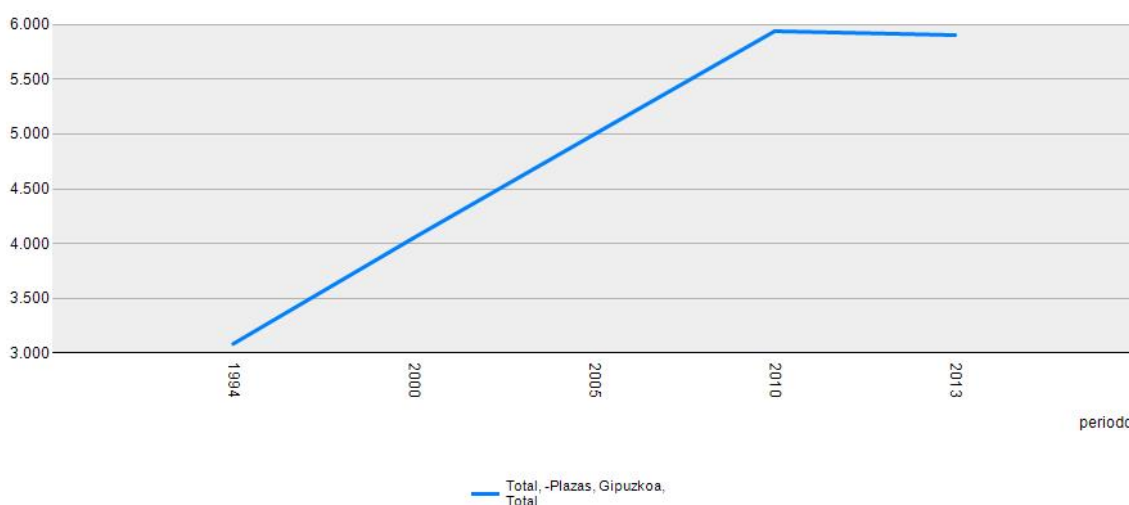
El sector que forman los servicios residenciales para mayores de 65 años en Gipuzkoa, ha experimentado en las últimas décadas un importante cambio y desarrollo desde que dejase atrás su relación con la caridad y la beneficencia. En una primera etapa, durante la segunda mitad del siglo XX, los antiguos establecimientos de la beneficencia, como las Casas de Misericordia, se reformaron totalmente tratando de mejorar de forma sustancial la antigua concepción de asilo asociada a la pobreza, marginalidad social y abandono. Respondiendo a las necesidades sociales que comenzaban a aflorar, también comenzaron a construirse en nuevos emplazamientos los centros que más adelante pasarían a formar la red de servicios residenciales de la sociedad moderna de hoy en día, plenamente dedicada a atender las diversas necesidades del colectivo de mayores (Bazo, 1991; Rodríguez Rodríguez, 2007). Así se confirmó finalmente en 1990 con el primer Decreto sobre Servicios Sociales Residenciales para la tercera edad³⁸, publicado con el fin de regular el sistema de prestaciones y servicios residenciales, enmarcándose de esta manera en el sistema vasco configurado tras la primera Ley de Servicios Sociales de 1982, que ya incluía como área preferente de actuación el apoyo a la tercera edad. El decreto de 1990 ya recogía que “la solución óptima sería que los ancianos permanezcan donde han habitado siempre”, es decir, en sus hogares, pero cada vez se daban mas situaciones en las que esta preferencia no era posible y para ello servían los centros regulados por el decreto, procurándoles un ambiente residencial adecuado en los casos que fuera necesario.

Como hemos en el capítulo anterior, con el paso del tiempo el perfil de las personas mayores de 65 años fue evolucionando, gracias sobre todo al aumento de la esperanza de vida, volviéndose más heterogéneo e incrementándose cada vez más los casos en los

³⁸ Decreto 218/1990, de 30 de julio, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad.

que personas autónomas iban perdiendo sus capacidades y pasaban a necesitar cuidados más complicados y duraderos (Roquero, 2014). Este fenómeno, junto con otros cambios sociales como la modificación de las estructuras familiares, aumentó considerablemente la demanda de ingresos en residencias, históricamente el único recurso existente para solventar problemas de soledad, vivienda, salud y en definitiva de incapacidad para poder vivir de una forma autónoma cuando no se podía contar con el apoyo de la red familiar natural o esta no podía resolverlo (Etxabe, 1997). Ya bajo el amparo legislativo del primer decreto sobre este ámbito, se inició un fuerte incremento del número de centros, y por tanto de las plazas en respuesta a la creciente demanda, con lo que se consiguió mejorar la tasa de cobertura³⁹ existente hasta el momento. En Gipuzkoa, este importante crecimiento cuantitativo se ha mantenido constante hasta los últimos 5 años en los que ha cambiado la tendencia, como podemos observar en el *gráfico 4*. Veremos más adelante la razón por la que el crecimiento de las plazas se detiene, mientras que por el contrario, la demanda potencial y personas usuarias ha seguido incrementándose año tras año.

***Gráfico 4.* Evolución de plazas residenciales para mayores de 65 años en la provincia de Gipuzkoa (1994-2013).**



Fuente: EUSTAT. Estadística de servicios sociales

Años más tarde del primer decreto sobre este ámbito, ya en 1998 y como desarrollo de la nueva Ley de Servicios Sociales publicada en 1996, se publicó un segundo Decreto sobre Servicios Sociales Residenciales para la tercera edad⁴⁰, figurando entre sus objetivos regular nuevas alternativas a las tradicionales residencias, ya que como la

³⁹ La tasa de cobertura de las plazas residenciales para mayores es igual al número de plazas entre el número de personas de 65 años o más.

⁴⁰ Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios residenciales para la tercera edad.

propia Ley indica “se hacía necesario regular nuevos modelos de alojamiento, como alternativa eficaz frente a los internamientos en residencias”. Y es que, la máxima defendida por los poderes públicos y propugnada también por el Plan Gerontológico de Euskadi aprobado en 1994, donde se prioriza la permanencia de la persona mayor en el hogar o entorno familiar frente al internamiento en un centro residencial, (Roquero, 2014), hacía necesario desarrollar nuevas soluciones para aquellas personas que, sin tener mayores dificultades para desempeñar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, querían seguir viviendo solas, manteniendo su independencia respecto a sus familiares, pero entendiendo que la situación en la que se encontraban podría implicar un riesgo permaneciendo en sus domicilios habituales (Bazo, 1991). Como respuesta, en el artículo segundo del nuevo Decreto de 1998 se regularon dos nuevas alternativas a la residencia, los apartamentos tutelados⁴¹ y las viviendas comunitarias⁴², manteniéndose los tradicionales centros residencias como los principales recursos para las situaciones en las que se hace necesario una atención integral y continua a las personas mayores (Decreto Servicios Residenciales, 1998).

Veremos a continuación como ha sido la adaptación de los tradicionales centros residenciales para personas mayores a esta nueva situación que requiere dar un salto cualitativo para atender/orientarse a las nuevas necesidades y exigencias, tanto de sus usuarios como de la sociedad en general.

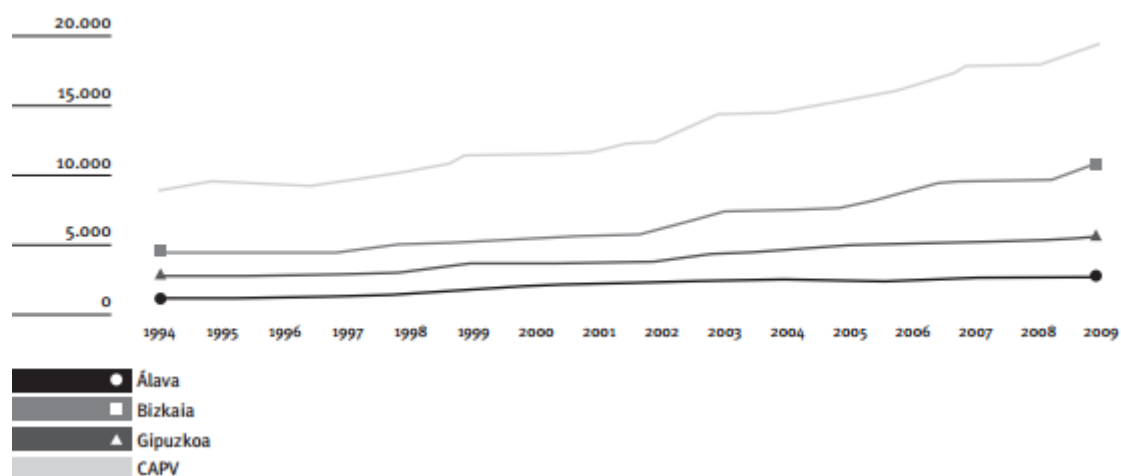
Residencias para personas mayores en Gipuzkoa

Diferenciándolos de los otros recursos residenciales mencionados, los centros residenciales o residencias son definidos por la legislación como el “*centro de convivencia con capacidad superior a 14 plazas, destinado a servir de vivienda permanente y común, en las que se presta una atención integral y continua a las personas mayores*” (Decreto SR, 1998). Como hemos venido viendo, las necesidades de atención residencial han sido crecientes en los últimos veinte años, y en consecuencia, se ha dado un progresivo desarrollo de plazas residenciales, tanto en Gipuzkoa como en el resto de provincias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, sobre todo en el periodo comprendido entre 1994 y 2009, como podemos observar en el *gráfico 5*. (Elósegui *et al.*, 2013), duplicándose prácticamente el número de plazas en Gipuzkoa al pasar de 3.084 plazas del año 1994, a 5.891 plazas en 2009 (EUSTAT, 2015).

⁴¹ Los apartamentos tutelados se definen en el Decreto 41/1998 como “el conjunto de viviendas autónomas, unipersonales y/o de pareja, que cuentan con servicios colectivos, de uso facultativo, y que dan alojamiento a personas mayores con una situación psico-física y social que no precisa de recursos de mayor intensidad”.

⁴² Las viviendas comunitarias se definen en el Decreto 41/1998 como “una unidad convivencial con un máximo de 14 plazas, destinadas a personas mayores que posean un cierto nivel de auto-valimiento y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar”

Gráfico 5. Evolución del número de plazas de centros residenciales para personas mayores, por territorios históricos. CAPV, 1994-2009.

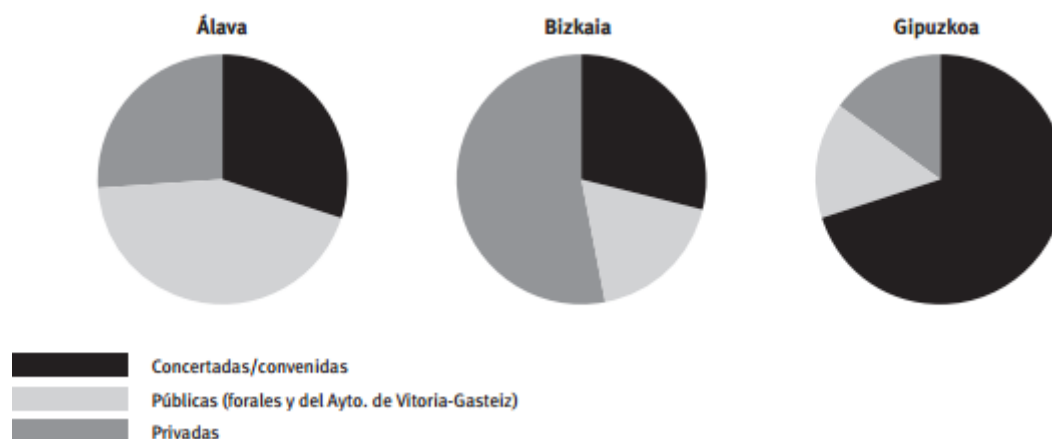


Fuente: Obtenida de Elósegui *et al.* (2013, p.5)

Atendiendo a la naturaleza de las plazas creadas en las diferentes provincias vascas, observamos una notable diferencia entre ellas, como es la poca incidencia que ha tenido la iniciativa privada entre las plazas ofertadas en Gipuzkoa, al contrario que en Álava y sobre todo en Bizkaia, donde las plazas privadas están más presentes en el sector (Etxabe, 1997). La explicación está en que en la provincia de Gipuzkoa, el desarrollo de la red residencial se ha basado mayoritariamente en la dependencia en los ayuntamientos o fundaciones sin ánimo de lucro (Elósegui *et al.*, 2013), y las plazas privadas creadas en los últimos 20 años, que complementan la oferta total, han sido concertadas en su gran mayoría con la Diputación Foral de Gipuzkoa, transformando plazas pertenecientes a centros privados en plazas subvencionadas y dependientes del órgano foral, y por lo tanto, de naturaleza pública. Puede verse esta composición en el gráfico 6. en el que se muestra la distribución tan diferente que tienen las plazas de los tres territorios vascos, con un mercado privado minoritario y gran predominio del modelo concertado en la provincia de Gipuzkoa, teniendo en torno al 80-85% de las plazas convenidas (Aldaz, 2012). Los datos son del año 2011 debido a que no he podido obtener datos concretos sobre el total de plazas concertadas con las Diputaciones en años más recientes. Más adelante veremos a que se debe esta tendencia tan intensa en Gipuzkoa en comparación con las otras provincias vascas, en las que sus diputaciones tienen iguales competencias⁴³ en materia de servicios sociales residenciales.

⁴³ El artículo 6 del Decreto 218/1990 define las competencias para la Diputación Foral en el marco de la ley 6/1982, de 20 de mayo, y de la ley 27/1983.

Gráfico 6. Distribución de las plazas en centros residenciales para personas mayores, por territorios históricos. CAPV, 2011 (%).



Fuente: Obtenida de Elósegui *et al.* (2013, p.5)

Según la base de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Gipuzkoa dispone en la actualidad un total de 66 residencias (quitando las viviendas y apartamentos tutelados, menos de 14 plazas) para personas mayores de 65 años, de las cuales 23 centros son de titularidad pública local, 7 de titularidad pública provincial, además de 36 centros de titularidad privada de los cuales 12 son sin ánimo de lucro, pero como ya hemos comentado, estos centros tienen gran parte de sus plazas convenidas con la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Otra de las clasificaciones que podemos hacer de estos centros es en relación a las características que presentan sus residentes⁴⁴, siendo estos para válidos, asistidos o de carácter mixto, pudiendo albergar ambos perfiles. Como hemos venido apuntando a lo largo del trabajo en relación a la preferencia de la sociedad en general por apostar por el mantenimiento de la persona mayor en su entorno, las residencias han ido cada vez más especializándose en atender a personas que necesitan una atención y asistencia continua para desempeñar las actividades de la vida diaria, los llamados centros residenciales para asistidos. Tal como apuntan Lekuona y Calvo (2010, p.2), y sobre todo durante los primeros años del siglo XXI, “la composición cualitativa de las residencias varió de forma muy importante: la población calificada como autónoma descendió de un 24% a un 7%, y la población calificada como gran dependiente subió del 55% al 78%”. A pesar de ello, los centros más comunes son aquellos que comparten plazas destinadas a ambos perfiles, tanto para albergar residentes que pueden valerse por sí mismos como a los que no. Estos centros son los llamados de tipología mixta, y como vemos observando detalladamente los datos proporcionados por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en Gipuzkoa son la gran mayoría, aunque no daremos la cifra exacta debido a que en esta base de datos hay algunas residencias que

⁴⁴ El artículo 20.1 del Decreto 218/1990 clasifica servicios residenciales para la tercera edad, atendiendo a las características de los residentes en: *servicios residenciales de válidos, servicios residenciales de asistidos y servicios residenciales de carácter mixto.*

no han proporcionado la información o no esta contrastada por ellos mismos. Desde que muchos de los antiguos centros tomaran la trascendental decisión de modificar sus criterios de admisión para que comenzaran a ingresar en ellos personas con distintos niveles de dependencia, el día a día de las organizaciones cambió radicalmente teniendo que atender a personas con diferentes necesidades, y en consecuencia, debiendo de adaptar tanto las instalaciones como el personal a esta nueva situación (Roquero, 2014), tal como sostiene la propia definición del Decreto sobre servicios sociales residenciales que indica que la residencia “*estaría dotada necesariamente de los medios materiales suficientes para la atención de discapacidades de alto grado*”.

En relación a lo visto sobre el desarrollo y a la evolución en cuanto a enfoque llevada a cabo por el sector encargado de atender a las personas mayores en Gipuzkoa, en la actualidad los centros residenciales, al igual que el sector en su conjunto, han tomado una clara y necesaria orientación hacia las personas y están estructurados para atender las diferentes necesidades y exigencias del colectivo de personas de la tercera edad, poniendo especial énfasis en proporcionar por los profesionales de estos centros una asistencia de calidad que tenga como objetivo la calidad de vida de los residentes (Ley SR, 1998; Lekuona *et al.*, 2010). Este cambio de enfoque del sector respecto a su enfoque tradicional ha sido promovido por los poderes públicos, estableciendo desde el primer momento que las diversas actuaciones llevadas a cabo por los centros residenciales deberán basarse en una serie de principios generales⁴⁵, recogidos ya en la primera Ley de Servicios Sociales Residenciales, entre los que destacamos el fomento de la autonomía personal y el impulsar la participación de estos en el desarrollo de las actividades y funcionamiento general de la residencia, como exponentes de la nueva orientación adquirida a favor de las necesidades y exigencias de las personas.

Un hecho subrayable que supone un punto de inflexión y un importante salto cualitativo, ha sido el reconocimiento legal de los derechos básicos⁴⁶ de las personas usuarias de los servicios sociales residenciales para la tercera edad, en la segunda ley de 1998, en la que además, también se añadiría un nuevo principio general a los ya anteriormente establecidos, como es el principio de atención personalizada, en relación al derecho reconocido a una atención individual adaptada a las necesidades de cada residente (Decreto Servicios Residenciales, 1998). En relación con lo comentado en el capítulo anterior, el reconocimiento de estos principios y derechos van a marcar las pautas asistenciales de los modelos de atención desarrollados en el sector, configurando un nuevo modelo de atención integral centrado en la persona como referente en la

⁴⁵ El artículo 2 del Decreto 218/1990 recoge una serie de principios generales que regirán la actuación de estos servicios residenciales, como son los principios de: normalización, autonomía, participación, integración, globalidad y profesionalización.

⁴⁶ El artículo 5 del Decreto 41/1998 recoge los derechos de las personas usuarias de estos servicios residenciales como son los derechos: al acceso sin discriminación, a una atención respetuosa y personalizada, a la confidencialidad, a mantener relaciones interpersonales, a recibir información y ser consultadas, a la intimidad, a recibir la atención necesarias para cubrir todas sus necesidades personales para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico, a elevar a la dirección propuestas o reclamaciones y recibir respuesta, a cesar en su utilización de forma voluntaria y a ser informadas de forma comprensible del contenido de estos derechos y de los cauces para hacerlos efectivos.

reconversión del servicio residencial tradicional (Leturia, 2010), definiendo este nuevo enfoque de atención por Rodríguez (2010, p.9) como la dirigida “a la consecución de las mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo el respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”. El aspecto fundamental de este nuevo modelo de atención será, por lo tanto, el atender las necesidades de la persona, tanto sanitarias como sociales, de una forma coordinada, tanto en su vertiente preventiva como en la asistencial (Amilibia, 2014). Este va a ser, en definitiva, el objetivo máximo a perseguir por los centros residenciales para mayores en Gipuzkoa, como se refleja en la misión y valores que definen los centros en la actualidad y que guían su actividad, como por ejemplo, fijándonos en dos de las fundaciones con los centros más reconocidos de Gipuzkoa, la Fundación Matía⁴⁷ subraya en su página web como la misión de sus centros es el “acompañar a las personas durante su proceso de envejecimiento para mejorar su bienestar, generando conocimiento y servicios personalizados que promuevan su autonomía y dignidad” o la Fundación Zorroaga⁴⁸, que entre sus valores destaca el cuidado personal.

Con el fin de garantizar la asistencia de calidad que quiere llevarse a cabo en el sector, la legislación encargada de regular los centros que prestan este tipo de servicios a la tercera edad establece unos mínimos materiales y de funcionamiento que deben de cumplirse (Decreto Servicios Residenciales, 1990). En este sentido y en una primera aproximación, la primera ley sobre servicios residenciales de 1990 ya recoge una serie de condiciones de calidad acreditativas y requisitos generales a cumplir por las residencias⁴⁹, entre las que se encuentra, en relacionado con el principio general de profesionalización, la cualificación del personal para profesionalizar los distintos servicios prestados en los centros residenciales, como el médico, ATS, fisioterapeuta, podólogo, odontólogo, oftalmólogo, psicólogo y psiquiatra. Esta primera ley también establece una serie de especificaciones técnicas a cumplir en las instalaciones⁵⁰, como contar con medidas de protección contra incendios o cumplir la normativa vigente⁵¹ sobre accesibilidad exterior y también vertical, ya que junto con otros aspectos cualitativos, los ambientes en los que se desarrollan este tipo de servicios también son determinantes para la calidad asistencial proporcionada (Heras *et al.*, 2006a). En una segunda aproximación, la Ley sobre servicios residenciales de 1998 se dirige también a

⁴⁷ www.matiafundazioa.net

⁴⁸ www.zorroaga.com

⁴⁹ El Anexo I del Decreto 218/1990 recoge una serie de condiciones de calidad acreditativas comunes para todo tipo de centro, así como una serie de requisitos específicos para residencias pequeñas, medianas y grandes.

⁵⁰ En el Anexo II se establecen las especificaciones técnicas a cumplir por los centros encargados de la prestación de estos servicios residenciales.

⁵¹ El Decreto 16/1988, de 19 de diciembre, sobre “normativa para la supresión de barreras arquitectónicas”, menciona en su artículo primero las residencias de ancianos como uno de sus objetivos de aplicación.

aquellos servicios sociales residenciales de titularidad privada, ya que se comienza a producir un incremento de este tipo de centros en el sector, con el fin de regular su autorización⁵² para el funcionamiento y su homologación como requisito previo para concertar plazas con la Administración Pública, fenómeno que se ha dado con intensidad en nuestra provincia, recordando lo mencionado en párrafos anteriores. Para ello, con la intención de homogeneizar la calidad del servicio prestado por los centros pertenecientes al sistema público de servicios residenciales, independientemente de su naturaleza o tipología, la legislación de 1998 establece unos requisitos materiales y funcionales⁵³ a cumplir, comunes para todos los servicios residenciales, además de otra serie de requisitos materiales y funcionales⁵⁴ fijados específicamente para las residencias sea cual sea su iniciativa, refiriéndose a aspectos desde las instalaciones hasta requisitos sobre el personal. En cuanto a las residencias de titularidad privada que quieran ser homologadas, como condición previa a la concertación, deberán de adaptarse a una serie de criterios de calidad, eficacia, coste económico y social, como por ejemplo, la existencia de espacios no contemplados en los requisitos comunes pero que pudieran favorecer la mejora de la calidad de vida de los residentes, establecer un programa de formación permanente para el personal, o la necesidad de tener un balance económico saneado (Decreto Servicios Residenciales, 1998).

Todos estos requisitos establecidos por la ley deberán de estar acreditados por la Diputación Foral de Gipuzkoa, nivel institucional competente para autorizar la apertura final de las residencias, así como para convenir plazas (Elósegui *et al.*, 2013). El objetivo de todos estos requerimientos es, como he apuntado anteriormente, homogeneizar la calidad de la atención socio-sanitaria, sobre todo en aquellas residencias concertadas por la Diputación, y relacionado con este último aspecto, específicamente dirigido a la concertación de los servicios residenciales para personas mayores dependientes, en el año 2007 se publica en Gipuzkoa un Decreto⁵⁵ que tiene como objetivo regular las condiciones necesarias para poder suscribir conciertos y convenios con la Diputación Foral de Gipuzkoa, entre los que se incluirían los ya mencionados. Con este mismo fin surge y se define el Catalogo de servicios residenciales para personas mayores (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008) en el que se exigen unas ratios mínimas de cobertura profesional e indicadores básicos de seguimiento de la actividad desarrollada (Elósegui *et al.*, 2013), tratando de minimizar las diferencias asistenciales que pudieran surgir teniendo en cuenta la dispersión normativa y funcional existente (Lekuona *et al.*, 2010) En la segunda parte de este

⁵² Los artículos 7 y 8 del Decreto 41/1998 recogen los requisitos de autorización y homologación a cumplir por aquellos servicios residenciales para la tercera edad de titularidad privada.

⁵³ El anexo I del Decreto 41/1998 recoge una serie de requisitos materiales y funcionales comunes para todos los servicios sociales residenciales.

⁵⁴ El anexo II del Decreto 41/1998 recoge una serie de requisitos materiales y funcionales específicamente para las residencias.

⁵⁵ Decreto Foral 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes.

trabajo veremos más a fondo lo que estos catálogos y cartas de servicios aportan a los usuarios de los servicios residenciales para personas mayores.

2.3.2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD IMPLANTADOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE GIPUZKOA.

Introducción de la Gestión de Calidad en las residencias de Gipuzkoa

Como vemos, la situación descrita hasta ahora presenta un importante reto a afrontar por los centros residenciales guipuzcoanos debido a la influencia de varios factores que se están incidiendo al mismo tiempo y que va a requerir tener una reacción o respuesta de las organizaciones para adaptarse a los cambios profundos producidos en los últimos tiempos y tratar de convertir estas “amenazas” en oportunidades para el desarrollo. En primer lugar, desde un punto de vista de mercado, se ha configurado un nuevo sector emergente y de gran relevancia social, en el que la competencia ha aumentado considerablemente conviviendo organizaciones de diferentes iniciativas dirigidas a satisfacer las necesidades y exigencias en cuanto a calidad y buenas atenciones que demandan sus usuarios y la sociedad en general, situación que difiere mucho de lo que tradicionalmente suponía un ámbito desatendido por la sociedad y sin apenas exigencia (De la Cámara, 2003; Heras *et al.*, 2006b; Leturia, 2010). En segundo lugar, en respuesta a la calidad demandada por la sociedad, la reglamentación sobre este ámbito ha ido creciendo en cantidad y severidad extendiéndose más allá de las exigencias en instalaciones o personal, siendo un punto de inflexión a tener en cuenta la creación e incorporación de las residencias al Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), que tratando de garantizar la calidad de los recursos como de los servicios prestados, establece una serie de criterios referentes a la calidad que se suman a los ya existentes, lo que ha provocado que en los últimos años las residencias hayan ido incrementando sus costes de forma considerable tratando de cumplir con los requisitos legales establecidos (Llecha I Sabaté, 2008; Díaz Díaz, 2012). En relación al SAAD, también hay que subrayar el hecho de que, sobre todo con la llegada de la recesión económica, las prestaciones destinadas a los cuidados en el entorno familiar (PECE) comenzaron a generalizarse entre el colectivo de personas mayores, por encima de servicios profesionales u otro tipo de prestaciones destinadas a cuidados formales, pese a que la Ley de Dependencia plateaba las PECE con carácter de excepcionalidad, debido a la dificultad o imposibilidad de controlar su eficacia en la consecución de los objetivos marcados por el sistema (Siadeco Ikerketa Aplikatua, 2013). La consecuencia de esta tendencia iba a afectar directamente a las residencias, produciéndose la paradoja de la evolución a la baja de la demanda de ingreso desde 2008, y por lo tanto de creación de plazas, como hemos visto anteriormente en el gráfico 4., mientras existe una demanda potencial enorme. Esta es una de las razones por la que las personas que actualmente ingresan en un centro residencial son cada vez más mayores y con un estado de salud muy deteriorado, aumentando el gasto sanitario y repercutiendo en la sostenibilidad del sistema.

Todas estas razones van a ser más que suficientes para que desde las administraciones públicas, por el importante peso de la financiación pública en el sector, y también desde la sociedad en general, se exija una gestión más eficaz y eficiente a los centros residenciales, que asegure una asistencia de calidad a los residentes, a la vez que se gestione de la mejor manera posible los recursos públicos cada vez más limitados (Heras *et al.*, 2006b). Se exige, en definitiva, terminar por profesionalizar la gestión de estos centros, y con esta intención e impulsado por la propia Administración como veremos, comienzan a introducirse en este ámbito nuevas culturas de trabajo a través de la implantación de modelos y estándares de Gestión de Calidad, incorporando métodos y herramientas novedosas en el ámbito de los servicios de atención (Leturia, 2010). Este salto cualitativo podría ser muy interesante para el sector, ya que con la implantación de estos nuevos métodos de gestión, por una parte las residencias podrían aumentar su competitividad en la prestación del servicio debido a una mejora sustancial de la organización y funcionamiento general (De la Cámara, 2003), repercutiendo en una mayor satisfacción de usuarios y trabajadores, y por otra, podría influir muy positivamente en el futuro del sistema público suponiendo un gran ahorro a largo plazo (Díaz Díaz, 2012). Vamos a analizar a continuación cómo estos nuevos métodos de gestión se han promovido en el sector residencial por parte de la Administración y cuáles han sido los modelos más comúnmente implantados en el ámbito guipuzcoano para tratar de alcanzar los objetivos actualmente propuestos.

Impulso de la Administración para la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad en residencias para mayores de Gipuzkoa

Ya en los primeros años del siglo XXI, tanto en Gipuzkoa como en la Comunidad Autónoma vasca en general, el paradigma de la Gestión de la Calidad se estaba afianzando con gran intensidad en los distintos ámbitos económicos (Heras, Cilleruelo e Iradi, 2008), y este interés por una nueva cultura de gestión también comenzaba a extenderse al ámbito de lo público. Aunque de forma tardía respecto a otros sectores como la educación o la sanidad, la aplicación de métodos y herramientas de gestión, tradicionalmente relacionados con la industria, empieza también a generar interés en el ámbito de los servicios residenciales para personas mayores (Heras *et al.*, 2006b), donde el importante papel que desarrollan los distintos estamentos de las administraciones públicas vascas como impulsores del proceso de difusión es especialmente manifiesto (Allur, Heras y Casadesús, 2013).

La nueva orientación adquirida por el sector residencial para mayores hace que las actividades desarrolladas por sus centros estén enfocadas ya no solo a proporcionar un servicio que cubra las tradicionales necesidades básicas sobre cuidados de salud y manutención, sino que tienen como fin el proporcionar una atención integral y personalizada, que abarque de manera coordinada tanto los aspectos sanitarios, como los sociales, psicológicos, ambientales, convivenciales y culturales, con la intención de adaptarse a las necesidades más personales de cada residente, tratando de potenciar al máximo su autonomía y su participación en el funcionamiento general de la

organización (Decreto Servicios Residenciales, 1998). A fin de mejorar el funcionamiento y la gestión de las residencias y con el objetivo de lograr la consecución de estos principios generales de atención y el cumplimiento de requisitos fijados en el decreto residencial de 1998, especialmente para aquellos centros concertados con la Administración que comenzaban a ser mayoritarios en nuestra provincia, la Diputación Foral de Gipuzkoa aprueba en el año 2000 un “Plan de ayudas económicas”⁵⁶ destinadas a la financiación y seguimiento de un plan de calidad en los centros residenciales para personas mayores ubicados en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Estos planes de calidad iban a tener como principal objetivo optimizar la vida residencial llevada a cabo en la organización, a través de la evaluación de su funcionamiento para conocer qué aspectos resultaban adecuados y cuáles debían de modificarse para la consecución de la mejora de la calidad de vida de los residentes (Decreto 82/2000).

Con la publicación del primer decreto el 30 de octubre del año 2000, se inició un proceso de concesión de ayudas económicas para los centros residenciales concertados, que se prolongaría por un periodo de 5 años con dos nuevos decretos, a partir de los cuales, tal como se indica en el último decreto foral del 2004 perteneciente a esta trilogía, “se considera imprescindible que estos centros adopten las medidas organizativas necesarias para la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad que garantice un enfoque hacia la mejora continua de sus servicios, en especial de aquellos que tengan mayor incidencia directa en los usuarios”

Así es como comienza el intenso crecimiento del paradigma de la Gestión de la Calidad, a través de la difusión y adopción por parte de los centros residenciales de modelos y estándares internacionales, como veremos a continuación. Tendencia que se mantiene hasta el 2008, año que comienza a frenarse esta extraordinaria difusión en el sector debido, en gran parte, por una situación económica general agravada por el estallido de una fuerte crisis económica que provoca numerosos recortes en lo referente al gasto de las administraciones públicas, lo que reduce el impulso inicial proporcionado (Allur *et al.*, 2013). Aun así, la Gestión de la Calidad se mantiene muy presente entre las organizaciones de sector residencial para personas mayores habiéndose convertido en un factor clave para su supervivencia teniendo en cuenta el contexto actual que se presenta, pero al mismo tiempo, abriéndose un interesante debate acerca de su sentido y utilidad en un sector donde se han adoptado principalmente modelos generales provenientes de otros ámbitos económicos, pero no se ha producido el necesario desarrollo de modelos específicos que contemplen la naturaleza y peculiaridades del ámbito de la intervención social (Llecha i Sabaté, 2008).

Vamos a ver a continuación cuáles han sido los modelos más comúnmente adoptados por las residencias ubicadas en la provincia de Gipuzkoa y también las escasas

⁵⁶ Las ayudas económicas para la implantación de planes de calidad en los centros residenciales para personas mayores en el Territorio Histórico de Gipuzkoa se realizó en tres fases a través de tres decretos forales diferentes: Decreto Foral 82/2000, de 17 de octubre; Decreto Foral 10/2002, de 20 de marzo; y Decreto Foral 13/2004, de 3 de marzo.

iniciativas diseñadas específicamente para el sector, ahondando en el interesante debate acerca de la verdadera utilidad de implantar unos modelos u otros.

Modelos más difundidos entre los centros residenciales para mayores de Gipuzkoa

Con la intención de poder conocer la extensión que han tenido modelos en los que los centros residenciales para mayores guipuzcoanas se han basado para la implantación de sus sistemas de Gestión de Calidad, además de analizar las diferentes páginas web de las residencias y la documentación y artículos que hacen referencia a este asunto, he acudido a los datos suministrados por los distintos organismos certificadores como Aenor, LRQA, DNV, Bureau Veritas, etc. Conozco la existencia de otras bases de datos al respecto, como la de la Asociación Española para la Calidad, pero no he tenido acceso al ser de carácter privado.

A pesar de la dificultad para obtener información más detallada, he podido concluir, coincidiendo con lo publicado por diferentes autores, que los modelos más difundidos en Gipuzkoa han sido aquellos inicialmente originados para otros ámbitos, como es el caso del estándar internacional ISO 9001 enfocado claramente al sector industrial, ocurriendo lo mismo con otro modelo algo más genérico como es el modelo de calidad total EFQM, que como veremos, también está teniendo repercusión en el sector. También tienen presencia, aunque mucho menos extendidos que los modelos generales, los modelos diseñados específicamente para el medio residencial como la norma UNE 158101 y el Sistema de Gestión de Calidad creado por el SiiS-Fundación Eguía Careaga (Leturia, 2010; Lekuona *et al.*, 2010; Allur *et al.*, 2013).

ISO 9001

Fruto del impulso hacia la gestión de la calidad que supuso la anteriormente comentada publicación de una línea de ayudas económicas enmarcadas en el Plan de Calidad promovido por la Diputación Foral de Gipuzkoa, se inició a partir del año 2000 una intensa tendencia hacia la adopción del estándar internacional ISO 9001 por aquellos centros que deseaban aplicar una metodología de calidad (Heras *et al.*, 2006b). Este hecho queda demostrado por las certificaciones de la norma obtenidas por varias residencias guipuzcoanas entre los años 2000 y 2005, como por ejemplo entre otros, los centros de la Fundación Patronato Zorroaga y Fundación Matía que obtienen su primera certificación ISO 9001.2000 en el año 2003 o la residencia Argi-Berria y el centro gerontológico Alai-Etxe que consiguen dicho certificado al final del proceso de ayudas en el año 2005 (Barbero *et al.*, 2008; Fundación Matía, 2015).

Una de las principales explicaciones de que esta norma internacional, originalmente orientada a su aplicación en organizaciones dedicadas a la producción de bienes intermedios, haya tenido tanta aceptación entre los centros residenciales durante los primeros años de auge de la gestión de la calidad en este ámbito, es consecuencia de la revisión efectuada en el año 2000 y posterior publicación del nuevo estándar certificable ISO 9001.2000 con el que, como hemos comentado al repasar la evolución sufrida por

el paradigma de la Gestión de la Calidad, trata de ser más genérica y aplicable a cualquier sector reduciendo su enfoque excesivamente industrial e introduciendo principios⁵⁷ pertenecientes a la Calidad Total, constituyendo la base de las normas de SGC, como la mejora continua y la satisfacción de los clientes (ISO9000, 2000). De esta manera se establece, por tanto, un modelo de mejora continua general, con un carácter integral que puede ser de gran utilidad tanto para la gestión de la organización como para la atención de sus clientes (Allur *et al.*, 2013) ya que, como sostiene Llecha i Sabaté (2008, p.5) en la conclusión de su artículo, “la calidad total defiende la calidad de vida”, que como ya sabemos a estas alturas, es el objetivo final que deben perseguir las actuaciones de las organizaciones residenciales orientadas a sus usuarios.

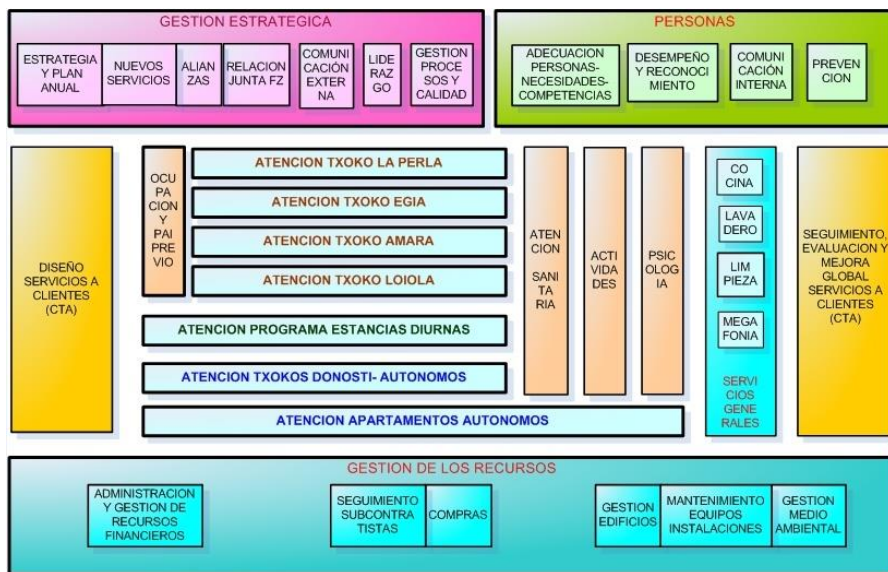
Con este objetivo de mejora continua general del desempeño de la organización, la norma internacional ISO 9001 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implanta y mejora la eficacia de un Sistema de Gestión de la Calidad, basado a su vez en el ciclo de mejora continua PDCA (*Plan, Do, Check, Act*)⁵⁸ (Aenor, 2015), siendo esta la sistemática más utilizada para implantar un sistema de mejora continua. Este enfoque conllevaría modificar la estructura departamental tradicional a la hora de llevar a cabo la gestión de la organización, teniendo en cuenta el hecho de que en la práctica no es habitual que las actividades comiencen y finalicen en un único departamento, sino que con el objetivo de satisfacer al cliente, se realizan una serie de actividades o procesos que atraviesan los distintos departamentos aportando valor para dicho cliente. Como la propia norma ISO 9001 los define, los procesos son “una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados” donde “frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de

⁵⁷ Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño. *a) Enfoque al cliente:* Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes. *b) Liderazgo:* Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización. *c) Participación del personal:* El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. *d) Enfoque basado en procesos:* Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. *e) Enfoque de sistema para la gestión:* Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. *f) Mejora continua:* La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta. *g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:* Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información. *h) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:* Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor (ISO 9000:2000).

⁵⁸ El ciclo PDCA es la sistemática más usada para implantar un sistema de mejora continua. El nombre del ciclo, también conocido como ciclo de mejora continua o círculo de Deming (Edwards Deming es su autor), viene de las siglas *Planificar, Hacer, Verificar y Actuar*, en inglés “*Plan, Do, Check, Act*”, y describe los cuatro pasos esenciales que deben de llevar a cabo de forma sistemática para lograr la mejora continua, entendiendo como tal el mejoramiento continuo de la calidad (disminución de fallos, aumento de la eficacia y eficiencia, solución de problemas, previsión y eliminación de riesgos potenciales...) (www.pdcahome.com, 2016)

entrada del siguiente proceso”. Para lograr que la organización se gestione enfocada a sus procesos es necesario que previamente sea capaz de identificar y entender sus procesos para luego poder medirlos y mejorarlos, logrando así gestionar la organización como un sistema de procesos interrelacionados con el que se conseguiría alcanzar el resultado deseado con mayor eficiencia (AEC, 2015), al facilitar el control continuo sobre los vínculos entre los procesos individuales, así como sobre la interacción de estos (ISO9001, 2000). Todo este sistema de procesos que componen las actividades de la organización se refleja en un Mapa de Procesos, como el que podemos ver a continuación perteneciente a la residencia Zorroaga de San Sebastián.

Gráfico 7. Mapa de procesos, residencia Zorroaga, 2014.



Fuente: Fundación Zorroaga, 2014.

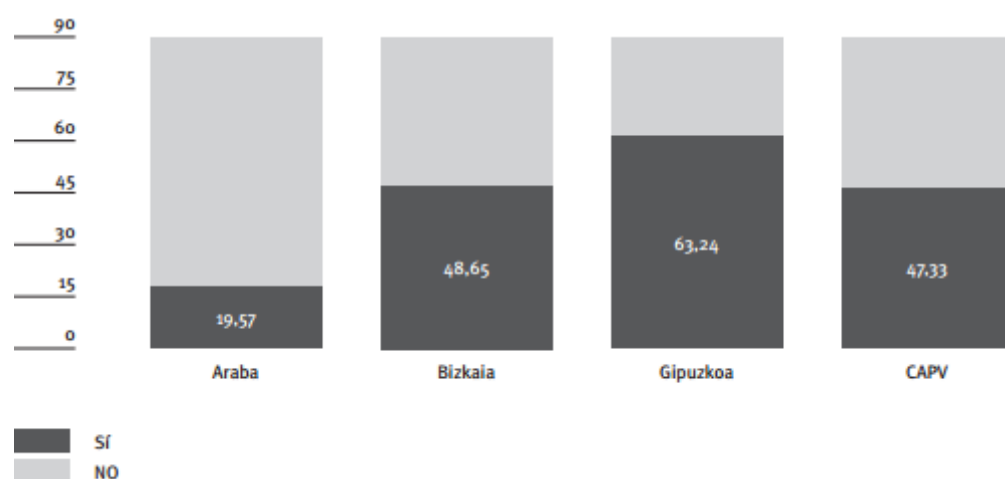
El estándar internacional ISO 9001 no establece ningún requisito específico para el sector residencial, sino que aporta una serie de requisitos generales y de documentación⁵⁹ en torno a los procesos necesarios para los Sistemas de Gestión de Calidad de las residencias que quieran adoptar la norma, así como una serie de requisitos a cerca de la documentación que debe de incluir dicho sistema de calidad. Estos requisitos inciden en la necesidad de que las organizaciones, como en este caso los centros gerontológicos, elaboren planes de mejora, identifiquen y controlen sus procesos a través de indicadores, describan y documenten los protocolos o procedimientos clave de su actividad, gestionen los recursos humanos y materiales, revisen periódicamente la eficacia del sistema en términos de mejora, además de

⁵⁹ Tal y como indica el estándar ISO 9001:2000, la organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

analizar de forma exhaustiva la satisfacción de sus usuarios a cerca del servicio prestado (Allur *et al.*, 2013). Una vez que la organización, en este caso el centro residencial, implante la ISO 9001, un determinado organismo certificador independiente debe de auditar esta implantación para validar la concesión del correspondiente certificado, garantizando de esta forma que la citada residencia tiene sistematizadas y formalizadas todas las actividades que el estándar trata de regular (Heras *et al.*, 2006b) y pudiendo demostrar la capacidad que tiene para proporcionar de una forma coherente un servicio que satisface los requisitos del cliente y así como los requisitos legales (AEC, 2015), como ya lo hicieran los centros anteriormente mencionados que obtuvieron este certificado ISO 9001.

Desde que en este ámbito se intensificara el interés por los estándares y modelos de gestión de la calidad, la mayor tasa de certificaciones de centros gerontológicos del País Vasco se dio entre los años 2008 y 2009, coincidiendo con la publicación de una nueva versión de la norma ISO 9001, en el año 2008⁶⁰. Ha sido a partir del 2009 cuándo por diversas causas, como la crisis económica, comienza un progresivo descenso de las certificaciones concedidas a residencias, y aunque poco frecuente, también se producen algunos abandonos de la citada certificación por varios motivos como analizaremos más adelante. Aun así, resulta significativo que para el año 2013 el 63.24% de los centros guipuzcoanos ya se encontraban certificados con la ISO 9001, muy por encima de la media del conjunto de centros residenciales vascos, como podemos ver en el *gráfico 8*. a continuación (Allur *et al.*, 2013), lo que demuestra el impacto del estándar en el sector.

Gráfico 8. Centros gerontológicos certificados con ISO 9001 en el País Vasco, 2013 (%)



Fuente: Obtenida de Allur *et al.*, 2013.

⁶⁰ ISO 9001:2008

Modelo EFQM-Excelencia

Tal como señalan Heras *et al.*, (2006a, p.5), “según se ha podido constatar en los diferentes trabajos de campo que han realizado en los últimos años, el modelo EFQM también comienza a introducirse en el sector residencial de atención para personas mayores”. Atendiendo a lo mencionado por algunos autores, este modelo EFQM, que engloba los principios de calidad total vistos anteriormente, se considera un modelo más adecuado para ser implantado en un sistema de servicios residenciales ya que es más completo y entiende que la calidad implica tanto la satisfacción de sus usuarios, como la de los profesionales que trabajan en cada servicio, así como ser conscientes del impacto que produce el servicio en la sociedad (Sánchez Pérez, 2003). A grandes rasgos, podemos ver las diferencias más importantes entre los modelos ISO 9001 y EFQM en la *tabla 4*.

Tabla 4. Principales diferencias entre los modelos ISO 9001 y EFQM.

ISO 9001	EFQM
Centrada en procesos y servicios concretos	Centrada en la organización en su conjunto
Marca mínimos	Se centra en la mejora continua hacia un horizonte de excelencia
Se obtiene la certificación o no	Se obtiene una puntuación entre 0 y 1000
Identifica no conformidades con los requisitos establecidos	Identifica puntos fuertes y áreas de mejora para continuar impulsando la mejora

Fuente: Obtenida de Sacanell, Gómez-Tejedor, Arriola y García, 2010

Así pues, el modelo EFQM tiene en consideración los resultados que genera la actividad desarrollada en este ámbito sobre los diferentes grupos de interés identificados⁶¹, como son en primer lugar las personas mayores y sus familias pero también los profesionales del servicio tal y como acabamos de mencionar, así como el cliente institucional, las Administraciones como concertadores del servicio, regulador de la actividad y garante de la adecuada prestación, tal y como hemos venido viendo. Estos grupos de interés coinciden en subrayar que es el sistema de calidad EFQM el que perciben que tiene más impacto en su satisfacción, siendo en el cliente institucional en el que más intensamente repercute este modelo, por lo que está altamente considerado (Leturia, 2010). Es esta la razón por la cual, como veremos, el modelo EFQM es el que se ha sido promoviendo más intensamente entre las Administraciones vascas recientemente.

Otra de las características reseñables de este modelo EFQM es que, al contrario de lo que hemos visto con el estándar ISO 9001, no se obtiene certificación alguna. La forma de situarse de este modelo de tipo prescriptivo no es dicotómica sino que implica tener una referencia con la que guiarse que va mucho más allá de unos mínimos a cumplir, planteándose un horizonte de mejora continua hacia la excelencia en la gestión del

⁶¹ Los grupos de interés identificados por el modelo EFQM son: propietarios, clientes, personas de la organización y la sociedad en general.

servicio residencial (Sacanell *et al.*, 2010). Esta es una de las razones por la que, como veremos, hay residencias que tras haber obtenido la certificación ISO 9001 han optado por seguir el camino del modelo EFQM, ya que este supone un esquema más amplio y completo de gestión, con la intención de ir más allá en la búsqueda de la mejora del servicio ofrecido con el objetivo de convertirse en una organización excelente⁶². Por lo tanto, a diferencia del estándar internacional, no solo se centra en el cumplimiento de unos requisitos mínimos sobre los procesos y servicios relativos al sistema de gestión de calidad, sino que se fundamenta en una serie de 9 criterios, con sus correspondiente subcriterios, que presentan una serie de recomendaciones para guiar a la organización en su conjunto (Leturia, 2010), orientándola hacia una excelencia sostenida poniendo en conocimiento la relación entre lo que la organización hace y los resultados que alcanza. Para que los responsables de las organizaciones puedan entender esta relación causa-efecto el modelo plantea los 9 criterios mencionados diferenciando cinco “Agentes facilitadores” (*Liderazgo, Estrategia, Personas, Alianzas y recursos, y Proceso, productos y servicios*), referidos a lo que hace la organización y cómo lo hace, además de otros cuatro llamados “Resultados” (*Resultados en los clientes, Resultados en las personas, Resultados en la sociedad y Resultados clave*), que prueban los éxitos obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés en relación al nivel de cumplimiento del plan estratégico establecido. Es importante subrayar que estos criterios no representan unos requisitos a cumplir, no establecen único camino que la organización debe seguir, sino que guían el proceso de cambio del centro residencial de acuerdo a su situación y características (Sacanell *et al.*, 2010; www.isotools.com, 2015). De una manera más gráfica, podemos ver a continuación el esquema del modelo EFQM, anteriormente visto, dónde se representan los criterios junto con el peso que tienen en el conjunto del modelo.



Fuente: www.efqm.es

⁶² Sacanell *et al.* (2010) define organización excelente como “las organizaciones excelentes logran y mantienen niveles superiores de rendimiento que satisfacen o exceden las expectativas de todos sus grupos de interés”.

Uno de los aspectos más destacables de este modelo es que a través de estos criterios, y en base a una ponderación ya predeterminada, el modelo permite la autoevaluación por puntos del propio centro residencial a través de sus diversas áreas y en consecuencia ayuda a establecer planes de mejora basados en hechos objetivos, además de la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar. Para ello, para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada «lógica REDER»: *Resultados, Enfoque, Despliegue y Evaluación y Revisión* (Barbero *et al.*, 2008; www.isotools.com, 2015). Estos conceptos desarrollan uno de los elementos básicos ya vistos de la gestión de calidad, la Mejora Continua a través del ciclo PDCA (Planificar, Ejecutar, Comprobar y Actualizar), que nos ayudará a orientar la reflexión sobre cómo se encuentra el centro en relación a sus objetivos.

Del mismo modo que el modelo EFQM puede utilizarse para que el propio centro conozca sus puntos fuertes y los aspectos a mejorar, el esquema del modelo también se utiliza para la evaluación externa y posterior reconocimiento como organización excelente. Centrándonos en los reconocimientos otorgados en nuestro territorio, el Gobierno Vasco tiene puesto en marcha una serie de reconocimientos autonómicos gestionados por Euskalit (www.euskalit.net), Fundación Vasca para la Excelencia, destinados a premiar la labor de las organizaciones vascas en este sentido. Una vez más, al igual que años atrás ocurrió con las certificaciones ISO, la labor prescriptora de la Administración Pública ha jugado un papel importante en estos resultados, otorgando numerosos reconocimientos a organizaciones vascas de diversos sectores, como la *Q de Plata* destinada a premiar la labor de las organizaciones que en evaluación externa realizada por el Club de Evaluadores de Euskalit superan los 400 puntos del modelo de autoevaluación EFQM, y la *Q de Oro* o el Premio Vasco a la Calidad de Gestión, reconocimiento que se otorga a quienes superan los 500 puntos en las evaluaciones externas, sin olvidar los numerosos *Diplomas de Compromiso con la Calidad Total/Excelencia*, el reconocimiento básico que Euskalit concede a aquellas organizaciones que se comprometen a realizar un plan de mejora de la gestión durante 3 años, plan que les permitiría estar en condiciones de alcanzar el reconocimiento Q plata en dicho plazo de tiempo (Barbero *et al.*, 2008; Sacanell *et al.*, 2010). Entre los centros residenciales gipuzkoanos la Fundación Matia se convirtió en la primera residencia para mayores de Gipuzkoa en ser reconocida al obtener en el año 2004 la Q de Plata por su nivel de desarrollo notable en la excelencia de su gestión, y posteriormente recibiendo en el año 2006 la mencionada Q de Oro como organización excelente. Años más tarde, en el 2011, también la Fundación Zorroaga de San Sebastián era reconocida en su labor en relación a la excelencia en la gestión obteniendo la Q de Plata. En la actualidad, todos los centros y servicios tanto de la Fundación Matia como de la Fundación Zorroaga, así como muchos otros de nuestra provincia, se gestionan siguiendo el modelo EFQM pese a que solamente los mencionados hayan obtenido reconocimientos en estos últimos años (páginas web de Fundación Zorroaga y Fundación Matia, 2015).

Analizando a grandes rasgos la evolución que han tenido los dos principales modelos generalistas sobre Gestión de la Calidad, ISO9001 y EFQM, entre los centros residenciales para mayores guipuzcoanos, podemos afirmar que en la medida en que el entorno llevó a más y más residencias a obtener la certificación ISO, esta fue perdiendo su carácter de diferencia competitiva y en este sentido el modelo EFQM ha supuesto, y en la actualidad supone, un mejor posicionamiento como entidades gestionadas con calidad (Sacanell *et al.*, 2010), llevando a muchas organizaciones del sector socio-sanitario que en su día fueron pioneras en la certificación ISO 9001 a modelos de calidad total mucho más exigentes tanto en la literatura académica como profesional (Casadesús, Heras y Merino, 2005).

Modelos específicos del sector

Tal y como hemos comentado anteriormente, a pesar de la gran difusión en el sector de estos modelos de Gestión de Calidad genéricos, no ha habido un desarrollo paralelo suficiente en cuanto a modelos dirigidos específicamente a la asistencia residencial, por lo que las escasas iniciativas surgidas no han tenido a penas éxito entre los centros guipuzcoanos. Como ejemplo de esta situación tendríamos la ya mencionada norma UNE 158101, que a pesar de que en un principio se desarrolló con la intención de ser la principal referencia de calidad en el sector debido a su objetivo de especificar los requisitos mínimos de un centro residencial para garantizar la prestación del servicio (Leturia, 2010), esta no tuvo la aceptación prevista en un principio. El elevado coste de su implantación y posterior certificación, unida a la no exigencia de las administraciones las cuales no han ejercido el labor promotor antes comentado, ha hecho que la norma no haya tenido la difusión esperada y se haya optado por modelos más reconocidos como los que acabamos de ver. Entre los centros que en su día sí la implantaron, el hecho de haber logrado previamente la certificación ISO 9001 fue de gran ayuda para adentrarse en la norma UNE 158001 (Heras *et al.*, 2006a) debido a su complementariedad y compatibilidad, dado que la implantación conjunta quedaba facilitada por compartir un importante número de requisitos integrándose en un único conjunto documental (Aenor, 2015). En Gipuzkoa fue el caso de la residencia Zorroaga de San Sebastián que tras su primera certificación ISO 9001 obtenida en el año 2003 logró también el certificado UNE de Gestión de Calidad de servicios en residencias de mayores un año después, de la misma forma que lo hizo años después en el 2008. Pero tal y como comenta Iñigo, ex responsable del Departamento de Calidad de este centro de referencia en Donostia, y actualmente director de otro centro, “coincidiendo con la llegada de los años más complicados de la economía finalmente se dejaron ambas certificaciones por el alto coste que suponía su mantenimiento en el tiempo”, además de que, como hemos subrayado en el párrafo anterior, el reconocimiento externo estaba poco a poco perdiendo su eficacia en cuanto a imagen debido a que se popularizó en exceso y saturó el mercado (Allur *et al.*, 2013).

A pesar de esta notable falta de modelos o sistemas que tengan una relación directa con los objetivos propios del ámbito de actividad analizado/en el que nos encontramos, por el contrario, sí que se puede subrayar la existencia en el ámbito estatal de herramientas y

modelos interesantes de evaluación externa-autoevaluación directamente relacionados con los aspectos claves y con la calidad de atención de los servicios residenciales. Entre los más utilizados se encuentran modelos y herramientas como el modelo SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos), la guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores llamada “100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores” del grupo de trabajo sobre “Criterios de calidad asistencial en servicios socio-sanitarios para personas mayores” de la Sociedad española de Geriatria y Gerontología, la Escala Fumat para la evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores y el Modelo de garantía de calidad SiiS – Kalitatea Zainduz, herramientas para la evaluación y asesoría técnica externa que aportan elementos de análisis, evaluación y diagnóstico de la realidad del centro y que facilita la elaboración de planes de mejora en línea a enfoques arquitectónico/ambientales, a buenas prácticas profesionales y garantizar los derechos y calidad de vida de los usuarios (Leturia, 2010 y Heras *et al.*, 2006a). Entre ellos, en Gipuzkoa merece una especial mención el Sistema de Garantía de Calidad-Kalitatea Zaiunduz, *Manual de aplicación en residencias para personas*, creado a finales de los noventa por el Centro de Documentación y Estudios SIIS dependiente de la Fundación Eguía-Careaga y basado en el modelo británico HAFLI (“Homes Are For Living In”) traducido al español como “Las Residencias son para vivir” (Leturia, 2010; Heras *et al.*, 2006a). El Proceso de Garantía de Calidad Kalitatea Zainduz se inscribe en una filosofía que pone el énfasis ya no solamente en los aspectos organizativos, sino que se centra en el respeto de los derechos de los residentes⁶³ y en los aspectos cualitativos de la atención, teniendo como finalidad el garantizar la mejora continua de la calidad del centro definiendo cualquier aspecto susceptible de mejora, a través de una serie de 235 recomendaciones evaluables, para después proponer, debatir y acordar cambios dirigidos a alcanzar esas mejoras. Kalitatea Zainduz tiene la particularidad de garantizar la participación activa del conjunto de los grupos de interés directa o indirectamente implicados en la vida residencial, al igual que hemos visto con el modelo de excelencia EFQM el cual también fue revisado para desarrollar este sistema (SIIS 2009; Leturia, 2010). Sin embargo, y a pesar de ser un sistema exclusivamente diseñado para el ámbito residencial, no son muchas las organizaciones que optaron por este modelo de gestión, siendo siete centros en el País Vasco las únicas organizaciones acreditadas según

⁶³ Los derechos en los que se fundamenta la evaluación son los siguientes: 1. Intimidad: Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir continuas intromisiones en sus asuntos personales. 2. Dignidad: Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso. 3. Independencia: Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado. 4. Libertad de elección: Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones. 5. Satisfacción: Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana. 6. Conocimiento y defensa de sus derechos: Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y de ciudadano, y oportunidad de ejercerlos + son evaluados en los siguientes ámbitos: 1. Aspectos materiales 2. Atención personal 3. Forma de vida 4. Relaciones personales 5. Relaciones con el exterior 6. Organización, funcionamiento e información 7. Forma de trabajar en la residencia (SIIS, 2009).

estudio de Iradi *et al.* (2005), entre las que se encuentran los centros de la Fundación Matia de San Sebastián.

Heterogeneidad en la implantación: éxito vs fracaso

Para concluir con lo visto en este punto, y en general en esta parte de mi TFG dedicado a la calidad y los Sistemas de Gestión de Calidad implantados en los centros residenciales guipuzcoanos, me parece adecuado mencionar brevemente el debate existente a cerca de la idoneidad de implantar en este sector del ámbito socio sanitario los modelos genéricos más extendidos por los diferentes sectores económicos como han sido el estándar ISO 9001 y el modelo EFQM. Según algunos de los autores que representan las voces más críticas hacia los modelos generalistas, la idea de que existan estándares de calidad aplicables a todo tipo de sectores resulta descartable debido a que no se persiguen los mismos fines. En muchas ocasiones estos estándares han sido criticados por su tendencia a la burocratización y su excesiva rigidez además de centrarse más sobre la calidad en la gestión y no tener tanto impacto sobre las personas, utilizándose recursos en tareas que deberían orientarse hacia la calidad de la atención ofrecida (Heras *et al.*, 2006ab). En cambio, según la opinión de un panel de expertos del ámbito de los servicios residenciales para mayores, existe una total unanimidad al afirmar que la irrupción de los modelos genéricos de calidad como ISO 9001 o el modelo EFQM en el ámbito de las residencias para personas mayores resulta positivo.

La clave de todo esto está en cuáles son las motivaciones y cómo integra la norma o modelo en el día a día del centro (Heras *et al.*, 2006a), ya que esto no es algo homogéneo sino que existe una notable heterogeneidad en cuanto a la interiorización de estas normas por parte de los centros residenciales y esta es la razón por la que en unos centros ha supuesto un impacto muy positivo y en cambio otros han fracasado en su implantación. En la organización se debe de reconocer que la implantación de un modelo de Gestión de Calidad, y en general el orientar la actividad y su gestión hacia la calidad y su mejora, es un proceso lento y laborioso debido a que exige un importante cambio de estilo, actitud, desempeño del trabajo y que necesita de la implicación de todos y cada uno, siendo determinante en este aspecto la actitud de los responsables y la voluntad de cambio de los profesionales del centro para tratar de compaginar los derechos de los residentes y la calidad asistencial que se ofrece, con los requerimientos organizativos orientados al cliente (Leturia, 2010). Pero en muchos de los casos esto no ha sido así y tal y como Allur *et al.*, (2013: p. 1) sostiene al referirse a cómo las diferentes organizaciones afrontan la implantación del estándar ISO, “las organizaciones que mejor han interiorizado este modelo internacional de Gestión de la Calidad han sido las que no perseguían obtener el certificado como principal motivación”, siendo este uno de los principales errores que han conducido a las residencias al fracaso en su intento de implantar un Sistema de Gestión de Calidad, ya que estas normas y estándares no ha tenido la suficiente adecuación a su estructura y en consecuencia no han mostrado indicios de mejora llevándoles finalmente al abandono. En estos casos la implantación se ha entendido como una actividad funcional específica de la empresa a

cargo de unas personas determinadas, en lugar de como una función transversal dentro de la actividad de dirección y gestión de la organización, que implica a todos y cada uno, por lo que la norma, su certificación o reconocimiento, se ha entendido como un objetivo y no como un medio para mejorar la gestión de la organización, y lo que es el verdadero objetivo final, mejorar la calidad del servicio, la calidad asistencial ofrecida y en definitiva lograr la máxima calidad de vida posible entre sus residentes (Leturia, 2010; Allur *et al.*, 2013).

-SEGUNDA PARTE-

HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES

Capítulo 1. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

1.1 – INTRODUCCIÓN.

De usuario a cliente.

Tal y como hemos venido observando a lo largo de la primera parte de mi Trabajo de Fin de Grado, cuando hemos hablado de gestionar la calidad de una organización en un ámbito tan especial como en el que centramos este trabajo, hemos llegado a la conclusión de que lo verdaderamente clave de estos nuevos sistemas ha sido que tuviera un impacto directo, unos resultados positivos, que aportase en la consecución del objetivo final actualmente compartido por todos y cada uno de los centros. Este objetivo final, la misión o razón de ser de este tipo de organizaciones, no es otra que mejorar la calidad de vida a sus residentes, y de forma indirecta también a sus allegados, a través de incrementar su bienestar, generando conocimiento y servicios personalizados que promuevan sus derechos reconocidos tales como la autonomía y dignidad (web de Fundación Zorroaga y Matia, 2016). Tal y como apunta San Miguel (2011), es importante subrayar que considerando el tipo de usuario que nos ocupa, y debido al tipo de asistencia que necesita, la calidad de la atención recibida es casi siempre sinónimo de calidad de vida, y que por ello su grado de satisfacción respecto a

los diferentes servicios que recibe en el centro residencial acostumbra a ser el resultado de su satisfacción global, es decir, su satisfacción con la vida en el centro.

Este objetivo se ha ido definiendo a través del tiempo con el ya comentado cambio de orientación experimentado por el sector en la transición del siglo XX al siglo XXI, modificándose la tradicional percepción que se tenía en el sector sobre su público objetivo, pasando de ser considerados simples usuarios de un servicio a ser considerados clientes de este, con necesidades personales, exigentes, conscientes de sus derechos y con unas expectativas preestablecidas (Llecha i Sabate, 2008). Este hecho ha sido provocado por la evolución que ha experimentado el conjunto de personas mayores de 65 años tal y como que hemos visto en la primera parte del TFG, tradicionalmente considerado un segmento con necesidades homogéneas, pasando a ser percibido como un segmento muy heterogéneo, con diferentes necesidades de atención a satisfacer.

En primer lugar y como premisa fundamental, la asunción, reconocimiento y respeto de los derechos de los residentes, los cuales anteriormente ni se mencionaba en las normativas ni se explicitaban en la práctica residencial, ha pasado a ser considerado como el punto de referencia de los cuidados y servicios proporcionados en los centros residenciales, formalizándose con la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales de la CAPV, en su disposición adicional tercera, donde obligaba al Gobierno Vasco a elaborar una Carta en la que se recogieran los derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los Servicios Sociales. Esta norma impuso, tanto a los centros privados como públicos, la obligación de promover las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos de las personas usuarias, definidos finalmente en la nueva Ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008, de 5 de diciembre (San Miguel, 2011), como vemos en la siguiente tabla.

Tabla 5. Derechos de las personas usuarias de los Servicios Sociales en la CAPV.

a) Derecho a acceder a los Servicios Sociales en condiciones de igualdad, dignidad y privacidad.
b) Derecho a la confidencialidad.
c) Derecho a la autonomía.
d) Derecho a dar o a denegar su consentimiento libre y específico en relación con una determinada intervención, debiendo ser otorgado el consentimiento por escrito cuando la intervención implique ingreso en un servicio de alojamiento o en un centro residencial.
e) Derecho a dar instrucciones previas para situaciones futuras de incapacidad respecto a asistencia o cuidados que se le puedan procurar y derecho a la auto tutela.
f) Derecho a renunciar a las prestaciones y servicios concedidos, salvo lo dispuesto en la legislación vigente en relación con el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico y en relación con la tutela de personas menores de edad.
g) Derecho a disponer de información suficiente, veraz y fácilmente comprensible, sobre las intervenciones propuestas, sobre los Servicios Sociales disponibles y sobre los requisitos necesarios para acceder a los mismos.
h) Derecho a tener asignado un profesional de referencia, que procure la coherencia, integralidad y continuidad del proceso de intervención.
i) Derecho a que se realice, en plazos razonables de tiempo, una evaluación o diagnóstico de sus necesidades, a disponer de dicha evaluación por escrito, en un lenguaje claro y comprensible, y a disponer, en un plazo razonable, de un plan de atención individualizada.
j) Derecho a participar, individual o colectivamente, en las decisiones que les afecten y en el funcionamiento de los servicios, y a acceder a los cauces de información, sugerencia y que ha que permitan el ejercicio efectivo y la defensa de sus derechos.
k) Derecho a escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso en función de su disponibilidad, atendiendo a la orientación y a la prescripción técnica de los profesionales.
l) Derecho a ser atendidas, en función de su propia preferencia, en cualquiera de los idiomas oficiales de la CAPV.
m) Derecho a la calidad de las prestaciones y servicios, de acuerdo con los requisitos materiales, funcionales y de personal que se determinen.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008 (artículo 9).

También podemos acudir a la norma UNE 158101 para la gestión de centros residenciales para personas mayores, citada en la primera parte de este TFG, donde de una forma más detallada proponen los derechos y deberes de los residentes en este tipo de centros. El objetivo final es que los residentes mantengan la posibilidad de ejercer los derechos que ya tenían en su vida antes de su ingreso en la residencia, aunque varíe la forma de hacerlo debido a que se trata de un lugar en el que conviven muchas personas y en el que trabajan otras muchas, por lo que también existe una organización tratando de garantizar el funcionamiento del conjunto, definiendo los límites dentro de los cuales

cada uno puede ejercer sus derechos, especialmente si tenemos en cuenta que a la diversidad de los intereses grupales y sus derechos, se suman los muy variados intereses individuales y sus diferentes necesidades que el centro trata de satisfacer (SIIS, 2001).

En la actualidad, a raíz de la difusión de modelos o sistemas de calidad, los residentes usuarios de los servicios de atención prestados en los centros se han definido como uno de los grupos de interés, seguramente el más importante, de este ámbito, por lo que la consideración de sus necesidades y expectativas se ha vuelto clave en el desarrollo de las actividades (Leturia, 2010), adoptando los centros residenciales una filosofía de marketing anteriormente desconocida. Con la implantación de estos nuevos sistemas se ha favorecido la orientación al mercado por parte de las residencias para personas mayores permitiendo a los centros alcanzar ventajas competitivas mediante la consecución de clientes más satisfechos (San Miguel, 2011), pero tal y como hemos visto, estos modelos y sus certificaciones no garantizan lo verdaderamente valorado por sus clientes como es la calidad de la atención, lo que promueve que los centros tengan que trabajar sobre este aspecto. En definitiva y como veremos, las residencias tienen que tratar de involucrar al usuario, que sea participe activo del servicio y que su opinión sobre la percepción que tienen de su calidad sea tenida en cuenta para la mejora y adaptación continua (Medina, 1999).

1.2 – EXPECTATIVAS Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

Grado de satisfacción como eje del funcionamiento

Si por calidad entendemos todas las formas a través de las cuales la organización, Centro o Servicio, satisface las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, el grado de satisfacción de éstos, y en especial el de los residentes, será sin duda un indicador clave de gestión. Actualmente, tal y como hemos visto con los Sistemas de Gestión de Calidad que incorporan los principios de la calidad total, el eje sobre el que se determina la calidad de la prestación ofrecida en un centro residencial es la satisfacción del cliente, la propia percepción de la atención en relación con las expectativas, la calidad percibida por el usuario, y este debe de ser un elemento a incorporar en el proceso de mejora permanente del servicio, definiéndose así la orientación al cliente como elemento central de la actividad desempeñada. La percepción del usuario es, por tanto, una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar continuamente la calidad de la asistencia (Leturia, 2010).

La calidad de servicio implica superar las expectativas que previamente el cliente se ha forjado y estas expectativas condicionarán su nivel de satisfacción. Por ello, relacionándolo con lo mencionado con anterioridad, podemos deducir que el éxito a largo plazo de los modelos de gestión basados en la calidad dependerá de la existencia de fuertes vínculos con las actividades de marketing, especialmente en lo referente a

investigación de las necesidades de los clientes, a la evaluación de la competencia y al análisis del entorno, que permitan asegurar la incorporación de estas expectativas a los procesos internos de la organización (San Miguel, 2011).

Para ello, junto con la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad, los centros residenciales deben incorporar una serie de herramientas que ayuden a gestionar esta información tan valiosa sobre la que debe de girar el Sistema de Gestión de Calidad y el centro en general con el fin de mejorar su funcionamiento y conseguir los objetivos establecidos. La siguiente tabla refleja esta realidad de que a pesar de que los principales modelos o normas de Gestión de Calidad tienen un alto impacto sobre la mejora de la calidad del servicio propiamente dicho, por si mismos no logran el mismo impacto sobre la calidad de la atención o la satisfacción final del cliente, las personas mayores.

Tabla 6. Impacto de los modelos de Gestión de Calidad sobre la calidad del servicio y la satisfacción de los grupos de interés.

SISTEMAS HERRAMIENTAS	Calidad del servicio	Personas mayores satisfacción	Familias satisfacción	Cliente institucional satisfacción
ISO	ALTA	MEDIA	MEDIA	MEDIA
EFQM	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
UNE 158101	ALTA	MEDIA	MEDIA	MEDIA

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tabla de Leturia (2010, p. 20)

De acuerdo con lo que sostiene Leturia (2010) las herramientas complementarias a los Sistemas de Gestión de Calidad deben de ser facilitadores y soporte para las buenas prácticas profesionales, de las actividades, atenciones y cuidados que perciben, que es lo que los clientes aprecian. Vamos a ver a continuación, en el siguiente capítulo de esta segunda parte del Trabajo de Fin de Grado, los instrumentos o herramientas con mayor aceptación en el sector residencial, muy utilizadas también por las residencias guipuzcoanas, que aunque no tengan un reconocimiento por su Gestión de la Calidad sí que han adoptado estas herramientas debido a su gran utilidad.

Capítulo 2. HERRAMIENTAS PARA FOMENTAR Y ANALIZAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

2.1 – INTRODUCCIÓN.

Son muchas y muy variadas las herramientas o técnicas que complementan una Gestión de Calidad por parte de un centro residencial para personas mayores, como aquellas que acompañan los principios de mejora continua y gestión por procesos vistos en capítulos anteriores, promovidos por la norma ISO 9001 y modelo EFQ, como los mapas de procesos, cuadros de mando integrales, diagrama de flujos, diagramas causa-efecto, equipos de mejora o el método de las 5S⁶⁴, por poner algunos ejemplos.

También la formación continua del personal es considerada desde los inicios de la Gestión de la Calidad en este ámbito una herramienta fundamental para el éxito en la implantación y adecuada interiorización de un Sistema de Gestión de Calidad, tal y como ya sostenía Medina (1999) afirmando que “serán los procesos formativos que se instauren los únicos que podrán contribuir a reducir la tensión organizativa y a favorecer la implantación de sistemas de calidad”. Aunque no hemos ahondado en este tema, es importante subrayar que, tal y como defienden la totalidad de los autores y estudios analizados para realizar este trabajo, el personal trabajador de la organización son los actores activos que con su labor ponen en práctica el Sistemas de Gestión de Calidad tratando de adaptarlo a la cultura de la organización y a la actividad del día a día, por lo que su implicación en los procesos de adopción de estos nuevos modelos resulta vital para que los Sistemas de Gestión de Calidad aporten un valor real al centro residencial y se consigan resultados finales en el incremento de la calidad de vida y satisfacción vital del residente. Para lograr esta implicación y motivación del personal en el desarrollo de los modelos de calidad, la formación continua se sitúa como una herramienta imprescindible, no solo en la fase inicial sino a lo largo de todo el proceso de mejora continua, para poder ir adquiriendo habilidades que le permitan comprender y mejorar su práctica logrando de esta forma la actitud necesaria de compromiso y participación

⁶⁴ Pequeña definición de estas herramientas o técnicas según Allur *et al.*, (2013): Cuadro de Mando Integral - *Balanced Scorecard Dashboard*: permite al centro monitorizar sus objetivos. Es una herramienta que ayuda a las organizaciones a expresar las iniciativas necesarias para el cumplimiento de sus estrategias. Diagrama de Flujos - *Diagrama de Actividades*: Herramienta que representa gráficamente los procesos de la organización al igual que un mapa de procesos, pero utilizando símbolos con significados definidos que representan los pasos del proceso, el flujo de la actividad. Los Grupos de Mejora: tienen como finalidad el identificar, analizar y proponer soluciones a ineficiencias del propio trabajo o actividad. Método de las 5S - así denominado por la primera letra del nombre que en japonés designa cada una de sus cinco etapas: es una técnica de gestión japonesa basada en estos cinco principios simples: clasificación, orden, limpieza, estandarización y mantener la disciplina

(Medina, 1999; Cruz *et al.*, 2007; Duque Carro, 2012; Allur *et al.*, 2013). Tal y como sostiene San Miguel (2011, p. 477) “tanto la satisfacción del personal como su adecuada formación son factores que facilitarán la consecución de la satisfacción de los residentes”.

Por último también destacar los ya mencionados métodos de evaluación externa de centros, que pueden ser utilizadas como herramientas complementarias de los modelos de calidad ya que están directamente relacionados con aspectos claves y con la calidad de atención de los servicios residenciales. Estas herramientas de evaluación, como el Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA) o la utilización de la Escala Fumat para la evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores aportan elementos de análisis, evaluación y diagnóstico de la realidad, facilitando la elaboración de planes de mejora en línea a enfoques arquitectónico/ambientales, de buenas prácticas profesionales y garantizando los derechos y calidad de vida de los usuarios (Leturia, 2010).

Todas estas técnicas y herramientas favorecer los procesos de mejora y ayudan a incrementar el grado de satisfacción final de los clientes, pero en este Trabajo de Fin de Grado vamos a centrar la atención en aquellas herramientas que más han contribuido a mejorar la imagen, y por tanto las expectativas y la satisfacción general, sobre los servicios y la atención prestada en los centros residenciales, como son las Cartas de Servicio y los Manuales y Protocolos de Buenas Prácticas. También he querido hacer una pequeña mención de una herramienta llamada PAI (Plan de Atención Individualizada) de la que personalmente tuve conocimiento por primera vez en una charla con el anterior responsable del Departamento de Apoyo a la Calidad de la Fundación Zorroaga, Iñigo Fernández Picazarri, y de la que parece ser un claro exponente de la actualmente buscada atención personalizada que tanto valoran tanto los usuarios como sus familias. Por último, daremos un especial protagonismo a las Encuestas de Satisfacción, por ser una de las herramientas más conocidas, extendidas y utilizadas por los diferentes ámbitos económicos, instaurándose también en el sector socio-sanitario y convirtiéndose en herramientas fundamentales con las que poder conocer más directamente los grados de satisfacción e insatisfacción de usuarios, familiares y también profesionales de los centros residenciales para personas mayores, recogiendo información sobre el grado de cumplimiento de las expectativas de sus clientes ante un servicio ofrecido o la valoración de un conjunto de circunstancias (Allur *et al.*, 2013).

2.2 – HERRAMIENTAS PARA FOMENTAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

2.2.1. LAS CARTAS DE SERVICIO.

Las cartas de servicios se han convertido en la actualidad en uno de los instrumentos más utilizados tanto por las administraciones públicas como por las

empresas privadas, para comunicar a sus usuarios los servicios que prestan y los compromisos que asumen en su prestación, y se han constituido como una iniciativa fundamental para la modernización de la gestión de numerosas organizaciones, siendo cada vez son más aquellas que en el ámbito socio-sanitario tienen establecidas sus cartas de servicios (Heras y Martiarena, 2007).

De acuerdo con la definición realizada por López de Foronda (2003, p. 121) las cartas de servicios son “documentos públicos que dan a conocer los servicios que ofrece una organización y que expresan los compromisos de calidad que adquiere con los usuarios, estableciendo estándares para los servicios, indicadores de calidad y normas de acceso y atención al usuario”.

En una residencia para personas mayores las cartas de servicios deberían de recoger los objetivos establecidos en el centro, las características generales de los servicios ofrecidos⁶⁵, las personas destinatarias, las necesidades a las que responde, los compromisos de calidad adquiridos, las formas de participación y colaboración por parte de los usuarios, la posibilidad de formular las quejas y sugerencias que estimen convenientes, y los cauces para obtener información más detallada sobre la residencia; siendo el objetivo principal de todo ello el conseguir que los usuarios actuales y potenciales, y la sociedad en general, conozcan los servicios que pueden esperar y demandar del centro, y los compromisos de calidad y de mejora continua de los servicios que la organización ofrece (San Miguel, 2011).

Recordando lo mencionado anteriormente en el capítulo dedicado la gestión y aseguramiento de la calidad en los centros residenciales guipuzcoanos, en el año 2006 la Diputación Foral aprobó y publicó el Catálogo de Servicios Residenciales para Personas Mayores de Gipuzkoa, suponiendo un punto de inflexión en la exigencia de unos servicios de obligada prestación por parte de todas las residencias concertadas. Este catálogo o carta de servicios, creado por un grupo de trabajo constituido por técnicos del Departamento para la Política social y de la Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología (Zahartzaroa), incluía entre las obligaciones la prestación de una serie de servicios⁶⁶, la identificación de unos procesos clave⁶⁷ para la atención residencial y unos indicadores de seguimiento unidos a unas ratios mínimas para los profesionales de atención directa y socio sanitaria (Lekuona *et al.*, 2010). Tal y como se define en su presentación de la página tercera “este catálogo de servicios residenciales para personas mayores define el conjunto de servicios a proveer a las personas, junto al objetivo de aseguramiento de la calidad asistencial y al de la homogeneización de esa calidad en

⁶⁵ También sería oportuno señalar los requisitos de acceso, la relación contractual, el detalle de los horarios y los recursos materiales con los que se cuenta como, por ejemplo, ubicación, capacidad, dimensión, estructura, tecnología y equipamientos básicos del centro residencial

⁶⁶ Servicios hosteleros, Servicios de cuidados personales y Atención individual personalizada, Servicios sanitarios, Servicios psicosociales y Servicios de información/atención y participación al usuario y la familia

⁶⁷ Procesos clave como: Ingreso en el centro y adaptación, Valoración y diseño del Plan Individual de Atención, Desarrollo de plan de cuidados y el Proceso de fin del servicio.

todos los centros residenciales para personas mayores tanto públicos como privados concertados en Gipuzkoa”.

Pese a que la aprobación de este catálogo supuso un gran avance respecto a otros intentos de regulación anteriores, además de considerarse un instrumento poco exigente a la vez que muy interesante para un centro residencial independientemente de su tamaño (Heras *et al.*, 2007), ya que las cartas de servicios suponen, tal como señala López de Foronda (2003, p. 124), “un paso importante en la garantía de los derechos de los ciudadanos, debido a la explicitación de compromisos concretos de calidad en la prestación de los servicios”, en los centros residenciales de la CAPV parecen no estar suficientemente implantadas (San Miguel, 2011), y solamente unas pocas residencias guipuzcoanas tienen su cartera de servicios certificada⁶⁸ con lo que poder asegurar que esta herramienta no es una mera declaración de intenciones, olvidando el verdadero compromiso que supone en la asunción de compromisos de calidad que satisfagan las expectativas de los residentes (Aenor, 2015).

2.2.2. MANUALES DE BUENAS PRÁCTICAS

Para poder hablar de ausencia de deficiencias, tenemos que intentar definir en primer lugar qué es lo que se considera apropiado tanto en la gestión con los ya comentados estándares de calidad, como en este caso cuando nos referimos al cuidado y atención de una persona con las guías o manuales de buenas prácticas. Este instrumento, en ocasiones consideradas normativas, establece cuál sería el modelo ideal y teórico de actuación con el que poder comparar la práctica cotidiana con el mejor nivel de calidad de atención posible, ajustadas a las necesidades de bienestar a cubrir para el segmento de población atendida (Medina, 1999), tratando de esta forma de garantizar los niveles mínimos de calidad en la atención.

El objetivo principal de los manuales de buenas prácticas es el normalizar y por lo tanto homogeneizar dentro de lo posible los procedimientos de actuación del personal de atención directa con la intención de evitar actitudes inadecuadas, improvisaciones e inseguridades que afecten negativamente tanto a los usuarios como al propio personal trabajador del centro (San Miguel, 2011).

La buena práctica en un centro residencial es entendida como la aplicación de forma sistematizada y protocolizada de la técnica y el conocimiento profesional y en función de los principios y derechos que asisten a los residentes, para desarrollar los programas de intervención (Diputación Foral de Bizkaia, 2005), recogidos en las cartas de servicios vistas anteriormente. Su éxito dependerá del convencimiento propio de la necesidad de mejorar los servicios ofrecidos y la necesidad de ajustarse continuamente a los cambios del entorno para satisfacer las necesidades y exigencias cambiantes, por lo que se considera un documento abierto y continuamente mejorable (San Miguel, 2011).

⁶⁸ La norma certificable UNE 93200 especifica los requisitos mínimos del contenido y del proceso de elaboración, seguimiento y revisión de las cartas de servicios, tanto de las organizaciones públicas como de privadas (Aenor, 2016).

Una de las técnicas conocidas para esta mejora continua de los manuales de buenas prácticas sería el llamado Benchmarking o Evaluación Comparativa. De acuerdo con Casadesús (2005) “es una técnica para buscar las mejores prácticas que se pueden encontrar fuera o a veces dentro de la empresa, en relación con los métodos, procesos de cualquier tipo, productos o servicios, siempre encaminada a la mejora continua y orientada fundamentalmente a los clientes”. Podemos considerarla por lo tanto, junto con los manuales de buenas prácticas, una herramienta muy adecuada para poder fomentar la satisfacción de los usuarios de un centro residencial de manera continua.

2.2.3. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI).

Desde que el sector socio sanitario, y más concretamente el ámbito de atención residencial que nos ocupa, tomase una orientación centrada en las necesidades de la persona, se establecieron como objetivos el desarrollo personal y autónomo, la calidad de vida y el máximo grado de integración social de la persona, siempre intentado satisfacer sus necesidades más personales (Duque Carro, 2012). En la última ley vasca sobre servicios sociales del año 2008, en su artículo 8 se señala la atención personalizada como uno de los elementos clave en el modelo de atención e intervención, estableciendo también dicha ley que las personas usuarias tienen derecho a disponer de un profesional de referencia, de la evaluación o diagnóstico de sus necesidades y de un plan de atención personalizada.

Tal y como hemos visto al analizar las cartas de servicios, el Catálogo de Servicios Residenciales para Personas Mayores de la Diputación Foral de Gipuzkoa incluye entre sus procesos clave la valoración y diseño de un Plan Individual de Atención. Esta herramienta permite el desarrollo proceso sistemático e interdisciplinar que desde la buena práctica profesional tiene como finalidad el garantizar de manera integral el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de cada una de las personas usuarias. Para ello se debería de realizar una valoración geriátrica previa atendiendo a las áreas más relevantes de atención, una detección de necesidades y potencialidades, el planeamiento de objetivos concretos en el ámbito preventivo y asistencial, determinar y ejecutar programas y actividades necesarias para lograr dichos objetivos y por último realizar evaluaciones periódicas del cumplimiento de objetivos para plantear modificaciones o establecer nuevos objetivos (Diputación Foral de Bizkaia, 2015)

Tal y como indica Lekuona *et al.* (2010), en el año 2010, en la Comunidad Autónoma del País Vasco lo tenían diseñado en 42 residencias (79,2%), y en 11 de ellas (20,7%), no. Entre las que sí tienen diseñada y utilizan esta herramienta en la práctica actual del día a día se encuentra el centro residencial de Zorroaga, tal y como constaté personalmente en la visita que realicé a dicho centro en Junio del 2014. En dicha visita el responsable en ese momento del Departamento de Apoyo a la Calidad, Iñigo Fernández Picazarri, me lo remarcó como una de las herramientas más importantes que se utilizaban como exponente máximo de la atención personalizada, elemento de muchísimo valor entre los residentes y por supuesto entre sus familiares.

2.3 – HERRAMIENTAS PARA ANALIZAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

2.3.1. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.

Vamos a terminar de ver y analizar esta serie de herramientas que de una manera u otra tienen influencia directa sobre el grado de satisfacción de los usuarios de centros residenciales para personas mayores, con una de las más conocidas por todos nosotros dada su masiva utilización entre las organizaciones de los diferentes ámbitos económicos que conocemos. Hablamos de las Encuestas de Satisfacción, herramienta que a diferencia de las vistas anteriormente con un impacto directo en la mejora de la atención y por lo tanto influyen directamente en la satisfacción de los residentes, esta tiene la función de medir dicho grado de satisfacción y detectar áreas de mejora que alimenten los procesos y estrategias de mejora.

Hoy en día el papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos en un centro residencial para mayores son aspectos claves en la definición de la calidad, y su valoración resulta imprescindible para intentar conseguir una mejor adaptación a las necesidades y deseos de los residentes, logrando alcanzar de esta forma los objetivos establecidos (San Miguel, 2011). La participación activa que teóricamente se pretende obtener en este ámbito tanto de los usuarios como de sus familiares para desarrollar los servicios nunca sería posible si no se articulan los causes necesarios para ello, de forma que la percepción de la calidad de la que hablamos no sea algo efímero (Medina, 1999).

Por ello, el objetivo final de las encuestas de satisfacción sería por tanto detectar la presencia de insatisfacciones en la asistencia y diseñar propuestas para mejorar la atención a través de la valoración que el usuario manifieste del servicio recibido, o lo que es lo mismo, se trata de cuantificar la satisfacción de los residentes para asegurarse de que los procesos internos producen los efectos deseado y en caso contrario realizar las modificaciones pertinentes para conseguirlo. Si el servicio percibido por el cliente al menos iguala sus expectativas, éste estará satisfecho, en caso contrario el cliente quedará insatisfecho. La percepción del usuario es, en definitiva, una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la asistencia, aunque para ello también se debe tener en consideración las necesidades y expectativas de sus familias, del personal y de la Administración o entidades contratantes (Leturia, 2010; San Miguel, 2011).

Centrándonos en las encuestas de satisfacción dirigidas a los residentes, protagonistas principales a los que van dirigido los servicios y la atención prestada, con la finalidad de recoger esta información tan relevante el centro residencial realiza de forma periódica y sistemática una valoración de la percepción del mayor a través de la difusión de un cuestionario donde se valoran diferentes áreas del centro y elementos del servicio con la finalidad de medir y conseguir conocer su grado de satisfacción para más adelante realizar planes de mejora que permitan incrementar la calidad de los servicios prestados,

y en consecuencia también incrementar la satisfacción de los usuarios (Guillén y Pérez Madera, 2002). Primeramente se deberá establecer por escrito una metodología que detalle las herramientas e instrumentos a utilizar para determinar la satisfacción de los residentes, los responsables del proceso, la periodicidad, el análisis de los datos obtenidos y las propuestas de mejora (San Miguel, 2011) que más adelante se enmarcarán en la definición de una estrategia de mejora. Tal y como concluye en su estudio empírico San Miguel (2011, p. 482) “no existe un cuestionario tipo que sea utilizado por las residencias”, ni a nivel estatal ni local, por lo que pudo constatar que son muy diferentes entre sí, tanto en su diseño como en su contenido. Sin incidir demasiado en si unos son más adecuados que otros, los cuestionarios de satisfacción deben estar diseñados incluyendo los elementos necesarios que permitan recoger la información suficiente para conocer el nivel de satisfacción del cliente y poder realizar las acciones de mejora comentadas.

En la actualidad los cuestionarios de satisfacción dirigidos a usuarios de un centro residencial suelen componerse de cuestiones que también se analizan en los sistemas de evaluación externa anteriormente comentados y que son relativas a:

- Las instalaciones y los equipamientos.
- La accesibilidad.
- La información recibida.
- La atención sanitaria.
- La atención psicosocial.
- Los cuidados personales.
- Los servicios hosteleros.
- El trato personal y la amabilidad.
- La higiene del residente y del centro.
- El entorno.

Además de otra cuestión de máxima importancia como los derechos básicos reconocidos (SIIS, 2009): Dignidad, Autodeterminación, Elección, Intimidad, Relaciones interpersonales, Satisfacción y realización personal y Protección, conocimiento y defensa de estos derechos.

Por poner algún ejemplo, en una de las encuestas satisfacción analizadas, dirigida a los residentes de Zorroaga en el año 2013, se pregunta acerca de cuestiones relativas a la zona del centro donde conviven: *habitación, compañeros, ambiente general, comida y presentación, auxiliares y si atienden correctamente sus necesidades, responsables y coordinadores, atención nocturna, intimidad y relaciones personales*; sobre cuestiones relativas a la atención especializada: *médicos, enfermeras, fisioterapeutas y podólogo*;

además de cuestiones sobre la atención hostelera y servicios generales, así como la atención individualizada y una opinión global del centro. Al final de esta encuesta se da una opción a que la persona que la cumplimenta pueda añadir o sugerir alguna cuestión sobre la que no se le haya preguntado.

A diferencia de otras encuestas vistas durante mi proceso de elaboración de este trabajo, donde se daba opción de puntuar del 1 al 5 estas cuestiones, siendo 1 “muy insatisfecho” y 5 “muy satisfecho”, en la encuesta adjuntada de la residencia Zorroaga las opciones serían: *Muy bien, Bien, Ni bien ni mal, Regular, Mal y Sin respuesta*. Además, me gustaría añadir que para aquellas personas que por razones de discapacidad física de cualquier tipo no pudieran cumplimentar sus encuestas por sí mismas de la forma tradicional, se han buscado diferentes opciones para poder recabar esta importante percepción el residente sobre el centro. Una de las que Iñigo Fernandez, de la Fundación Zorroaga, me mostró en mi visita fue a través de presentar al residente una serie de imágenes de personas o lugares pertenecientes al centro que la persona cuestionada podría ir valorando indicándolo a través de una serie de caras sonrientes, menos sonrientes, neutras o tristes. Para terminar, indicar que en este centro se realiza la encuesta a una muestra del 30% de cada zona llamada “txoko” intentando que esta sea lo más igualitaria posible en cuanto a hombres y mujeres. Como curiosidad, también señalar que son los aspectos más subjetivos y más difíciles de gestionar, como el gusto de cada uno por la comida o aspectos como la peluquería, los que más suelen centrar la preocupación de los encuestados.

2.3.2. PROPUESTA PERSONAL.

Tras haber visto y comentado algunas de las herramientas más comúnmente utilizadas en el ámbito residencial, que sirven como complementos clave para el correcto funcionamiento de los Sistemas de Gestión de Calidad, vamos a centrar la atención en aquella que posiblemente sea la de mayor utilidad debido a la importante información que pueden aportar sobre aquellas cuestiones en las que hay que trabajar para tratar de mejorar continuamente la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la residencia, los cuestionarios de satisfacción. Para que esta herramienta tenga la eficacia que se le supone debería de contener todas aquellas cuestiones que puedan influir en la percepción que el residente tiene sobre la calidad de sus servicios y el centro residencial en general, y que puedan determinar una mayor o menor calidad de vida durante su vivencia en el centro.

Tal y como hemos mencionado en el punto anterior sobre las encuestas de satisfacción, no existe un único modelo de encuesta consensuado entre especialistas del ámbito que pueda ser de aplicación general en centros guipuzcoanos, por lo que todos y cada uno de los cuestionarios tendrán sus aspectos acertados y sus cuestiones a mejorar. Entre las encuestas que he tenido la oportunidad de analizar están las de la Fundación Matía, la residencia Sta. M^a Magdalena de Hernani, la residencia Inmaculada Egoitza de Irún y la anteriormente mencionada encuesta de la Fundación Zorroaga, del 2013, además de otra

llevada a cabo en el 2008. También me he querido basar, al igual que lo hacen muchas de las encuestas, en los sistemas de evaluación externa vistos anteriormente como el Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, el Sistema de Evaluación de residencias de Ancianos (SERA), o la Escala Fumat para la evaluación de la Calidad de Vida en personas mayores, ya que evalúan cuestiones que tienen una mayor incidencia en la calidad asistencial recibida por las personas residentes.

Bajo mi punto de vista, una vez analizadas todos estos cuestionarios y métodos de evaluación, una encuesta de satisfacción dirigida a los usuarios de un centro residencial para personas mayores debe de contener cuestiones relativas a todas y cada una de las áreas y servicios del centro en las que se desenvuelve, solicitando también opinión acerca de las personas del centro con las que trata, y todo ello en relación a sus derechos reconocidos como residentes, en qué medida son respetados.

En primer lugar deberíamos de solicitar opinión sobre el contexto residencial general, las instalaciones y equipamientos del centro, su accesibilidad y también el entorno. En segundo lugar podemos concretar más preguntando sobre el grado de satisfacción en relación a los distintos servicios y actividades del centro (servicios hosteleros, atención sanitaria y psicosocial, atención personalizada), además de los profesionales que los llevan a cabo y cómo valoran personalmente el trato recibido (médicos, enfermeras, auxiliares, responsables de distintos departamentos). Una vez que los residentes expresan la percepción general que tienen sobre la calidad del centro, sus servicios y profesionales, vamos a centrar la atención en conocer cuál es su grado de satisfacción general en relación a la posibilidad de ejercicio de sus derechos dentro del centro pudiendo relacionarlo con cualquiera de las áreas anteriormente consultadas. Por ejemplo el derecho a la intimidad en su habitación, el derecho a las relaciones interpersonales dentro y fuera del centro, el derecho a la elección de horarios o entre las diferentes actividades de ocio, etc. Por último, siempre es interesante dar la oportunidad de expresarse libremente a aquellos usuarios que lo deseen, propiciando en la encuesta un apartado para ello tanto al final de toda la encuesta como también podría ser al final de los apartados de los que se compone el cuestionario.

Con la intención de que la encuesta sea lo más amena y comprensible posible, las cuestiones suscitadas para la evaluación serán lo más directas posibles y su valoración se presentarían en una escala tipo Likert⁶⁹ con 5 opciones de respuesta que irían desde un grado de satisfacción máxima mostrado con un 5- *muy satisfecho*, a un grado de satisfacción mínimo mostrado con un 1- *muy insatisfecho*. Además, tal y como acabamos de comentar en el párrafo anterior, se podría dar opción a redactar en cada cuestión el por qué de ese grado de satisfacción señalado, en caso de que la persona que responde lo crea oportuno para matizar la respuesta.

⁶⁹ Es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y de uso más amplio en encuestas de investigación. Cuando respondemos a un elemento de un cuestionario elaborado con la técnica Likert, lo hacemos especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. La escala lleva el nombre de Rensis Likert debido a que en el año 1932 publicó un informe describiendo su uso.

Partiendo de la información recogida y siempre bajo mi punto de vista, propongo a continuación de este último párrafo un borrador de cuestionario de satisfacción dirigido a los residentes de un centro residencial para personas mayores. Este borrador debería de ser sometido al juicio de los especialistas en el ámbito residencial, eliminando algunas cuestiones por considerarlos inadecuados para valorar la satisfacción de los usuarios. También habría que considerar aspectos sobre la adecuada redacción de las preguntas pensando en el tipo de personas a los que va a ir dirigido, considerando la ya comentada heterogeneidad de estas en cuanto a sus diferentes grados de discapacidad y dependencia, además de las características culturales de las diferentes generaciones que conviven en el mismo centro. Sería conveniente realizar una prueba piloto a una muestra de residentes con diferentes perfiles, con la finalidad de reformular algunas cuestiones y facilitar de esta forma su comprensión, o directamente eliminar aquellas que se consideren redundantes o directamente irrelevantes para la medida del grado de satisfacción del residente.

BORRADOR DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DIRIGIDO A LOS RESIDENTES DE UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES

A través de la escala del 1 al 5 que vemos a continuación, indiquenos su grado de satisfacción respecto a los siguientes aspectos del centro residencial:

(5) Muy satisfecho (4) Satisfecho (3) Indiferente (2) Insatisfecho (1) Muy insatisfecho

A) CONTEXTO RESIDENCIAL – Esta usted satisfecho con...

1- ¿la **accesibilidad y ubicación** del centro? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

2- ¿la **amplitud** de las zonas comunes? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

3- ¿la **comodidad** de las instalaciones? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

4- ¿la **seguridad** de las instalaciones? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

5- ¿la **limpieza** de las instalaciones? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

6- ¿el **mantenimiento** de las instalaciones? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

7- ¿la **seguridad** de las instalaciones? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

8- ¿la **megafonía, telefonía y comunicación** en general? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

9- Indíquenos por favor con cuál de las siguientes instalaciones (terrazas, jardines, salas de estar, cafetería, comedor, biblioteca, botiquín, aseos, sala de fisioterapia, ascensores, etc.) se siente más satisfecho y con cuál mas insatisfecho. **¿Por qué?**

B) SERVICIOS Y PERSONAL RESPONSABLE – Esta usted satisfecho con...

- 10- ¿su **habitación** y compañero/a? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 11- ¿el **comedor** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 12- ¿la **comida** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 13- ¿la **cafetería** sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 12- ¿actividades de **ocio** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 14- ¿servicio de **lavandería** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 15- ¿servicio de **peluquería** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 16- ¿servicio de **podología** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 17- ¿servicio de **fisioterapia** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 18- ¿la atención recibida por los/as **auxiliares**? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 19- ¿la atención recibida por los/as responsables **sanitarios/as**? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 20- ¿la atención recibida por los responsables de los **departamentos administrativos: dirección, contabilidad, recepción...**? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 21- ¿cuidado de sus **pertenencias**? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 22- ¿la flexibilidad de **horarios**? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 23- ¿servicio de **voluntariado** y sus responsables? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

C) EJERCICIO DE SUS DERECHOS COMO RESIDENTE – Esta usted satisfecho con...

- 24- ¿la **intimidad** que le ofrece el centro? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 25- ¿el respeto a su **dignidad**? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 26- ¿la **autonomía** que le ofrece el centro? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 27- ¿la **libertad de elección** que le ofrece el centro? 5 – 4 – 3 – 2 – 1
- 28- ¿la **información proporcionada** por el centro acerca de sus **derechos y obligaciones** como residente? 5 – 4 – 3 – 2 – 1

D) EN GENERAL

- 29- ¿le satisface el **ambiente general** que se vive en el centro? ¿Por qué?

30- ¿qué es lo que más **recomendaría** y **qué sería lo primero en cambiar**? ¿Por qué?

¿QUIERE AÑADIR O SUGERIR ALGUNA CUESTIÓN SOBRE LA QUE NO LE HAYAMOS PREGUNTADO?

.....
.....
.....
.....

¿QUE TENDRIA QUE HACER LA RESIDENCIA PARA MEJORAR LA NOTA QUE NOS HA DADO?

.....
.....
.....
.....

- CONCLUSIONES Y OPINIÓN PERSONAL -

En el actual Estado del Bienestar el desarrollo de los diferentes sistemas de protección han liberado a las familias de sus tradicionales responsabilidades en el cuidado de sus miembros, especialmente de los más dependientes como pueden ser los más mayores, pasando a ser atendidos por las instituciones públicas, y en menor medida también privadas. El objetivo por excelencia establecido en esta sociedad del bienestar es la calidad de vida de las personas, en nuestro caso del segmento poblacional formado por las personas mayores de 65 años, cuya evolución a través de los años ha hecho que términos anteriormente contrapuestos o incompatibles, como eran la calidad de vida y la vejez, actualmente se haya convertido en el principal indicador de éxito del desarrollo de las sociedades.

El problema principal lo encontramos cuando observamos que el desarrollo que se ha llevado a cabo en el sector encargado de la protección de las personas mayores ha sido en respuesta a un fenómeno, como el envejecimiento poblacional, que a medida que han ido pasando los años no ha hecho más que incrementarse de manera drástica, haciendo que el desarrollo del sector haya ido siempre por detrás de la transformación demográfica que se estaba produciendo. El considerable incremento de la demanda de servicios como la institucionalización en centros residenciales, la aparición de nuevas necesidades de cuidados que requieren de una atención más personal y especializada, unido a la alarma creada por los cambios en las tasas de dependencia que hace balanzas económicas se desequilibren al haber cada vez menos aportaciones de personas activas en comparación con las personas necesitadas de estos servicios públicos, ha provocado una profunda reflexión en el sector buscando soluciones para afrontar con éxito este desafío, apostando por un cambio transversal en la manera de gestionar los servicios de las organizaciones prestadoras.

Es aquí donde la Gestión de Calidad se convierte en el principal protagonista, en la solución para conseguir el cambio necesario para que las organizaciones del sector, en este caso las residencias para mayores de 65 años, gestionen su actividad optimizando los cada vez más limitados recursos enfocándolos a conseguir la total satisfacción de las necesidades de sus usuarios. La finalidad de la aplicación en el sector de la Gestión de Calidad e implantación de sus modelos y sistemas no es otra que servir de soporte a los centros residenciales a través del cual poder alcanzar los anteriormente mencionados objetivos de calidad de vida establecidos, cambiar la manera de gestionar los servicios, y para ello es necesario que, de acuerdo con la brillante afirmación del editor del British Medical Journal “gastemos menos en sanidad y más en cultura” (Gobierno Vasco, 2005), en este caso en la cultura de la calidad.

En un sector prácticamente recién desarrollado, con una gestión aun sin estar totalmente profesionalizada, se apuesta desde un primer momento por la promoción y aplicación de normas y modelos generalistas para la Gestión de la Calidad, como el estándar

internacional ISO 9001 y el modelo de excelencia EFQM, ambos previamente difundidos con éxito en otros sectores públicos como educación y sanidad, a través de los cuales se consigue cambiar la manera de gestionar las organizaciones, logrando la sistematización de las actividades llevadas a cabo, centrándose en los procesos más que en las funciones y en la mejora continua de estos. En un sector cada vez más competitivo, este paso supone una ventaja competitiva y un mejor posicionamiento para aquellos centros residenciales que logran una certificación sobre esas normas, un reconocimiento acerca del trabajo realizado en la gestión de sus organizaciones. Pero según avanza la difusión, implantación y certificación de estos Sistemas de Gestión de la Calidad basados en las normas generalistas, van perdiendo su valor diferenciador y muchas organizaciones optan por abandonarlos o no renovar sus certificaciones y reconocimientos debido al alto coste que suponen y su escasa incidencia en la mejora de la calidad de la atención prestada.

Es en este punto donde surge el debate actualmente existente, ¿han sido o son realmente de utilidad para las organizaciones del sector de atención residencial para mayores de 65 años estos sistemas originarios del ámbito industrial? La respuesta puede ser afirmativa en la medida que han ayudado a dar un salto cualitativo en la forma de gestionar las organizaciones, terminando de profesionalizarlas sistematizando y formalizando las actividades, sin embargo existen también opiniones en contra que sostienen que no han sido de utilidad debido a que no promueven la consecución del objetivo final de estas organizaciones como es el incremento de la calidad de vida de sus residentes a través del incremento de la calidad de los servicios y atención prestada. Los Sistemas de Gestión de la Calidad deben de ser el medio a través del cual se consiga este objetivo y en muchos casos se ha confundido esta relación convirtiéndose los propios Sistemas de Gestión de la Calidad y el logro de los reconocimientos de cara al exterior en el objetivo final. Al convertirse en un objetivo de puro marketing, de imagen, cuando ha llegado el momento en el que ya no cumplían estas funciones, añadiéndole además que la economía general del Estado entraba en un periodo de recesión, comenzaron las voces críticas por escasa incidencia en la calidad asistencial, su alto coste, excesiva rigidez y tendencia a la burocratización.

La escasez de modelos o sistemas específicos para este ámbito los cuales consigan establecer la correcta relación entre la mejora de la calidad de la gestión que incida en una mejora de la calidad asistencial y en la satisfacción del usuario, es la que ha provocado esta situación, ya que las pocas iniciativas desarrolladas en este sentido no han tenido éxito debido a la falta de consenso por parte de Administraciones y profesionales del sector. A la espera del necesario desarrollo de estos modelos específicos, se considera clave para la correcta interiorización y, por lo tanto, implantar con éxito Sistemas de Gestión de Calidad basados en modelos más generalistas como ISO 9001 o EFQM, que los objetivos establecidos con la implantación del sistema de calidad estén alineados con los objetivos propios del centro, es decir, que los motivos de la adopción de un modelo generalista impliquen un cambio en la cultura propia de la organización y no se plantee como algo superficial. Para ello será necesario en primer

lugar el convencimiento e implicación total de la dirección del centro, y que a su vez se transmita al resto de las personas de la organización ejerciendo el liderazgo necesario en el proceso de cambio para que estas se sientan participes e importantes en sus funciones dentro de este proceso. Solo de esta manera se logrará transmitir al día a día del centro residencial para mayores todo el valor que pueden aportar los Sistemas de Gestión de Calidad, siendo verdaderos soportes para la consecución de los objetivos establecidos e incrementar el grado de satisfacción de sus residentes y familiares, así como de los propios profesionales del centro.

En cualquier caso, un centro residencial para mayores debe siempre de realizar todo lo necesario para favorecer la satisfacción y las herramientas existentes para ello han sido de gran ayuda debido a su incidencia directa tanto en las expectativas iniciales como en el grado de satisfacción alcanzado. Es el caso de las cartas de servicios que aseguran el cumplimiento de unos mínimos de calidad por parte de los centros residenciales, los cuales han utilizado de forma efectiva este instrumento ayudándoles a dejar atrás la mala fama que tradicionalmente han tenido. Lo mismo sucede con herramientas como los manuales de buenas prácticas o los planes de atención individualizada, que influyen de forma directa en la calidad asistencial e incrementan el grado de satisfacción de sus usuarios.

Sin embargo podemos subrayar a las encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios como el instrumento más importante en la actualidad, debido a su fácil aplicación y gran utilidad para alimentar los ciclos de mejora y estrategias de la organización, ya que al hacer a los usuarios participes y evaluadores del servicio recibido, suministran información directa sobre el grado de satisfacción actual en relación a diferentes aspectos sobre los que más adelante poder realizar mejoras o modificaciones. De todas maneras, una vez analizados diferentes cuestionarios de diferentes centros residenciales de Gipuzkoa, y de la misma forma que ocurre con los Sistemas de Gestión de Calidad, se estima necesario el desarrollo de un modelo de cuestionario para su aplicación común en el sector, que incluya los aspectos y también peculiaridades que posteriormente sirvan para la elaboración de un plan estratégico con el objetivo de mejorar el grado de satisfacción de sus usuarios.

BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB CONSULTADAS

- **Abellán, A. y Cortina, C. (2011).** ¿Qué pasará si la población sigue envejeciendo? 12-06-2015, de Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Disponible en: <http://www.publico.es/actualidad/pasara-poblacion-sigue-envejeciendo.html>
- **Adelantado, J., Cruceiro, M., Iglesias, M. y Souto, J. (2013).** La dimensión simbólica, sustantiva y operativa en las políticas autonómicas de servicios sociales en España (1982-2008). Zerbitzuan nº 53, 41-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4377215>
- **Aldaz, A. (2012).** Aumentan con la Ley de Dependencia los mayores atendidos por sus familias. El Diario Vasco, 2-3.
- **Allur, E., Heras, I. y Casadesús, M. (2013).** Estudio de la adopción y el abandono de modelos de gestión de la calidad en centros gerontológicos de la CAPV. Zerbitzuan nº 54, 85-96. Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Estudio%20modelos%20gestion%20calidad%20centros%20gerontologicos%20CAPV.pdf>
- **Amilibia Bergaretxe, L. (2014).** Evolución del Servicio Público de Teleasistencia de Euskadi durante el 2013. Zerbitzuan nº 55, 5-15.
- **Arbulu Ormaechea, A. (2012).** Un futuro para nuestros mayores. El Diario Vasco, artículos de opinión.
- **Arizkuren, Fº J. (2010).** La financiación de la dependencia y las perspectivas de futuro de las personas mayores en Euskadi. Zerbitzuan nº 48, 155-167.
- **Arregi, B. y Larrañaga, I. (1998).** On the reproduction of the family in the Basque Country. International Sociological Association (ed.). Sociological abstracts of the 14th World Congress of Sociology, vol. 1. p. 19. Montreal. (Canadá).
- **Asociación Española para la Calidad (2015).** La calidad en la promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes. 13/07/2015. Centro Nacional de Información para la calidad (CNIC). Disponible en: http://www.aec.es/c/document_library/get_file?uuid=38f92e84-2fd9-415d-9621-79e10cf707ca&groupId=10128
- **Barbero, I. y Heras, I. (2008).** La mejora de la calidad en el ámbito de la intervención social. Gizarte.doc, nº 26, 1-16.
- **Bazo, Mª T. (1991).** Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, nº 53, 149-164.
- **Becker, G.S. (1981).** A treatise on the family. Cambridge: Harvard University Press.

- **Bermejo Patón, F. (2012).** Las causas de la transición demográfica en España. Documentos de Trabajo. Seminario Permanente de Ciencias Sociales, nº 2. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4645484&orden=1&info=link>
- **Bernardo, M., Heras Saizarbitoria, I. y Casadesús Fa, M. (2007).** La integración de Sistemas de Gestión basados en estándares internacionales: resultados de un estudio empírico realizado en la CAPV. Revista de Dirección y Administración de Empresas. nº 14, 155-174.
- **Casadesús, M., Heras, I. y Merino, J. (2005).** Calidad Páctica. Prentice Hall – Financial Times, Pearson Educación S.A., Madrid.
- **Castón, P. y Ramos, M. M. (2006).** Dependencia en personas mayores en Andalucía. Col. Actualidad, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces.
- **Constitución española (1978).** Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- **Cruz Ros, S., Ubeda García, J. E., y Llimiñana Gresa, J. (2007).** Principales motivos que conducen a la implantación de un sistema de gestión de la calidad y principios que subyacen. *Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX congreso anual de AEDEM* (1st ed., pp. 37) Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2486940.pdf>
- **De la Cámara, J.J. (2003).** Guía de protocolos para centros residenciales de mayores. Pautas y procedimientos para la formación, control y evaluación de procesos para una gestión de calidad. Guadalajara, Ediciones Progesbiso S.L., 557.
- **De Miguel, M., Madrid, V., Noriega, J. y Rodríguez, B. (1994).** Evaluación para la calidad de los institutos de educación secundaria. Madrid: Escuela Española.
- **Decreto 218/1990, de 30 de julio,** sobre los Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad.
- **Decreto 41/1998, de 10 de marzo,** sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad.
- **Decreto Foral 82/2000, de 17 de octubre,** de Ayudas Económicas para la implantación de Planes de Calidad en Centros Residenciales para Personas Mayores del Territorio Histórico de Gipuzkoa.
- **Díez Nicolás, J. (1999).** “Envejecimiento y políticas hacia los mayores en la Unión Europea” En Muñoz Machado, Santiago, García Delgado, José Luis y Gonzalez Seara, Luis (dir.), *Las estructuras del Bienestar en Europa.* 779-793. Colección: Estudios de la Fundación ONCE sobre el Bienestar II. Escuela Libre Editorial/Fundación ONCE y Civitas. Madrid.

- **Diputación Foral de Gipuzkoa (2008)**. Catálogo de servicios residenciales para personas mayores de Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- **Duque Carro, J. M^a. (2012)**. Redescubrimiento de los servicios sociales de atención primaria: hacia un (nuevo) modelo de atención personal y comunitaria. Zerbitzuan n° 52, 23-44.
- **Elósegui Vallejo, E., Goñi Agudo, M^a. J., Elizalde Sagardia, B., Lertxundi Iribar, N., Bustinduy Ojanguren, A. y Calvo Aguirre, J.J. (2013)**. Modelo de atención sanitaria y su financiación en centros residenciales de personas mayores dependientes de la CAPV. Zerbitzuan, n° 53, 29-40.
- **Etxabe, J. (1997)**. Los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa: Hacia dónde vamos. Zerbitzuan, n° 32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2699178.pdf>
- **Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritza. (2005)**. El envejecimiento de la población vasca y sus consecuencias económicas y sociales. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Colección estudios de economía; n° 17. Disponible en: http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estudios_publicaciones_dip/es_publica/adjuntos/Envejecimientopoblacion.pdf
- **González, M. J. y San Miguel del Hoyo, B. (2001)**. El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. Alternativas: Cuadernos De Trabajo Social, n° 9, 19-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2735935&orden=173645&info=link>
- **González Menorca, M. L., Fernández Ortiz, R., Juaneda Ayensa, E., y Fernández de Bobadilla Murillo, Jesús M. (2011)**. Sistemas de calidad en programas sociales. Herramientas para el diseño de proyectos sociales (1st ed., pp. 81-90) Universidad de La Rioja. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3675063.pdf>
- **Guillén Sadaba, E. y Pérez Madera, D. (2002)**. Procesos de mejora: calidad, decisiones, innovación. En Fernández, T. y Ares, A. (2002): Servicios Sociales: dirección, gestión y planificación. Alianza, Madrid, pp. 213-236.
- **Heras, I., Cilleruelo, E. e Iradi, J. (2006a)**. La gestión de la calidad en el sector sociosanitario: El caso de las residencias de mayores. Forum Calidad, n° 18, 54-58.
- **Heras, I., Cilleruelo, E. e Iradi, J. (2006b)**. La normalización y certificación de sistemas de gestión en residencias de mayores. Zerbitzuan, n° 40, 31-42.
- **Heras I. y Martiarena, A. (2007)** Zerbitzu-kartak eta zerbitzuen kalitatearen hobekuntza. Zerbitzuan, n° 42, págs. 39-44.

- **Heras, I., Cilleruelo, E., e Iradi, J. (2008).** Quality management and quality of care in nursing homes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 21, nº 7, 659-670.
- **Heras, I. (Dir.), Arana, G., Camisón C., Casadesús, M. y Martiarena, A. (2008).** “Gestión de la calidad y la competitividad de las empresas de la CAPV”, Instituto Vasco de la Competitividad, Publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao.
- **Larrañaga, I. (1999).** Dependency and social support among older people living in the municipality of Eibar. Spain. Thesis for the degree of Master of Philosophy. University of Northumbria at Newcastle. Mimeo.
- **Larrañaga Padilla, M^a I. (2004).** Evolución demográfica de la Comunidad Autónoma del País Vasco: Impacto del envejecimiento. *Osasunaz*, nº 6, 13-23. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/06/06013023.pdf>
- **Lekuona Ancizar, P. y Calvo Aguirre, J.J. (2010).** Atención sanitaria y de enfermería en las residencias de mayores de Gipuzkoa. *Zerbitzuan* nº 47, 37-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262812&orden=263762&info=link>; <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3262812.pdf>
- **Leturia Arrazola, M. (2010).** Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. Fundación Caser para la Dependencia. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia.pdf
- **Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales (1982).** Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/26/pdfs/BOE-A-2012-5535.pdf>
- **Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales (1996).** Disponible en: <http://www.euskadi.eus/bopv2/datos/1996/11/9605350a.pdf>
- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006).** Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- **Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (2008).** Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2008/12/0807143a.shtml>
- **Llecha i Sabaté, J. (2008).** La calidad en los servicios gerontológicos. 21/09/2015, de *Revista de Educación Social*. Sitio web: <http://www.eduso.net/res/?b=11&c=98&n=318>
- **López de Foronda, F. (2003).** Derechos ciudadanos y calidad en los servicios Sociales. En Setién M.L. y Sacanell, E. (2003). *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, 113-131.

- **Lorenzo Carrascosa, L. (2002).** Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. 25/11/2015, de Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
- **Medina Tornero, M. E. (1999).** La implantación de la calidad en servicios sociales: Desafío a la tradición. Papeles Del Psicólogo, nº 74, Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=890910&orden=17198&info=link>
- **Notestein, F. (1953).** "Economic Problems of Population Change". En Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists, 13-37 Londres: Oxford University Press.
- **Pérez Cano, V., Varela Garay, R. M^a, Martínez Ferrer, B., Musitu Ochoa, G. (2012).** Familiares cuidadores de mayores: auto-percepción de los cuidados. Zerbitzuan, nº 52, 87-99.
- **Pérez Díaz, J. (2010).** El envejecimiento de la población española. Investigación y Ciencia, nº 410, 34-42.
- **Perez Diaz, J. (2012).** Causas del Envejecimiento Demográfico. 11/11/2015. Apuntes de demografía. Disponible en: <https://apuntesdedemografia.com/envejecimiento-demografico/que-es/las-causas-del-envejecimiento-demografico>
- **Rodríguez Conde, C, Iglesias Souto, P.M., Castro Neo, M.J., Taboada Ares, E.M. y Puñal Romarís, M.E. (2006).** Envejecer en casa ¿es posible? Acciones e Investigaciones Sociales, nº 1, 431. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002417.pdf>
- **Rodríguez Rodríguez, P. (2007).** Evolución de las residencias y otros alojamientos en el contexto internacional. Residencias y otros alojamientos para personas mayores (1st ed., pp. 3-26) Editorial Médica Panamericana.
- **Roquero Ussía, M^a. R. (2014).** 300 años de compromiso social: de la caridad al Estado del Bienestar. Fundación Zorroaga, Donostia-San Sebastián.
- **Sacanell Berruero, E., Gomez-Tejedor, G., Arriola, L. y García, P. (2010).** Excelencia en la gestión de residencias en el tercer sector: Guía de aplicación del Modelo EFQM. Fundación Aspaldiko y Fundación Zorroaga.
- **San Miguel Osaba, E. (2011).** Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para mayores. Facultad de Economía y Empresa, Sección Donostia - San Sebastián.
- **Sánchez Pérez, M. C. (2003).** Dificultades y beneficios de la implantación de sistemas de gestión de calidad en una organización. Bits: Boletín Informativo Trabajo Social, nº5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=713067&orden=43671&info=link>

- **Siadeko Ikerketa Aplikatua (2013)**. Las prestaciones económicas de dependencia en Gipuzkoa: concurrencia, impacto y supervisión. Zerbitzuan, nº 54, 47-66. Disponible en:
<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Las%20prestaciones%20economicas%20de%20dependencia%20en%20Gipuzkoa.pdf>

- **SIIS Centro de Documentación y Estudios Garantía de Calidad (2001)**. Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos? Fundación Eguía- Careaga, Donostia-San Sebastián. Disponible en:
<http://kalitateazainduz.net/pdf/Zainduz02.pdf>

- **SIIS Centro de Documentación y Estudios Garantía de Calidad (2009)**. Kalitatea Zainduz - Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Fundación Eguía Careaga. Donostia-San Sebastián. Disponible en:
http://kalitateazainduz.net/pdf/Guia_ManualZainduz_1.pdf

- **Tobío Soler, C., Agulló Tomás, M^a.S., Gómez, M^a. V. y Martín Palomo, M^a. T. (2010)**. El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Barcelona: Fundación "La Caixa". Colección estudios sociales, nº 28. Disponible en:
https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol28_completo_es.pdf

- **Van de Kaa, D. J. (1987)**. Europe's Second Demographic Transition. Population Bulletin nº 42. Washington D.C.: Population Reference Bureau.

- ***PÁGINAS WEB CONSULTADAS:***

- www.aec.es

- www.aenor.es

- www.boe.es

- www.cen.eu

- www.csic.es

- www.datosmacro.com/demografia/natalidad/espana

- www.dialnet.unirioja.net

- www.efqm.es

- www.eustat.eus

- www.euskalit.net

- www.euskadi.eus
- www.fundibeq.es
- www.gipuzkoa.net
- www.ine.es
- www.iso.org
- www.isotools.com
- www.matiafundazioa.net/es/home
- www.ogasun.ejgv.euskadi.eus
- www.pdcahome.com
- www.siis.net
- www.rae.es
- www.who.int/es/
- www.zerbitzuan.net
- www.zorroaga.com