



Universidad Euskal Herriko  
del País Vasco Unibertsitatea

**DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA FINANCIERA II (ECONOMÍA DE LA  
EMPRESA Y COMERCIALIZACIÓN)**

**Tesis Doctoral**

**GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MARKETING EN LOS CENTROS  
RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES**

**Presentada por:**

D. Eduardo San Miguel Osaba

**Dirigida por:**

Prof.<sup>ª</sup>. Dra. D.<sup>a</sup>. Pilar Elgoibar Larrañaga

Prof. Dr. D. Iñaki Heras Saizarbitoria

**Donostia-San Sebastián, 2011**



*A mis padres*



## **AGRADECIMIENTOS**



En primer lugar, deseo mostrar mi agradecimiento más sincero a mis directores, D<sup>a</sup>. Pilar Elgoibar Larrañaga y D. Iñaki Heras Saizarbitoria por la confianza que han depositado en mi capacidad para desarrollar este trabajo. La profesora D<sup>a</sup>. Pilar Elgoibar Larrañaga ha estado siempre a mi lado en los últimos veinte años, tanto en los buenos como en los malos momentos, compartiendo sus conocimientos, su saber hacer y su espíritu positivo. Al profesor D. Iñaki Heras Saizarbitoria me gustaría agradecerle el haberme motivado a trabajar en esta línea de investigación y todo el tiempo que me ha dedicado, señalándome, en todo momento, el camino a seguir a lo largo de las diferentes fases de este trabajo. Sin toda la ayuda que me han prestado no habría sido posible realizar esta investigación.

Asimismo, deseo hacer extensible mi agradecimiento a mis compañeros del Departamento de Economía Financiera II, que en reiteradas ocasiones me han ofrecido su afecto, ánimos, ayuda y sugerencias. En especial, a su actual Director, D. Jon Barrutia Güenaga, así como a su predecesor en el cargo, D. Arturo Rodríguez Castellanos, por toda la colaboración y motivación que me han otorgado a lo largo de toda mi actividad docente e investigadora que he desarrollado en el Departamento. Igualmente, a los miembros de la Comisión de Doctorado del Departamento, por su visión crítica siempre enriquecedora que ha permitido mejorar el trabajo desarrollado. Del mismo modo, quisiera reflejar mi gratitud a la Fundación Emilio Soldevilla para la Investigación y el Desarrollo de la Economía de la Empresa, por el apoyo financiero recibido.

Quiero agradecer de manera especial al profesor D. Javier Villalba el haberme hecho partícipe de sus conocimientos al abordar el estudio empírico y su inestimable asesoramiento en lo concerniente a la metodología estadística empleada.

A Erlantz Allur, investigador contratado para el proyecto de investigación académica financiado por la Diputación Foral de Gipuzkoa, “Gestión de la calidad en el sector sociosanitario de Gipuzkoa: generación de propuestas innovadoras”, por su colaboración en el trabajo de campo central de esta investigación. Agradezco sinceramente su trabajo y disposición.

Al Portal de Mayores del IMSERSO quienes, muy amablemente, nos facilitaron la base de datos con los centros residenciales registrados en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

A todos los expertos que participaron en la calificación del instrumento de recogida de datos utilizado y, en especial, al Director del Centro de Documentación y Estudios SIIS, D. Joseba Zalakain. Las observaciones realizadas por estos expertos fueron de gran interés, tanto para el diseño del cuestionario, como para el conjunto de la investigación.

A los responsables de los centros residenciales para personas mayores de Azkoitia, Zumaia, Zarauz e Irun, que colaboraron en la realización del pretest del cuestionario, así como a todos los miembros y responsables de las residencias que han tenido la paciencia y la deferencia de atendernos en la fase cualitativa del estudio. En todos los casos he de agradecer la colaboración y el tiempo prestados.

Por supuesto, he de constar mi agradecimiento más sincero a los responsables de los 137 centros residenciales para personas mayores de la CAPV que tan amablemente dejaron durante un tiempo de lado sus tareas diarias para dedicarlo a responder a nuestro cuestionario.

Finalmente, deseo expresar mi gratitud a mis compañeros de la Escuela Universitaria de Estudios Empresariales de Donostia-San Sebastián, tanto al personal docente como al de administración y servicios, por el apoyo que siempre me han prestado. Es un placer trabajar diariamente sintiéndoles siempre a mi lado.

*“La desdicha de los ancianos es un signo de fracaso de la civilización contemporánea”*

*Simone de Beauvoir*

*La vejez (1970)*



## **ÍNDICE**



## ÍNDICE

### **INTRODUCCIÓN**

I.	Planteamiento del problema y justificación de la investigación.....	27
II.	Objetivos de la Tesis Doctoral .....	33
III.	Aspectos metodológicos.....	39
IV.	Estructura de la Tesis Doctoral .....	45

### **PARTE I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

#### **CAPÍTULO 1**

#### **EL MARKETING Y LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ..... 53**

1.1.	La filosofía de marketing en la empresa.....	54
1.2.	La gestión de la calidad en la empresa .....	60
1.3.	La orientación al mercado .....	66
	1.3.1. Definición y componentes de la orientación al mercado.....	66
	1.3.2. La orientación al mercado y la filosofía de marketing .....	73
	1.3.3. La orientación al mercado y la gestión de la calidad.....	75
1.4.	Consideraciones finales .....	78

#### **CAPÍTULO 2**

#### **EL SECTOR DE LOS SERVICIOS SOCIALES ..... 81**

2.1.	Definición y principios inspiradores de los Servicios Sociales.....	82
2.2.	Clasificación de los Servicios Sociales .....	96
2.3.	Particularidades de los Servicios Sociales.....	103
2.4.	El sector de los Servicios Sociales en la CAPV .....	109

### **CAPÍTULO 3**

#### **EL MARKETING DE LOS SERVICIOS SOCIALES ..... 121**

3.1.	La importancia del marketing en el sector de los Servicios Sociales .....	122
3.2.	Características y necesidades de los usuarios de Servicios Sociales .....	129
3.3.	El marketing-mix de los Servicios Sociales.....	138
3.4.	La calidad de servicio en la prestación de los Servicios Sociales.....	148
3.5.	La medida de la satisfacción del usuario de los Servicios Sociales.....	162
3.6.	El cliente interno en los Servicios Sociales .....	173

### **CAPÍTULO 4**

#### **LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES ..... 179**

4.1.	Los sistemas de gestión de la calidad .....	180
4.1.1.	Evolución de la gestión de la calidad en la empresa.....	180
4.1.2.	El aseguramiento de la calidad y las normas ISO 9000.....	185
4.1.3.	La gestión de la calidad total y el modelo EFQM .....	196
4.1.4.	La política de promoción de la calidad en la CAPV.....	221
4.1.5.	El futuro de la gestión de la calidad.....	229
4.2.	La gestión de la calidad en el sector de los Servicios Sociales.....	235
4.2.1.	La calidad asistencial en los servicios sociosanitarios.....	235
4.2.2.	La mejora de la calidad en el sector de los Servicios Sociales .....	246
4.2.3.	La aplicación de las normas ISO 9000 en el sector de los Servicios Sociales .....	249
4.2.4.	La aplicación del modelo de evaluación EFQM en el sector de los Servicios Sociales.....	253
4.2.5.	Modelos y sistemas de calidad específicos del ámbito sociosanitario.....	257
4.3.	La implantación de modelos de gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de servicios sociosanitarios de la CAPV .....	268

**CAPÍTULO 5**

**LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES..... 279**

5.1. El envejecimiento de la población en España y en la CAPV.....	280
5.2. La dependencia y las necesidades residenciales de las personas mayores.....	290
5.3. Los centros de día para personas mayores .....	313
5.4. Las residencias para personas mayores.....	319
5.5. Los centros residenciales para personas mayores en la CAPV .....	342

**CAPÍTULO 6**

**EL MARKETING Y LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS**

**RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES ..... 371**

6.1. Actividades de marketing en los centros residenciales para personas mayores.....	372
6.2. Modelos de gestión de la calidad específicos de los centros residenciales para personas mayores .....	387
6.3. La satisfacción de los usuarios de residencias para personas mayores .....	419

**CAPÍTULO 7**

**CALIDAD ASISTENCIAL Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

**EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES DE LA CAPV..... 433**

7.1. La gestión de la calidad y su evaluación en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV .....	434
7.2. La satisfacción de los usuarios en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV .....	454
7.2.1. Los derechos y deberes de los residentes.....	456
7.2.2. Las cartas de servicios .....	465
7.2.3. Los manuales o guías de buenas prácticas del ámbito residencial.....	472
7.2.4. La formación del personal en los centros residenciales .....	476
7.2.5. La medida de la satisfacción de los residentes.....	479
7.3. Propositiones descriptivas derivadas de la fundamentación teórica.....	493

## **PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO 8**

#### **METODOLOGÍA, DISEÑO Y DESARROLLO DEL ESTUDIO EMPÍRICO ..... 497**

- 8.1. Planteamiento de las hipótesis a contrastar ..... 499
  - 8.1.1. La estructura multidimensional de la orientación al mercado ..... 500
  - 8.1.2. La estructura multidimensional de la gestión de la calidad ..... 506
  - 8.1.3. Relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado ..... 509
  - 8.1.4. Relación entre los componentes de la gestión de la calidad y la orientación al mercado ..... 512
- 8.2. Metodología utilizada en el estudio empírico ..... 516
- 8.3. Diseño del instrumento de recogida de datos ..... 519
- 8.4. Desarrollo del estudio cuantitativo ..... 529

### **CAPÍTULO 9**

#### **ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS ..... 537**

- 9.1. Procedimiento y técnicas de análisis de datos ..... 537
- 9.2. Resultados de la investigación empírica ..... 543
  - 9.2.1. Análisis descriptivo de los datos obtenidos ..... 543
    - 9.2.1.1. Nivel de utilización e importancia de las actividades de marketing en la gestión de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV ..... 545
    - 9.2.1.2. Nivel de conocimiento y utilización de los modelos de gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV ..... 551
    - 9.2.1.3. Grado de orientación al mercado y a la gestión de la calidad en las residencias para personas mayores de la CAPV: análisis exploratorio ..... 566
  - 9.2.2. La estructura multidimensional de la orientación al mercado ..... 576
  - 9.2.3. La orientación al mercado en el sector residencial ..... 594
  - 9.2.4. La estructura multidimensional de la gestión de la calidad ..... 599
  - 9.2.5. La orientación a la gestión de la calidad en el sector residencial ..... 609

9.2.6.	Relación entre la orientación al mercado y la orientación a la gestión de la calidad en el sector residencial .....	613
9.2.7	Relación entre la orientación al mercado y los componentes de la gestión de la calidad en el sector residencial .....	619
9.2.8	Tipología de centros residenciales para personas mayores en función de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad.....	625
9.3.	Síntesis de resultados .....	631

## **CAPÍTULO 10**

<b>PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DIRIGIDO A CENTROS RESIDENCIALES DE PEQUEÑA Y MEDIANA DIMENSIÓN.....</b>	<b>635</b>
---	------------

## **PARTE III: CONCLUSIONES**

### **CAPÍTULO 11**

<b>CONCLUSIONES, APORTACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>651</b>
---	------------

11.1. Conclusiones de la investigación .....	652
11.2. Implicaciones prácticas para la gestión .....	670
11.3. Limitaciones de la investigación .....	675
11.4. Aportaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	678

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>687</b>
--------------------------	------------

### **ANEXOS**

1. Carta de presentación (castellano).....	755
2. Carta de presentación (euskara) .....	757
3. Cuestionario dirigido a los centros residenciales para personas mayores .....	759
4. Escala de medida de la orientación al mercado definitiva .....	763
5. Escala de medida de la orientación a la gestión de la calidad definitiva.....	765

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1:	Evolución del gasto en Servicios Sociales (millones de euros) .....	112
Gráfico 2.2:	Evolución del gasto por habitante en Servicios Sociales (euros) .....	113
Gráfico 3.1:	Modelo de la calidad total percibida .....	152
Gráfico 3.2:	Modelo de análisis de las deficiencias .....	157
Gráfico 3.3:	Las cinco dimensiones de la calidad del servicio .....	166
Gráfico 4.1:	Evolución de la gestión de la calidad .....	184
Gráfico 4.2:	Ciclo de mejora continua de la norma ISO 9001 .....	191
Gráfico 4.3:	Modelo Malcolm Baldrige .....	207
Gráfico 4.4:	Criterios del modelo EFQM .....	211
Gráfico 4.5:	La lógica REDER .....	216
Gráfico 4.6:	Reconocimiento vasco a la excelencia .....	225
Gráfico 4.7:	Feedback de la motivación .....	240
Gráfico 4.8:	Modelo EFQM adaptado a los Servicios Sociales .....	255
Gráfico 5.1:	Evolución de la población mayor en España, 1900 - 2060 (miles) .....	282
Gráfico 5.2:	Personas mayores por Comunidad Autónoma, 2007 (porcentajes) .....	283
Gráfico 5.3:	Pirámide poblacional de España en 2009 .....	284
Gráfico 5.4:	Pirámide poblacional en la CAPV en 2009 .....	284
Gráfico 5.5:	Pirámide poblacional de España en 2050 .....	285
Gráfico 5.6:	Expectativas sobre la forma deseada de residencia para la vejez .....	288
Gráfico 5.7:	Utilización de residencias y atención domiciliaria en el mundo (porcentaje de población) .....	288
Gráfico 5.8:	Distribución de la población dependiente por edad y grado de dependencia .....	295
Gráfico 5.9:	Evolución de la población dependiente en España .....	296
Gráfico 5.10:	Porcentaje de población dependiente en las distintas CCAA .....	297
Gráfico 5.11:	Versatilidad inmobiliaria y grado de dependencia asistencial .....	312
Gráfico 5.12:	Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de plazas, 2008 .....	315
Gráfico 5.13:	Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de centros según titularidad, 2002 y 2008 .....	316
Gráfico 5.14:	Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de plazas, 2002 y 2008 .....	316
Gráfico 5.15:	Residencias para personas mayores. Distribución de plazas, 2008 .....	337

Gráfico 5.16:	Distribución del número de centros residenciales según tamaño, 2008.....	338
Gráfico 5.17:	Plazas residenciales según tipo de población en la CAPV .....	342
Gráfico 5.18:	Evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre 1994 y 2007 .....	344
Gráfico 5.19:	Evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre 1994 y 2007, según Territorio Histórico.....	345
Gráfico 5.20:	Evolución del número de plazas residenciales en la CAPV, entre 1994 y 2007 .....	346
Gráfico 5.21:	Evolución del número de plazas residenciales en la CAPV, entre 1994 y 2007, según Territorio Histórico.....	346
Gráfico 5.22:	Evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, según titularidad, entre 1994 y 2007.....	347
Gráfico 5.23:	Evolución del número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, según titularidad, entre 1994 y 2007.....	348
Gráfico 5.24:	Evolución del número de usuarios de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre 1997 y 2007.....	350
Gráfico 5.25:	Evolución del número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, según tipo de usuarios.....	351
Gráfico 5.26:	Porcentaje de usuarios de residencias para personas mayores en la CAPV, según sexo y edad .....	352
Gráfico 5.27:	Evolución del número de centros en la CAPV, según tamaño .....	355
Gráfico 5.28:	Opinión de las personas mayores respecto al tamaño de las residencias.....	360
Gráfico 7.1:	Centros residenciales de la CAPV certificados con la norma ISO 9001, según su número de plazas.....	439
Gráfico 7.2:	Motivos de la adopción de la norma ISO 9001 para los centros residenciales que no la tienen implantada.....	441
Gráfico 7.3:	Motivos de la adopción de la norma ISO 9001 para los centros residenciales que la tienen implantada.....	442
Gráfico 7.4:	Modelo del Plan de Calidad de Gipuzkoa dirigido a centros residenciales para personas mayores .....	444
Gráfico 7.5:	Aspectos facilitadores de la satisfacción del residente .....	477
Gráfico 8.1:	Primer modelo teórico propuesto.....	511
Gráfico 8.2:	Segundo modelo teórico propuesto.....	515
Gráfico 8.3:	Desarrollo del estudio cuantitativo .....	531

## Índice

Gráfico 8.4:	Descripción de la población y de la muestra según Territorio Histórico, titularidad y tamaño de los centros residenciales .....	534
Gráfico 9.1:	Importancia de las actividades de marketing en la gestión de la residencia.....	547
Gráfico 9.2:	Implantación de modelos de gestión de la calidad en el sector .....	555
Gráfico 9.3:	Valoración de la utilización de modelos de gestión de la calidad .....	560
Gráfico 9.4:	Calidad en la gestión versus calidad asistencial .....	562
Gráfico 9.5:	Modelo de medida de la orientación al mercado.....	583
Gráfico 9.6:	Modelo de medida final de la orientación al mercado .....	592
Gráfico 9.7:	Modelo de medida de la gestión de la calidad.....	603
Gráfico 9.8:	Primer modelo estructural propuesto .....	614
Gráfico 9.9:	Modelo estructural contrastado .....	618
Gráfico 9.10:	Segundo modelo estructural propuesto .....	619
Gráfico 9.11:	Modelo estructural contrastado .....	622
Gráfico 10.1:	Modelo de gestión de la calidad para centros residenciales de personas mayores .....	638
Gráfico 10.2:	Mapa de procesos del centro residencial.....	642
Gráfico 10.3:	Subprocesos del proceso de servicio asistencial .....	643
Gráfico 10.4:	Subprocesos del proceso de gestión del personal.....	645
Gráfico 10.5:	Ciclo de mejora continua.....	646

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Correspondencia entre los objetivos planteados, las metodologías propuestas y la estructura de contenidos.....	50
Tabla 2.1:	Distribución de entidades y centros de Servicios Sociales, 2005 .....	118
Tabla 3.1:	Ítems y dimensiones del modelo SERVQUAL .....	167
Tabla 4.1:	Modelos de excelencia más difundidos .....	204
Tabla 4.2:	Niveles del concepto de atención según Kahn.....	241
Tabla 4.3:	Objetivos específicos del Plan de Calidad, 2003-2007, de Osakidetza .....	269
Tabla 4.4:	Galardones obtenidos por Osakidetza.....	271
Tabla 5.1:	Población dependiente por grados de dependencia y grupos de edad .....	294
Tabla 5.2:	Funciones y objetivos de las residencias para personas mayores .....	326
Tabla 5.3:	Número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, según la titularidad y el Territorio Histórico, en 2007.....	349
Tabla 5.4:	Distribución del número de centros residenciales por Territorio Histórico, según su tamaño, en 2007.....	354
Tabla 5.5:	Incremento del número de centros con menos de 15 plazas, periodo 1995-2007 .....	356
Tabla 5.6:	Incremento del número de centros con entre 15 y 29 plazas, periodo 1995-2007 .....	356
Tabla 5.7:	Incremento del número de centros con entre 29 y 100 plazas, periodo 1995-2007.....	357
Tabla 5.8:	Incremento del número de centros con más de 100 plazas, periodo 1995-2007.....	358
Tabla 5.9:	Cuota media por usuario según Territorio Histórico y titularidad del centro residencial, 2007 .....	361
Tabla 6.1:	Factores del modelo <i>Qual A Sess</i> .....	402
Tabla 6.2:	Indicadores del nivel de satisfacción del usuario con la residencia .....	431
Tabla 7.1:	Número de centros residenciales de la CAPV con modelos de calidad implantados, por Territorio Histórico, en 2010.....	437
Tabla 7.2:	Derechos de las personas usuarias de los Servicios Sociales en la CAPV .....	458
Tabla 7.3:	Deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales en la CAPV .....	459
Tabla 7.4:	Derechos de los usuarios de centros residenciales.....	461
Tabla 7.5:	Deberes de los usuarios de centros residenciales.....	462
Tabla 7.6:	Borrador de cuestionario de satisfacción para residentes .....	484

## Índice

Tabla 8.1:	Escala de orientación al mercado específica para centros residenciales de personas mayores.....	525
Tabla 8.2:	Escala de orientación a la gestión de la calidad específica para centros residenciales de personas mayores.....	528
Tabla 8.3:	Ficha técnica de la investigación.....	533
Tabla 9.1:	Indicadores de fiabilidad y validez.....	541
Tabla 9.2:	Medidas de ajuste global.....	542
Tabla 9.3:	Utilización de herramientas de marketing en el sector.....	546
Tabla 9.4:	Utilización de herramientas de marketing según se tenga implantado o no un modelo de gestión de la calidad.....	548
Tabla 9.5:	Grado de conocimiento de los modelos de gestión de la calidad.....	551
Tabla 9.6:	Grado de conocimiento de la norma ISO 9001.....	552
Tabla 9.7:	Grado de conocimiento del modelo de autoevaluación EFQM.....	553
Tabla 9.8:	Grado conocimiento de los modelos de gestión de la calidad específicos del ámbito residencial.....	554
Tabla 9.9:	Nivel de utilización de herramientas de gestión en el sector.....	556
Tabla 9.10:	Nivel de utilización de herramientas de gestión según la residencia tenga o no implantado un modelo de gestión de la calidad.....	557
Tabla 9.11:	Nivel de utilización de herramientas de gestión según la dimensión del centro residencial.....	559
Tabla 9.12:	Valoración de la utilización de modelos de gestión de la calidad en el ámbito asistencial.....	561
Tabla 9.13:	Valoración: calidad en la gestión versus calidad asistencial.....	562
Tabla 9.14:	Descriptivos de las dimensiones de la orientación al mercado.....	567
Tabla 9.15:	Análisis <i>cluster</i> de la orientación al mercado (K-medias).....	569
Tabla 9.16:	Utilización de herramientas de marketing en cada grupo.....	570
Tabla 9.17:	Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo.....	571
Tabla 9.18:	Descriptivos de las dimensiones de la gestión de la calidad.....	572
Tabla 9.19:	Análisis <i>cluster</i> de la gestión de la calidad (K-medias).....	573
Tabla 9.20:	Utilización de herramientas de gestión en cada grupo.....	574
Tabla 9.21:	Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo.....	575
Tabla 9.22:	Fiabilidad de las dimensiones de la escala de medida de la orientación al mercado.....	580
Tabla 9.23:	Matriz de componentes rotados (normalización Varimax).....	581
Tabla 9.24:	Varianza total explicada de la escala de orientación al mercado.....	582

Tabla 9.25:	Test de normalidad multivariante .....	584
Tabla 9.26:	Validación de los ítems de la escala de orientación al mercado .....	586
Tabla 9.27:	Matriz de correlaciones de las dimensiones de la escala de orientación al mercado.....	587
Tabla 9.28:	Validez discriminante: intervalos de confianza de las correlaciones entre las dimensiones .....	588
Tabla 9.29:	Índices de ajuste del modelo de orientación al mercado .....	590
Tabla 9.30:	Fiabilidad de la escala de medida de la orientación al mercado .....	591
Tabla 9.31:	Descriptivos de las dimensiones de la orientación al mercado.....	594
Tabla 9.32:	Análisis <i>cluster</i> de la orientación al mercado (K-medias) .....	596
Tabla 9.33:	Utilización de herramientas de marketing en cada grupo .....	597
Tabla 9.34:	Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo .....	598
Tabla 9.35:	Matriz de componentes rotados (normalización Varimax).....	601
Tabla 9.36:	Fiabilidad de las dimensiones de la escala de gestión de la calidad .....	601
Tabla 9.37:	Varianza total explicada de la escala de gestión de la calidad.....	603
Tabla 9.38:	Test de normalidad multivariante .....	604
Tabla 9.39:	Validación de los ítems de la escala de gestión de la calidad.....	604
Tabla 9.40:	Matriz de correlaciones de las dimensiones de la escala de la gestión de la calidad .....	605
Tabla 9.41	Validez discriminante: intervalos de confianza de las correlaciones entre las dimensiones .....	606
Tabla 9.42:	Índices de ajuste del modelo de medida de la gestión de la calidad .....	607
Tabla 9.43:	Fiabilidad de la escala de medida de la gestión de la calidad.....	608
Tabla 9.44:	Descriptivos de las dimensiones de la gestión de la calidad.....	609
Tabla 9.45:	Análisis <i>cluster</i> de la gestión de la calidad (K-medias) .....	610
Tabla 9.46:	Utilización de herramientas de gestión en cada grupo.....	611
Tabla 9.47:	Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo .....	612
Tabla 9.48:	Índices de ajuste del modelo estructural .....	615
Tabla 9.49:	Modelo estructural: instrumentos de medida.....	616
Tabla 9.50:	Modelo estructural: relación causal .....	617
Tabla 9.51:	Índices de ajuste del modelo estructural .....	620
Tabla 9.52:	Modelo estructural: relaciones causales.....	621
Tabla 9.53:	Distribución de las residencias según su grado de orientación al mercado y a la gestión de la calidad .....	625

## Índice

Tabla 9.54:	Agrupación de la muestra según el grado de de orientación al mercado y a la gestión de la calidad .....	626
Tabla 9.55:	Utilización de herramientas de marketing en los grupos A, B y C .....	628
Tabla 9.56:	Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo.....	628
Tabla 9.57:	Utilización de herramientas de gestión de la calidad en los grupos A, B y C.....	629
Tabla 9.58:	Valoración de los modelos de gestión de la calidad en el sector.....	630
Tabla 9.59:	Valoración de las actividades de marketing en los grupos A, B y C.....	630
Tabla 9.60:	Relación de hipótesis contrastadas y resultados obtenidos .....	631
Tabla 9.61:	Relación de proposiciones a validar y resultados obtenidos .....	632
Tabla 11.1:	Correspondencia entre los objetivos planteados y las conclusiones obtenidas .....	669

## **INTRODUCCIÓN**



## **INTRODUCCIÓN**

### **I. Planteamiento del problema y justificación de la investigación**

En los últimos años los sistemas y modelos de gestión de la calidad están comenzando a tener una amplia aceptación en el ámbito sociosanitario. En especial, es en el ámbito sanitario donde la adopción de los sistemas de calidad ha contado con una mayor tradición en estas últimas décadas. Por el contrario, únicamente desde hace pocos años se está produciendo la adopción de estos modelos de gestión en el sector de los Servicios Sociales.

Este hecho resulta especialmente visible en el caso de los servicios residenciales para personas mayores. En los últimos veinte años estas organizaciones han vivido un intenso progreso, pues de tratarse de unos centros de servicios prácticamente desatendidos por la sociedad, han ido evolucionando hasta lograr una gran relevancia social. Unos centros residenciales para los que, tanto desde las Administraciones Públicas, como desde la sociedad, se exige una gestión lo más eficaz y eficiente posible, con el objetivo de, por un lado, ofrecer la mejor asistencia posible a los residentes y, por otra parte, gestionar los recursos públicos de la forma más adecuada.

En efecto, en la situación actual de crisis económica las Administraciones Públicas se enfrentan a un escenario de recorte de ingresos y de incremento de las necesidades sociales, especialmente en materia de bienestar social, por lo que la eficiencia en la gestión de los recursos públicos, con el objeto de racionalizar costes, coordinar las prestaciones y atender a las necesidades reales de los usuarios, resulta una necesidad imperiosa.

Partiendo de esta realidad, el sector de centros residenciales para personas mayores, donde hasta hace no mucho tiempo la gestión estaba poco profesionalizada, se está introduciendo en una cultura de gestión que en el pasado reciente no existía. Resulta evidente que la política de impulso adoptada por las distintas Administraciones ha tenido un impacto considerable.

Por otra parte, en el sector que nos ocupa parece muy limitada la utilización de los instrumentos que el marketing proporciona y resulta curioso que muchas organizaciones del sector hayan descubierto el enfoque de satisfacción del cliente a través de los modelos de gestión de la calidad. Las entidades del sector de los Servicios Sociales pueden no ver clara la necesidad de realizar actividades de marketing posiblemente por considerar que éstas no tienen mucha relación con la actividad asistencial. Hoy en día, gracias a los métodos de previsión y estudios de mercado, puede lograrse el conocimiento de las necesidades de la demanda y gracias a instrumentos como las encuestas de satisfacción, puede conocerse la opinión de los usuarios sobre los servicios recibidos. Las organizaciones del sector pueden desconocer, por otro lado, que implantar una filosofía de marketing supone orientar la empresa al mercado y adaptar los servicios ofrecidos a unas necesidades sociales en constante evolución para, de esta manera, generar bienestar en las personas y en la sociedad.

En nuestra opinión, el marketing y la gestión de la calidad pueden considerarse filosofías de gestión complementarias. La aplicación de técnicas y herramientas de la gestión de la calidad podría ayudar a mejorar la implantación de una filosofía de marketing en la empresa. A su vez, la implantación de una filosofía de marketing permitiría asegurar la incorporación de las expectativas de los clientes a los procesos internos de mejora y, de esta forma, evitaría el riesgo, siempre presente, de una excesiva orientación a la eficiencia interna por parte de la gestión de la calidad.

En la presente Tesis Doctoral, se profundizará en estos conceptos, ya que sobre dichos pilares se centrará el trabajo empírico de la misma. Se tratará, por tanto, de analizar la existencia, sugerida por la literatura, de una relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector objeto de estudio. Además, estudiaremos cuáles son, tanto el nivel actual de orientación a la gestión de la calidad, como el nivel de implantación de una filosofía de marketing, en los centros residenciales para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Para la realización de este trabajo ha resultado muy importante la participación del doctorando en diversos proyectos de investigación relacionados estrechamente con el ámbito de estudio de esta Tesis, la existencia de unos buenos contactos previos, así como la consecución de nuevos vínculos durante la realización del trabajo y, por último, unas alianzas adecuadas con el sector objeto de la investigación.

En este sentido, consideramos relevante la participación del doctorando, durante el periodo 2008-2010, en el Proyecto de Investigación académica financiado por la Diputación Foral de Gipuzkoa, dentro del programa “Red guipuzcoana de ciencia, tecnología e innovación”, y dirigido por el profesor Iñaki Heras, “Gestión de la calidad en el sector sociosanitario de Gipuzkoa: generación de propuestas innovadoras”, que tenía como principal objetivo evaluar la incidencia de la implantación de los modelos genéricos de gestión de la calidad en el ámbito de las residencias para personas mayores de la CAPV, tratando de examinar las motivaciones, los obstáculos y los resultados de dichas adopciones en la mejora de la calidad del servicio ofrecido.

Además, en la misma línea de investigación, participamos, en el bienio 2009-2010, en el Proyecto de Investigación “Gestión de la calidad en el sector sociosanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco: generación de propuestas innovadoras e integradoras”, convocatoria general de proyectos de investigación de la UPV/EHU, e igualmente dirigido por el profesor Iñaki Heras, con el objetivo de analizar la difusión del paradigma de la calidad en el sector sociosanitario de la CAPV y de generar propuestas innovadoras.

Igualmente, es de destacar la participación del doctorando, desde el año 2010, en el Proyecto de Investigación “Mejora de la satisfacción de los clientes en las empresas españolas mediante modelos de gestión de la calidad total” (ECO2009-12754-C02-02), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y dirigido por el profesor Iñaki Heras, proyecto que tiene como objetivo analizar el impacto de los modelos de gestión de la calidad total, especialmente del modelo EFQM, en la mejora de la satisfacción de los clientes.

Por otro lado, podemos subrayar la buena acogida que ha recibido este trabajo de investigación por parte de personas vinculadas a la dirección de diferentes centros residenciales para personas mayores con quienes se han realizado contactos durante la elaboración de la Tesis Doctoral.

Es reseñable, asimismo, la colaboración con el Centro de Documentación y Estudios - SIIS, que depende de la Fundación Eguía-Careaga y, en concreto, la ayuda y asesoramiento suministrada por su director, Joseba Zalakain. El Centro de Documentación y Estudios - SIIS, con sedes en Donostia-San Sebastián y Madrid, es un centro de investigación y documentación de larga trayectoria y gran prestigio en el ámbito del estudio de los Servicios Sociales. Uno de los directores de esta Tesis Doctoral, el profesor Iñaki Heras, tiene importantes vínculos con dicho centro de estudios, en el que trabajó como investigador y con el que colabora de forma esporádica en la actualidad. Cabe reseñar que el Centro de Documentación y Estudios - SIIS ha puesto a disposición del doctorando un conjunto de documentos especializados de gran interés.

Por otra parte, interesa destacar la existencia de una alianza con el programa de postgrado titulado “Especialista universitario en dirección y gestión de centros gerontológicos y sociosanitarios”, organizado por la Escuela Universitaria de Estudios Empresariales de Donostia-San Sebastián (UPV/EHU) junto con la Fundación Matía y el Instituto Gerontológico Matía (INGEMA). Este programa, en el que el doctorando participa como docente, se ofrece desde el curso 2004-2005 a titulados en disciplinas diversas (Administración y dirección de empresas, Ingeniería de organización, Educación social, Derecho, etcétera), que desean especializarse en el terreno de la gestión de los recursos sociosanitarios, y a profesionales del sector. Se trata de un programa formativo que tiene como finalidad proporcionar a los directivos y gestores de centros, recursos y programas gerontológicos y sociosanitarios, los conocimientos y capacidades para el adecuado desempeño de estos puestos, haciendo especial hincapié en las nuevas herramientas de gestión y dirección: calidad, gestión del conocimiento, dirección por valores, gestión de recursos humanos, por competencias, etcétera. El desarrollo de este programa de postgrado ha supuesto una oportunidad inmejorable para poder contactar con

directivos y expertos que pertenecen a este sector de actividad y, por otro lado, conocer la realidad de diversos centros gerontológicos y sociosanitarios gracias a las visitas que se realizan durante el desarrollo del curso.

Por último, es de interés mencionar los innumerables contactos, a niveles municipal, de territorio histórico y autonómico, facilitados por la profesora Pilar Elgoibar, fruto de su experiencia en el sector de los Servicios Sociales, ámbito al que ha dedicado especial atención durante su periodo como concejala en el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián.

De esta manera, la participación del doctorando en el mencionado título de postgrado “Especialista en dirección y gestión de centros gerontológicos y sociosanitarios”, sus contactos previos con personas vinculadas al sector, su contribución en los citados Proyectos de Investigación, la colaboración estrecha con sus directores de Tesis, los profesores Pilar Elgoibar e Iñaki Heras, ambos vinculados, de una u otra forma, al sector objeto de estudio, y el entorno al que pertenecen los investigadores, explican la elección, definición y ámbito del tema tratado en esta investigación. Asimismo, la trayectoria docente del doctorando como profesor en la Diplomatura en Ciencias Empresariales, inicialmente en la asignatura Organización y Administración de Empresas y, en los quince últimos años, en diferentes asignaturas de Marketing, explica el enfoque dado al tema objeto de investigación.

Por otra parte, pensamos que, mediante este trabajo de Tesis Doctoral, podemos aportar nuestro grano de arena, desde el ámbito universitario, para mejorar la situación del sector analizado, no solo por el progreso del conocimiento en relación al grado de utilización de las herramientas de marketing y de los instrumentos y modelos de gestión de la calidad sino, además, porque del trabajo se pretenden obtener una serie de recomendaciones y propuestas innovadoras concretas y de aplicación práctica, que resultarán, confiamos, de utilidad para la gestión de estas organizaciones. Entendemos, asimismo, que la difusión de estas recomendaciones y propuestas redundará en una mejor calidad de vida de los

usuarios de los servicios residenciales y de sus familias. Es, desde luego, nuestro objetivo último.

El ámbito académico también puede beneficiarse de este trabajo gracias a la generación de conocimiento aplicado que se derivaría de la realización del mismo. Se trataría de un conocimiento que sería interesante difundir, además de a la comunidad académica especializada, al alumnado universitario de los investigadores que participan o colaboran en este trabajo y, en especial, al alumnado del programa de postgrado de “Especialista en dirección y gestión de programas y centros gerontológicos y sociosanitarios”, en el que impartimos docencia.

## **II. Objetivos de la Tesis Doctoral**

Los contactos realizados con personas vinculadas a la gestión de centros residenciales con motivo de nuestra participación en el postgrado “Especialista en dirección y gestión de centros gerontológicos y sociosanitarios” y en los Proyectos de Investigación citados en el epígrafe anterior, suscitan en nosotros algunas interrogantes a las que se pretende dar respuesta en esta Tesis Doctoral. Éstas serían, entre otras, las siguientes:

- ¿Cuál es el nivel de orientación al mercado existente en los centros residenciales para personas mayores?
- ¿Qué herramientas de marketing utilizan estas organizaciones en su quehacer diario? ¿Qué importancia otorgan estas organizaciones a las actividades de marketing?
- ¿Son adecuados los modelos de gestión de la calidad genéricos en un ámbito tan específico como el de las residencias para personas mayores? ¿Cuál es su nivel de implantación?
- ¿Es preferible la utilización de modelos de gestión de la calidad específicos para centros residenciales? ¿Están realmente implantados estos modelos en el sector que nos ocupa?
- ¿Cuál es la opinión que los responsables de los centros residenciales tienen respecto a su aplicación en las residencias para personas mayores?
- ¿Cuál es el grado de adopción de los principios de la gestión de la calidad existente en las organizaciones del sector?
- ¿Existe una relación entre la utilización de los modelos de gestión de la calidad y la calidad asistencial ofrecida a los residentes?
- ¿Es medida, de manera periódica y sistemática, la satisfacción de los usuarios y de sus familiares? ¿Con qué instrumentos? ¿Se utiliza la información obtenida para mejorar los servicios ofrecidos?

- ¿Existe una relación entre el nivel de orientación a la cultura de la calidad y el nivel de orientación al mercado en las organizaciones del sector?

Estas interrogantes constituyen el punto de partida de la presente Tesis Doctoral, que tratará de avanzar en el conocimiento respecto a esta materia de claro interés teórico y práctico, dando respuesta, en la medida de lo posible, a las cuestiones y reflexiones planteadas.

Lógicamente, los objetivos de esta investigación se encuentran relacionados con todo lo expuesto en el epígrafe anterior y con estas interrogantes esbozadas.

De esta forma, el objetivo principal de nuestra investigación consiste en *describir y explicar la relación existente entre la gestión de la calidad y la filosofía de marketing en los centros residenciales para personas mayores.*

Para alcanzar este objetivo consideramos necesario conocer, en profundidad, las características del sector residencial en relación a las cuestiones objeto de estudio, así como determinar las dimensiones que conforman la orientación al mercado y la gestión de la calidad en el sector. Además, deberemos determinar la relación existente entre ambos constructos y precisar cuáles son los componentes de la gestión de la calidad a través de los cuales se produce la influencia en la orientación al mercado.

Todo ello nos lleva a plantear los siguientes objetivos secundarios o subsidiarios:

*1- Presentar de forma sistemática los aspectos más relevantes de la realidad, el contexto, la situación y las perspectivas de los centros residenciales para personas mayores de nuestro entorno.*

En un primer lugar, consideramos obligado enmarcar la actividad de las organizaciones objeto de estudio de este trabajo dentro del contexto del sector de los Servicios Sociales, cuya naturaleza, realidad y manifestación en nuestro entorno debemos comprender.

De esta manera, podremos estudiar en profundidad las características del sector residencial en la CAPV, ámbito en el que enmarcaremos el estudio empírico

de este trabajo. Entendemos que, dada la escasez de referencias bibliográficas relativas a este marco tan concreto al que nos dirigimos, esta presentación sistemática de la realidad y características de las organizaciones objeto de estudio puede ser utilizada como referencia en futuros estudios relacionados con el sector.

*2- Evaluar la incidencia de la adopción de los principales modelos genéricos de gestión de la calidad en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores, examinando cuáles han sido las motivaciones para su implantación.*

Se trata de estudiar, de esta forma, el modelo basado en la familia de normas ISO 9000, como modelo de mayor aceptación entre las empresas a nivel general, y el modelo de excelencia europeo propuesto por la *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Además, trataremos de evaluar el grado de conocimiento de los responsables de centros residenciales en relación a estos modelos genéricos de gestión de la calidad.

Asimismo, consideramos de gran interés recoger la opinión de los responsables de los centros residenciales respecto al éxito de la aplicación de estos modelos de gestión de la calidad en el sector. Si bien en lo referente a la profesionalización de la dirección y gestión de centros residenciales se ha avanzado mucho, sobre todo por parte de aquellas residencias que han apostado por la corriente de la calidad que impera hoy día y que comentaremos a lo largo de este trabajo, consideramos que los aspectos que influyen de manera más directa en la calidad asistencial y en la calidad de vida del residente no están suficientemente integrados en los modelos utilizados por las organizaciones del sector. Por tanto, consideramos de interés conocer la opinión de los gestores de estas organizaciones en relación a la influencia que la adopción de modelos de gestión de la calidad tiene en la calidad del servicio ofrecido por el centro residencial.

*3- Estimar el grado de utilización de modelos de gestión de la calidad especializados en el sector residencial.*

Estos modelos especializados tienen en consideración, en mayor medida que los modelos generales, aspectos que inciden más directamente en la calidad asistencial. Así, a nivel internacional, destaca el modelo británico HAFLI (*Homes*

*Are For Living In*), un modelo que incide más en la evaluación y mejora de la calidad asistencial que en la mejora de la gestión.

A nivel estatal, aunque el desarrollo de modelos especializados ha sido menor, destacan el modelo SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos) y el Proceso de garantía de calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, basado en el modelo HAFLI. También se pueden mencionar, en el ámbito específico de los Servicios Sociales, la norma especializada de sistemas de gestión UNE 158101:2008 de AENOR, estándar de gestión específico para el sector de las residencias para personas mayores, y la norma UNE 158201:2007, estándar específico para la gestión de los centros de día y de noche.

Se ha de tener en cuenta que en la literatura académica y profesional, al referirse a la implantación de modelos y sistemas de gestión de la calidad en las organizaciones, no se diferencia entre el concepto de calidad en la gestión y el concepto de calidad asistencial. Como recogen los profesores Casadesús *et al.* (2005, p. 77), en muchas ocasiones se asume que los modelos y sistemas relacionados con la calidad en la gestión, llevan a las organizaciones a crear productos o servicios de calidad o, en nuestro caso, a mejorar su calidad asistencial, lo cual, en nuestra opinión, no siempre es así.

*4- Estudiar el nivel de utilización de diversas herramientas de gestión en el sector residencial.*

La utilización en las residencias de instrumentos como, entre otros, las cartas de servicios, los manuales de buenas prácticas, los equipos de mejora, los sistemas de quejas y sugerencias, las encuestas de satisfacción dirigidas a usuarios y empleados, los planes de comunicación interna, la gestión por procesos o la gestión por indicadores suponen, en nuestra opinión, un importante factor de garantía de calidad de los servicios recibidos por los usuarios de centros residenciales y, por otro lado, pueden constituir un paso previo a la utilización de modelos más complejos y exigentes.

*5- Diseñar y validar una escala específica que permita evaluar el grado en el que una residencia para personas mayores adopta los principios de la gestión de la calidad.*

A pesar de la multitud de estudios publicados en las dos últimas décadas sobre gestión de la calidad, no existe un consenso generalizado sobre las dimensiones que integran este concepto. Tras una revisión de los estudios empíricos sobre gestión de la calidad, diseñaremos una escala que se adapte al sector objeto de estudio, que posteriormente será sometida a un proceso de depuración hasta alcanzar niveles aceptables de fiabilidad y validez. Partiendo de esta escala trataremos de identificar diferentes tipos de centros residenciales según el nivel de desarrollo del concepto de gestión de la calidad.

*6- Evaluar el grado de utilización de las actividades de marketing por parte de las organizaciones del sector.*

Señalábamos con anterioridad que, a priori, parece escasa la utilización de los instrumentos que el marketing proporciona en el sector que nos ocupa. Además de determinar si las organizaciones del sector realizan algunas acciones de marketing, queremos recoger la opinión de los responsables de los centros residenciales para personas mayores respecto a la importancia que otorgan a las actividades de marketing en la gestión de su organización.

*7- Diseñar y validar una escala específica que permita evaluar el nivel de orientación al mercado de los centros residenciales para personas mayores.*

Al no existir una escala polivalente única que sirva a la perfección para todos los propósitos de medición de la orientación al mercado (Bigné *et al.*, 2001, p.13), los investigadores se han encontrado con la necesidad de adaptarlas, en mayor o menor medida, a cada caso particular.

Por tanto, se trata de obtener una escala de medida de la orientación al mercado que contemple las aportaciones más relevantes de la literatura y que se adapte al sector objeto de estudio. De la misma manera, una vez validada la escala,

pretendemos identificar diferentes tipos de centros residenciales según su grado de orientación al mercado.

*8- Determinar la relación existente entre los conceptos de gestión de la calidad y orientación al mercado en el sector objeto de estudio.*

Asimismo, de confirmarse esta relación, pretendemos comprender de qué manera la gestión de la calidad contribuye a la orientación al mercado en el sector residencial, es decir, intentaremos precisar cuáles son los componentes de la gestión de la calidad que influyen en la orientación al mercado en las organizaciones estudiadas. Igualmente, trataremos de identificar diferentes tipos de residencias, considerando, tanto su nivel de orientación a la gestión de la calidad, como su grado de orientación al mercado.

*9- Plantear un modelo de gestión, sugiriendo sus aspectos o pilares fundamentales, que tomando los aspectos que consideremos adecuados de los modelos e instrumentos estudiados, se adapte mejor a la realidad de los pequeños y medianos centros residenciales.*

A priori, consideramos que un modelo de calidad dirigido a un centro residencial para personas mayores debería integrar, por un lado, elementos o aspectos centrados en los procesos y en su mejora, es decir, en la calidad de la gestión, y, por otro lado, aspectos que garanticen un mayor nivel en la satisfacción percibida por los clientes como resultado de los servicios recibidos en la residencia, es decir, aspectos relacionados con la calidad asistencial y con la calidad de vida del residente.

Aunque previsiblemente no lleguemos más que al esbozo de su contenido fundamental, se trataría de un modelo de gestión que integraría algunos aspectos de los modelos generales de gestión de la calidad y algunos conceptos de orientación al mercado, con otros elementos de los modelos especializados en el sector residencial, más dirigidos a la mejora de la calidad asistencial.

### III. Aspectos metodológicos

El método es la vía o la forma utilizada para lograr un objetivo; en el campo de la investigación se considera que es “el camino que ha de seguirse para alcanzar el conocimiento de una realidad” (Soldevilla, 1995, p. 33). Este proceso se inicia con la observación de un hecho o fenómeno, cualquier suceso o cambio ocurrido en la naturaleza o en la sociedad, que pueda ser percibido y que sea de interés para el investigador.

Según señalan Rodríguez Castellanos *et al.* (2005, p. 160), la Economía de la Empresa puede y debe utilizar los métodos que mejor se adapten a las condiciones y objeto de estudio, sin olvidar la visión de la empresa como un sistema abierto, dinámico, sinérgico y unitario.

En este sentido, los métodos que consideramos más adecuados para tratar de alcanzar los objetivos señalados anteriormente son, por un lado, los métodos analítico y sintético y, por otro, el método hipotético-deductivo.

Los métodos analítico y sintético guardan entre sí una estrecha relación de complementariedad. El proceso analítico se basa en la descomposición del fenómeno en sus partes constitutivas. De esta forma, se posibilita el estudio de cada una de las partes y la interpretación del “todo” a través de esos elementos esenciales. Los fenómenos económico-empresariales deben ser captados de forma completa mediante la combinación de juicios analíticos y sintéticos, esto es, a través de la descomposición del fenómeno en sus variables básicas y en sus supuestos generalizadores. En este sentido, Soldevilla (1995) señala que “el fenómeno económico solo puede ser captado en su singularidad cuando se consideran simultáneamente las variables y los supuestos dentro de su totalidad cambiante e indivisa. Luego el proceso de aprehensión del fenómeno económico implica la captación clara de sus diversos elementos constitutivos (juicio analítico) y de la manera en que se enlazan en su individualidad singular (juicio sintético)” (Soldevilla, 1995, p. 44).

En nuestro trabajo realizaremos un análisis de los conceptos de marketing, orientación al mercado y gestión de la calidad, buscando su interrelación, mediante la revisión del cuerpo de conocimientos existente sobre estas materias. De forma análoga, serán analizados los distintos modelos de gestión de la calidad, genéricos y específicos del sector residencial, así como diferentes instrumentos de gestión y herramientas de marketing, que los centros residenciales para personas mayores pueden utilizar con el objetivo de prestar una mejor atención a sus usuarios. Por otra parte, el proceso sintético nos permitirá integrar, con comprensión, el análisis y las conclusiones obtenidas, planteando un modelo de gestión adaptado a la realidad de las residencias para personas mayores, y aportar un marco de referencia que refleje algunas pautas de actuación para estas organizaciones.

Para señalar la correspondencia existente entre los objetivos planteados y las metodologías propuestas, nos vamos a centrar en los objetivos secundarios, puesto que el objetivo principal de este trabajo se alcanza a través del desarrollo de estos objetivos subsidiarios.

Así, destaca la utilización del método analítico-sintético en la consecución de los objetivos secundarios siguientes: por un lado los objetivos primero, segundo, tercero, cuarto y sexto, en los que se analiza la realidad del sector en relación a las cuestiones objeto de estudio; y, por otro lado, el objetivo noveno, que persigue sintetizar el análisis teórico y empírico realizado sugiriendo los elementos fundamentales de un modelo de gestión que se adapte mejor a las organizaciones estudiadas. Ahora bien, se puede considerar que también se utiliza dicha metodología en la consecución del resto de objetivos. Es decir, en el diseño de los modelos de medida de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad y en el diseño de los modelos estructurales propuestos también se ha usado esta metodología.

En la segunda parte, el estudio empírico, se utilizará un enfoque científico hipotético-deductivo. Así, fruto de la aproximación a las proposiciones teóricas obtenidas en la revisión bibliográfica y fruto de la observación de las organizaciones del sector objeto de estudio, nos formularemos preguntas sobre las cuestiones analizadas, algunas de las cuales ya han sido esbozadas y otras irán surgiendo

durante el trabajo. A continuación plantearemos posibles respuestas, conjeturas o hipótesis, que, posteriormente, contrastaremos o comprobaremos empíricamente.

Las hipótesis sometidas a contraste se refieren, tanto a la estructura multidimensional de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad, como a las relaciones causales entre las variables de los modelos propuestos. La utilización del método hipotético-deductivo se asocia, por tanto, a los objetivos quinto, séptimo y octavo.

Por otro lado, el enfoque científico hipotético-deductivo nos permitirá aceptar, rechazar o reformular las proposiciones obtenidas de la revisión teórica. Por ello, también se puede considerar que se utilizará este método, de alguna forma, para responder a los objetivos segundo, tercero, cuarto y sexto.

El procedimiento y las técnicas estadísticas de análisis de los datos que se van a utilizar se estudiarán con detalle en el capítulo noveno de la Tesis Doctoral. De manera sintética, anticipamos que, con el objetivo de validar las proposiciones obtenidas de la revisión teórica y de contrastar las hipótesis planteadas en el estudio empírico, se utilizarán técnicas descriptivas, se realizarán análisis *cluster* y se recurrirá a la utilización de modelos de ecuaciones estructurales.

Las tres etapas que, fundamentalmente, recorreremos durante la realización de la Tesis Doctoral serán las siguientes:

1- Elaboración del marco teórico. En primer lugar, una vez esbozado el problema, justificada la investigación y partiendo de los objetivos señalados anteriormente, se procederá a la recogida de la información escrita por la comunidad científica en relación al tema objeto de estudio y al análisis de las nuevas circunstancias y tendencias que se presentan en el campo de investigación. Para ello, la labor consistirá en la búsqueda intensa, continuada y sistemática de bibliografía que nos permita disponer de la mayor cantidad posible de información de interés respecto al ámbito de estudio de esta Tesis Doctoral. La bibliografía existente en relación a la gestión de la calidad y al marketing es muy extensa. Sin embargo, al estudiar su aplicación en el sector de los Servicios Sociales y, más concretamente, al centrarnos en el caso de los centros residenciales para personas mayores nos

encontramos con un número de referencias bibliográficas mucho menor. En este sentido, y sobre todo al dirigir el estudio a un marco geográfico tan concreto como es el de la CAPV, se ha considerado conveniente planificar una búsqueda bibliográfica de informes, estudios y planes elaborados por los distintos organismos públicos y privados de la CAPV, relacionados con el sector objeto de estudio.

En este aspecto, la revisión bibliográfica se ve facilitada por la utilización de las nuevas tecnologías de la información, a través del acceso por medio de Internet a diferentes bases de datos documentales. En concreto, cabe destacar las búsquedas realizadas en las bases Econlit (que contiene referencias de publicaciones económicas producidas por la American Economic Association, donde se incluye información de más de 400 revistas, libros, estudios, *working papers*, etc), ABI/Inform Global Edition (una base de datos que contiene *abstracts* de artículos de alrededor de 1.000 revistas internacionales de organización de empresas, negocios y *management*) y Emerald-Library (base de datos que aglutina información correspondiente a más 150 revistas de administración de empresas, marketing, logística, etcétera). Igualmente la búsqueda bibliográfica especializada se completó gracias a la colaboración otorgada en todo momento por los técnicos de documentación del Centro de Documentación y Estudios-SiiS.

Como resultado de la revisión bibliográfica y de la síntesis realizada mediante el proceso de reflexión correspondiente, plantearemos una serie de proposiciones de carácter descriptivo sobre aquellos aspectos estudiados que consideremos relevantes para la consecución de los objetivos planteados y que intentaremos validar con la información que se obtenga en el estudio empírico.

2- Planificación y desarrollo del estudio empírico. Una vez elaborado el marco teórico y realizado un estudio exploratorio, basado tanto en observaciones directas como en entrevistas con profesionales del sector, plantearemos nuestras hipótesis de investigación que deberán ser sometidas a contraste, y diseñaremos el instrumento de recogida de datos.

Desde el inicio de la Tesis Doctoral se estableció que el trabajo de campo, basado en un estudio empírico cuantitativo a través del envío de un cuestionario

postal a todos los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, se constituyera en la piedra angular de esta investigación. Previamente, con objeto de lograr un mayor conocimiento del sector e, igualmente, para preparar convenientemente el borrador del cuestionario que posteriormente deberá ser testado, se planificarán varias visitas a residencias para personas mayores de nuestro entorno.

El diseño del instrumento de recogida de datos es una fase fundamental en el proceso de investigación, dado que determina sustancialmente el éxito del mismo. El cuestionario se someterá a un proceso de validación de contenido con el objetivo de establecer la correspondencia entre el instrumento y su contexto teórico y, por tanto, recoger los diferentes aspectos que se consideran básicos y fundamentales en relación al objeto de análisis. Para ello, el instrumento será sometido a la evaluación de expertos en la elaboración de encuestas, en marketing y en investigaciones relativas al sector de los Servicios Sociales, y, posteriormente a un *pretest* en el que participarán varios responsables de centros residenciales para personas mayores. La planificación y el desarrollo del estudio empírico, así como la metodología a utilizar será analizada, de manera amplia, en el capítulo noveno de este trabajo.

3- Análisis de los datos, reflexión científica y conclusiones. El procedimiento de investigación y las técnicas de análisis de datos deberán permitirnos, por un lado, aceptar, rechazar o reformular las proposiciones obtenidas de la fundamentación teórica y, por otro, contrastar, con el suficiente rigor, las hipótesis formuladas previamente. De una manera sintética podemos señalar el proceso que se seguirá en el análisis de los datos. Así, en primer lugar, por medio de técnicas descriptivas presentaremos de forma sistemática los aspectos más relevantes de la realidad, contexto y situación de los centros residenciales para personas mayores en relación a las cuestiones objeto de estudio. Además, mediante un análisis *cluster* intentaremos identificar diferentes tipologías de centros residenciales según su nivel de orientación al mercado y su grado de orientación a la gestión de la calidad. Seguidamente, analizaremos la dimensionalidad, la fiabilidad y la validez de las escalas propuestas, es decir, comprobaremos la idoneidad de las escalas de medida de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad específicamente diseñadas para el sector residencial. Para finalizar, analizaremos la existencia de una relación significativa

entre ambos constructos, así como entre los distintos componentes de la gestión de la calidad y la orientación al mercado. En estos últimos análisis se recurrirá a modelos de ecuaciones estructurales.

Por último, una vez se señalen los resultados de cada uno de los contrastes de hipótesis, se expondrán las principales conclusiones del trabajo de investigación realizado. Unas conclusiones que pretendemos tengan utilidad para los responsables de la gestión de los centros residenciales para personas mayores.

#### **IV. Estructura de la Tesis Doctoral**

Para finalizar este capítulo introductorio, vamos a presentar brevemente el contenido de las diferentes partes y capítulos en los que se estructura la presente Tesis Doctoral.

En la primera parte llevaremos a cabo la fundamentación teórica de la investigación. De esta forma, comenzaremos el trabajo estudiando, en el capítulo primero, la interrelación existente entre el marketing y la gestión de la calidad. Esta relación, apuntada por la literatura, se debe, principalmente, a que en ambas filosofías de gestión la satisfacción del cliente es el elemento central. En primer lugar trataremos de introducir y clarificar los conceptos de filosofía de marketing, orientación al mercado y gestión de la calidad, mediante una selección de la literatura dedicada a los mismos, para, posteriormente, señalar la existencia de vínculos importantes entre estos conceptos.

Seguidamente, al ser el objeto de estudio de esta Tesis Doctoral los centros residenciales para personas mayores, consideramos obligado enmarcar los servicios que ofrecen estas entidades dentro del contexto del sector de los Servicios Sociales, cuya naturaleza, realidad y manifestación en nuestro entorno debemos comprender. Por ello, comenzaremos el capítulo segundo intentando delimitar el contenido y los principios que sustentan un sistema de Servicios Sociales, para continuar describiendo el sector en nuestro entorno de referencia, es decir, en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Por último, estudiaremos las particularidades propias de las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, a partir de las cuales definiremos, en el siguiente capítulo, la singularidad del marketing aplicado a las mismas.

De esta forma, iniciaremos el capítulo tercero señalando la importancia de la adopción, por parte de las organizaciones del sector de los Servicios Sociales, de una filosofía de marketing y de la utilización de herramientas que el marketing pone a su disposición. Igualmente, consideramos importante conocer las características y necesidades de los usuarios de los Servicios Sociales, pues este conocimiento

permitirá a las empresas prestadoras adecuar sus servicios a las necesidades sociales que en cada momento prevalezcan en la sociedad. Además, como señalábamos anteriormente, precisaremos las características diferenciales del mix de marketing en el ámbito de los Servicios Sociales, debido a las peculiaridades observadas en el sector. También analizaremos uno de los conceptos empresariales más importantes en las últimas décadas, como es el de calidad de servicio, que cobra especial relevancia como elemento diferenciador en la prestación de servicios por parte de las organizaciones del sector de los Servicios Sociales. Continuaremos el capítulo estudiando la forma de medir la satisfacción de los usuarios de los Servicios Sociales, para finalizar señalando la importancia de la formación y satisfacción del cliente interno en la satisfacción de los usuarios de estos servicios.

En el capítulo cuarto pasaremos a analizar la situación de la implantación de modelos de gestión de la calidad en el sector de los Servicios Sociales y, especialmente, en las organizaciones de la CAPV. Para ello, previamente, estudiaremos la evolución histórica de la gestión de la calidad en la empresa y realizaremos un repaso de los principales modelos generales con dimensión internacional que utilizan las empresas de nuestro entorno. Analizaremos, de esta forma, el modelo basado en la familia de normas ISO 9000, como modelo de mayor aceptación entre las empresas a nivel general, y el modelo de excelencia europeo propuesto por la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, que es considerado un modelo de calidad total o excelencia. Además, comentaremos la política de promoción de la calidad que se ha seguido en los últimos años por parte de las instituciones públicas de la CAPV. Igualmente, realizaremos una reflexión crítica con respecto al “movimiento de la calidad” y su futuro. De esta forma, continuaremos el capítulo estudiando la implantación de modelos de gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de servicios sociosanitarios y, con mayor detalle, en el ámbito de la CAPV. Evidentemente, va mucho más allá de los objetivos de este capítulo profundizar en una cuestión muy compleja de análisis, tanto en términos conceptuales como en la práctica. Por ello, tan solo trataremos de ofrecer una introducción muy somera a la gestión de la calidad y para explicar con mayor

detalle su realidad en el ámbito específico de actuación donde se ubica nuestro trabajo de investigación.

Comenzaremos el quinto capítulo haciendo referencia al proceso de envejecimiento que está experimentando tanto la población española como la de la CAPV. Este proceso está acompañado del aumento de personas con algún tipo de dependencia, es decir, con necesidad de asistencia para desarrollar sus actividades diarias. En la actualidad se considera como mejor alternativa mantener a los mayores dentro del hogar familiar, conformándose los recursos residenciales en esenciales cuando la persona mayor alcanza un alto grado de dependencia. De esta forma pasaremos a estudiar en profundidad las organizaciones objeto de estudio de la presente Tesis Doctoral, es decir, los centros residenciales para personas mayores, y, para ello, analizaremos, entre otros aspectos, sus funciones, objetivos, clasificación y características. Finalizaremos el capítulo quinto estudiando en profundidad las características del sector de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV, ámbito en el que enmarcaremos el estudio empírico de esta Tesis Doctoral.

En el capítulo sexto estudiaremos la presencia del marketing en los centros residenciales para personas mayores. Por tanto, comentaremos algunas herramientas-acciones que el marketing proporciona a las organizaciones objeto de estudio con la finalidad de atender convenientemente las necesidades y deseos de sus usuarios. En nuestra opinión, la utilización de estas herramientas facilitará la adopción en el centro residencial de una verdadera filosofía de marketing, cuya implantación supondrá orientar la organización al mercado.

A continuación se analizarán una serie de modelos de gestión específicamente dirigidos al sector de las residencias para personas mayores, dos de ellos relevantes a nivel europeo y otros tres modelos utilizados a nivel estatal. Estos modelos específicos no son tan conocidos como los modelos genéricos de gestión de la calidad. Por ello, realizaremos una breve descripción de los mismos para, en el siguiente capítulo, analizar cuáles han sido los modelos por los que, preferentemente, han optado los centros residenciales de la CAPV. Para finalizar, y con el objetivo de obtener información que permita la mejora de la calidad asistencial ofrecida por las

residencias, estudiaremos los métodos que estas organizaciones pueden utilizar para determinar la satisfacción de los residentes y de sus familiares.

Comenzaremos el séptimo capítulo de esta Tesis Doctoral analizando la implantación de modelos de gestión de la calidad, tanto genéricos como específicos, en el sector de los centros residenciales para mayores en la CAPV. También será un objetivo de este capítulo el estudio de una serie de herramientas-acciones como, por ejemplo, las carteras de servicios, los reglamentos de régimen interno, los listados de derechos y deberes de los usuarios y familiares, los manuales de buenas prácticas, entre otras, cuya utilización en el ámbito que nos ocupa se traduciría, en nuestra opinión, en una mejora de la calidad asistencial y una mayor satisfacción de todos los grupos de interés. En este sentido, destacaremos la importancia que tiene para un centro residencial medir el nivel de satisfacción de los residentes y de sus familiares. Por ello, además de centrar esta última parte del estudio teórico en analizar los instrumentos que permiten recoger información sobre la satisfacción de los usuarios, propondremos un borrador de cuestionario y perfilaremos un procedimiento y algunas recomendaciones en cuanto a la sistemática de obtención de información que permita mejorar la calidad asistencial ofrecida por la organización. Finalizaremos el marco teórico del trabajo presentando un conjunto de proposiciones de carácter teórico derivadas de la revisión teórica realizada.

Los siguientes capítulos, el octavo, el noveno y el décimo, componen la segunda parte de la Tesis Doctoral y hacen referencia al trabajo empírico realizado. De esta forma, en el octavo capítulo, además de describir con mayor detalle la metodología seguida en la realización del estudio empírico, formularemos las hipótesis a contrastar, explicaremos el diseño del instrumento de recogida de datos, presentaremos las escalas que, inicialmente, utilizaremos para medir el nivel de orientación al mercado y a la gestión de la calidad, y, por último, explicaremos las diferentes fases seguidas en el desarrollo del estudio cuantitativo. Por tanto, se concretarán los pasos seguidos en el diseño del cuestionario, su estructuración, la realización de un *pretest*, la manera en la que ha tenido lugar el desarrollo del proceso de recogida de datos, etcétera.

A continuación, en el capítulo noveno presentaremos los resultados obtenidos, explicando las diferentes técnicas de análisis de datos empleadas, así como el proceso de validación de las escalas utilizadas y de los diferentes modelos de ecuaciones estructurales planteados. Estos resultados permitirán verificar las proposiciones derivadas de la revisión teórica y contrastar las hipótesis planteadas en el capítulo anterior. Por tanto, trataremos de responder, en lo posible, a las preguntas que en este capítulo introductorio hemos planteado.

En el capítulo décimo, y como conclusión del estudio teórico y empírico realizado, propondremos un esquema-modelo en el que trataremos de integrar aquellos elementos, acciones y herramientas, analizadas en este trabajo y que, en nuestra opinión, deberían constituir los pilares sobre los que debería diseñarse un modelo de gestión de la calidad dirigido a un centro residencial para personas mayores.

Por último, en el capítulo undécimo, y como tercera y última parte de la Tesis Doctoral, se reflejarán las principales conclusiones que se derivan del análisis teórico y empírico desarrollado y se propondrán una serie de recomendaciones dirigidas a los gestores de centros residenciales para personas mayores. Asimismo, deberemos hacer referencia a las principales limitaciones que hayamos encontrado a lo largo de la realización del estudio, en relación al tipo de investigación y a la metodología utilizada, que pueden dificultar la generalización de las conclusiones. Para concluir el capítulo, expondremos las principales aportaciones que estimamos se han efectuado durante el proceso de realización de este trabajo para, en último lugar, avanzar las diferentes líneas de investigación que se han establecido en la Tesis Doctoral, líneas en las que esperamos continuar trabajando en los próximos años.

Para finalizar, en la siguiente tabla presentamos la correspondencia entre los objetivos planteados, las metodologías propuestas y la estructura de contenidos desarrollada en la Tesis Doctoral.

**Tabla 1: Correspondencia entre los objetivos planteados, las metodologías propuestas y la estructura de contenidos**

<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b> <i>Describir y explicar la relación existente entre la gestión de la calidad y la filosofía de marketing en los centros residenciales para personas mayores</i>		
<b>OBJETIVOS SECUNDARIOS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>CAPÍTULOS</b>
1. Presentar de forma sistemática los aspectos más relevantes de la realidad, el contexto, la situación y las perspectivas de los centros residenciales para personas mayores de nuestro entorno	Analítico-sintética	2, 3, 4, 5, 6, 7
2. Evaluar la incidencia de la adopción de los principales modelos genéricos de gestión de la calidad en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores, examinando cuáles han sido las motivaciones para su implantación	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	7, 9
3. Estimar el grado de utilización de modelos de gestión de la calidad especializados en el sector residencial	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	7, 9
4. Estudiar el nivel de utilización de diversas herramientas de gestión en el sector residencial	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	7, 9
5. Diseñar y validar una escala específica que permita evaluar el grado en que una residencia para personas mayores adopta los principios de la gestión de la calidad	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	8, 9
6. Evaluar el grado de utilización de las actividades de marketing por parte de las organizaciones del sector	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	3, 6, 7, 9
7. Diseñar y validar una escala específica que permita evaluar el nivel de orientación al mercado de los centros residenciales para personas mayores	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	8, 9
8. Determinar la relación existente entre los conceptos de gestión de la calidad y orientación al mercado en el sector objeto de estudio	Analítico-sintética Hipotético-deductiva	1, 8, 9
9. Plantear un modelo de gestión, sugiriendo sus aspectos o pilares fundamentales, que tomando los aspectos que consideremos adecuados de los modelos e instrumentos estudiados, se adapte mejor a la realidad de los pequeños y medianos centros residenciales	Analítico-sintética	10

Fuente: Elaboración propia.

**PARTE I**  
**FUNDAMENTOS TEÓRICOS**



## CAPÍTULO 1º - EL MARKETING Y LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Desde la última década del siglo pasado se han venido publicando trabajos<sup>1</sup> que defienden que tanto el marketing como la gestión de la calidad son filosofías o paradigmas de gestión<sup>2</sup> complementarias con un importante potencial de beneficios mutuos. Longbottom *et al.* (2000), entre otros, subrayan la existencia de una convergencia conceptual entre los objetivos del marketing y los de la gestión de la calidad total. De hecho, hay autores que, considerando que tanto el marketing como la gestión de la calidad tienen como idea central la satisfacción del cliente, llegan a proponer nuevos términos o conceptos simbióticos como *total quality marketing* (TQMk). En efecto, autores como Reddy (1994) o Fraser-Robinson y Mosscrop (1991), con el término *total quality marketing* se refieren a un subconjunto de la gestión de la calidad total referida a la forma en que el departamento de marketing debería operar, mientras que otros autores, como Bathie y Sarkar (2002), llegan a referirse a una simbiosis entre los dos términos. En cualquier caso, se ha de destacar que no se trata de un término que haya cuajado ni en la literatura académica ni en la profesional.

El marketing trata de interiorizar las necesidades del cliente, para lo cual desarrolla un seguimiento continuo y proactivo de sus necesidades. La gestión de la calidad también considera la satisfacción del cliente como un elemento central, pero perseguida a través del logro de la excelencia en la ejecución de todos los procesos y de la mejora continua (Santos y Álvarez, 2007a, pp. 440-441). Aunque parezca

---

<sup>1</sup> Cabe destacar, entre otros, los trabajos de Morgan y Piercy (1992), Webster (1994a; 1994b), Lai y Weerakoon (1998), Mohr-Jackson (1998), Morris *et al.* (1999), Longbottom *et al.* (2000), Christopher *et al.* (2002), Gummesson (2002), Bathie y Sarkar (2002) y Mele (2007).

<sup>2</sup> En esta Tesis Doctoral nos referiremos a los conceptos de “filosofía de gestión” y “paradigma de gestión de empresas” en un sentido amplio. Evidentemente, va mucho más allá de los objetivos del trabajo profundizar y matizar dicha conceptualización, relacionada, entre otras líneas, con el análisis de la difusión del conocimiento en gestión de empresas que, a partir de mediados de los años noventa, se ha erigido en una fructífera línea de estudio (ver, al respecto, la interesante revisión de Clarke y Clegg, 2000).

paradójico muchos directivos de empresas han descubierto o redescubierto el enfoque de satisfacción del cliente a través de la gestión de la calidad. Sin embargo, el interés de la literatura de marketing en relación a la calidad está fundamentalmente circunscrito al ámbito de los productos y servicios, dedicándose pocos esfuerzos a estudiar la orientación a la gestión de la calidad.

En este capítulo nos planteamos, como objetivo fundamental, estudiar la interrelación teórica existente entre la gestión de la calidad y la filosofía de marketing<sup>3</sup>, dos paradigmas o filosofías de gestión entendidos en sentido amplio (Clarke y Clegg, 2000).

### **1.1. La filosofía de marketing en la empresa**

El término marketing ha tenido distintas acepciones a lo largo de su historia<sup>4</sup>. Tradicionalmente se distingue entre un enfoque del marketing en cuanto a organización de actividades comerciales dentro de la empresa, es decir, un enfoque pragmático, y un enfoque del marketing como filosofía empresarial.

La evolución de los dos tipos de enfoques del marketing, como organización de actividades comerciales y como filosofía, ha ido variando a lo largo de la historia. Esta evolución se ha desarrollado bajo una estrecha relación entre ambos tipos de enfoques. En opinión del profesor Stanton, el marketing como filosofía es una forma de pensar mientras que, como organización de actividades comerciales, es una forma de actuar. Aunque, lógicamente, la forma de pensar determina el curso de la acción. Así, de acuerdo con la filosofía de marketing, una empresa alcanzará de manera más

---

<sup>3</sup> No es pretensión de esta tesis realizar una revisión detallada de la literatura referida a los conceptos de marketing, gestión de la calidad y orientación al mercado, pero teniendo en cuenta la utilización que posteriormente realizaremos de los mismos, consideramos obligado realizar una selección de la literatura dedicada a ellos y, fundamentalmente, estudiar sus interrelaciones.

<sup>4</sup> En relación a la evolución del concepto de marketing, en el que no vamos a profundizar en exceso, puede consultarse el artículo "El concepto de marketing: pasado y presente" de Coca Carasila (2008). El autor desarrolla una exposición sintética y reflexiva sobre la evolución del concepto de marketing partiendo del principio de que éste se ha ido adaptando a los requerimientos de la empresa y a los grandes cambios acontecidos en el entorno. Para ello, tomando como punto de partida el trabajo de Munuera (1992), analiza los trabajos desarrollados y publicados, a lo largo del tiempo, en artículos de revistas y en libros que tratan el tema.

sencilla sus objetivos de desempeño si adopta una orientación hacia el consumidor y coordina todas sus actividades de marketing (Stanton, 1992, p. 22).

En lo referente a la evolución del marketing en cuanto a la organización de actividades, hay que remontarse a los inicios del comercio cuando mercaderes fenicios y griegos ya utilizaban técnicas de marketing. Kotler (1995, pp. 9-10) relaciona su existencia con la aparición del intercambio comercial que va desde los tiempos del trueque comercial hasta la etapa de la economía del dinero y el sistema de marketing moderno. Martín Armario (1993, p. 26) considera que “el marketing no constituye una actividad nueva, puesto que las tareas que comprende son consustanciales a todo sistema económico basado en el intercambio. En efecto, desde que el hombre existe ha recurrido, en un principio, al trueque, y más tarde a formas más sofisticadas de intercambio, como un medio para satisfacer sus necesidades”. En un sentido parecido se expresa Lambin (1995, p. 17), al señalar que “el marketing cubre tareas que de hecho han existido siempre (...), incluso en un sistema autárquico, basado en la forma más rudimentaria de intercambio, el trueque, los flujos de intercambio y de comunicación existen, aunque su manifestación sea espontánea y no exija la asignación de recursos específicos, ni de las formas de organización para garantizar su funcionamiento”.

En relación a las definiciones de marketing que entran dentro del campo organizativo, es decir, que describen sus actividades y procesos, y obviando la evolución del concepto de marketing desde las primeras definiciones, destacamos las siguientes:

Lambin (1995, p. 5) define el marketing como el proceso social orientado hacia la satisfacción de las necesidades y deseos de individuos y organizaciones, para la creación e intercambio voluntario y competitivo de productos y servicios generadores de alguna utilidad.

Kotler y Armstrong (2008, p. 6) definen el marketing, en un sentido amplio, como “un proceso social y directivo por el que los individuos y las organizaciones obtienen lo que necesitan y desean mediante la creación de intercambio de valor con los demás”, y en un contexto empresarial más estricto, como “el proceso por el que

las empresas crean valor para los clientes y construyen fuertes relaciones con los mismos para obtener valor de ellos a cambio”.

Para la Asociación Americana de Marketing el marketing es una función de las organizaciones y un conjunto de procesos para crear, comunicar y entregar valor a los clientes, y para gestionar las relaciones con los clientes mediante procedimientos que beneficien a la organización y a todos los interesados (AMA, 2009).

En cuanto a la evolución del marketing como filosofía, la historia es mucho más reciente. Aunque los primeros indicios de este tipo de pensamiento se encontraban ya hace más de doscientos años en Adam Smith cuando describía el término de “soberanía del consumidor”, no ha sido hasta hace cuatro décadas cuando Levitt (1969, p. 33) sentara la idea afirmando que el propósito de una empresa es “crear y mantener un cliente”. Representa ésta, una primera afirmación de filosofía de marketing en la empresa (Fernández del Hoyo, 2006, p. 15).

Las definiciones filosóficas de marketing, de las que igualmente destacamos a continuación algunas, tienen como común denominador, de forma mayoritaria, la situación del cliente como centro de atención de toda la empresa.

McCarthy y Perrault afirman que la filosofía de marketing "implica que una empresa dirige todas sus actividades a satisfacer a sus clientes y al hacerlo obtiene un beneficio" (McCarthy y Perrault, 1984, p. 35). Así, la definición del concepto de marketing contiene tres ideas fundamentales: 1) la satisfacción del cliente, 2) el esfuerzo conjunto de la organización, y 3) el beneficio como objetivo.

Para Kotler y Armstrong (2008, p. 12), se trata de una filosofía de dirección según la cual “la consecución de las metas de la organización dependen de que se conozcan las necesidades y deseos de sus mercados objetivos y de ofrecer la satisfacción que buscan sus clientes de una mejor forma de como lo hacen los competidores”.

Bajo este punto de vista, la supervivencia de la empresa depende de la medida en que ésta sepa satisfacer las necesidades reales de los clientes (Anderson, 1982).

Esta perspectiva insiste en la necesidad de ser sensible a los cambios en el mercado, como clave para el éxito empresarial. En una organización que asume la filosofía de marketing como filosofía empresarial, todos sus miembros deben entender que su aportación a la relación de intercambio debe centrarse en satisfacer, ininterrumpidamente y mejor que la competencia, las necesidades de los clientes. Ello va a hacer posible la generación de valor que permitirá crear ventajas competitivas sostenibles en el tiempo.

Para Grönroos (1994) el marketing como filosofía ha de guiar a todas las personas, funciones y departamentos de la organización y tiene que ser comprendido y aceptado por todos. Por tanto, el marketing es un conjunto de ideas que debe estar integrado en toda la organización y debe ser supervisado por los altos directivos. Solo en último término, el marketing es un conjunto de herramientas, técnicas y actividades (Grönroos, 1994, p. 126).

En las últimas décadas ha venido utilizándose también el concepto de “cultura de marketing” como extensión del concepto de filosofía de marketing. Las empresas con una cultura de marketing serían aquellas en las cuales la filosofía de marketing tiene total aplicación e invade el conjunto de la empresa. Esto representa la existencia de un conjunto de valores y actitudes compartidos por toda la organización que tratan de estimular la creación de un mayor valor para los clientes. El personal de todos los departamentos de la empresa debe “pensar como el cliente” (Kotler y Armstrong, 2008, p. 54). Se trata, en definitiva, de un conjunto de creencias y convicciones acerca de cuál debe ser el funcionamiento de la organización.

La implantación de la cultura de marketing resulta un hecho de gran trascendencia en la evolución de la filosofía empresarial. La importancia de esta implantación en las empresas radica en la creencia de que ésta conduce hacia una mayor satisfacción del cliente, un mayor compromiso de los empleados y una mayor rentabilidad (Kohli y Jaworki, 1990, p. 3). Esta implantación de la filosofía de marketing en las organizaciones es, desde que McCarthy y Perrault (1984) así lo estableciesen, lo que la mayor parte de autores entiende por orientación al mercado.

La orientación al mercado y el marketing de relaciones son, en los últimos años, dos de las grandes líneas de investigación de los especialistas de marketing, en la búsqueda del núcleo central de la disciplina.

La adopción de una filosofía de marketing en torno a la orientación al mercado, al igual que la aplicación del marketing relacional<sup>5</sup>, implica que el marketing se extiende por toda la empresa. Es importante la línea de pensamiento que considera que el marketing de relaciones y la orientación al mercado son dos enfoques de gestión convergentes tanto por los objetivos que persiguen como por los puntos que tienen en común<sup>6</sup>.

Así, Barroso y Martín Armario (1999, p. 244), señalan que “el marketing relacional es una forma de orientarse al mercado que pone el énfasis en la orientación hacia el cliente, con lo que se trata de establecer y explotar una relación a largo plazo que lo fidelice, y a partir de lo cual se espera lograr un impacto positivo sobre los resultados económicos de la empresa”. Los autores destacan que ambos enfoques buscan crear una ventaja competitiva a partir de la creación y entrega de un valor superior para el cliente, focalizan la gestión hacia los deseos del cliente, su desarrollo implica a toda la organización y, por último, los dos enfoques enfatizan la perspectiva del largo plazo, tanto en relación a la implantación como a la obtención de resultados.

---

<sup>5</sup> El marketing relacional es una forma de llamar a la estrategia de marketing que se propone mantener y aumentar las relaciones continuas con los clientes. Fue nominado así por varios autores, entre los que destacan Berry (1983), Levitt (1983), Jackson (1985) y Grönroos (1989). Este último autor, define el marketing de relaciones como “el proceso de identificar, establecer, mantener, acrecentar y, cuando sea necesario, finalizar relaciones beneficiosas con los clientes y con otros agentes implicados, a través del mutuo intercambio y del cumplimiento de las promesas” (Grönroos, 1994, p. 135). Se trata ésta de una definición que ha contado con cierta aceptación, teniendo en cuenta la falta de unanimidad a la hora de definir este concepto. En los últimos años, encontramos un gran número de trabajos sobre el tema, artículos, libros e investigaciones son parte del extenso conocimiento que se ha generado respecto al marketing relacional, bajo la premisa de que no solo interesan los intercambios sino también las relaciones que emergen fruto de ellas (Coca Carasila, 2008, p. 401).

<sup>6</sup> Como puntos de convergencia entre marketing de relaciones y orientación al mercado, Barroso y Martín Armario (1999) destacan que ambos enfoques buscan crear una ventaja competitiva a partir de la creación y entrega de un valor superior para el cliente; focalizan la gestión hacia los deseos y preferencias del cliente; su desarrollo implica a toda la organización y no solo al departamento de marketing; y los dos enfoques enfatizan la perspectiva del largo plazo, tanto en relación a la implantación como a la obtención de resultados.

Dalgic (1998, p. 51) también nos aporta una visión convergente de ambos enfoques afirmando que “un efectivo marketing relacional puede conducir fácilmente a mayores porcentajes de clientes satisfechos, a su mayor lealtad. Esto no es, de manera alguna, distinto del enfoque de orientación al mercado”.

Destacamos como un aspecto importante, coincidente en los dos enfoques, el hecho de señalar que la relación con el cliente debe implicar a toda la organización y no solo al departamento de marketing. Ambos enfoques conciben el marketing como una actividad que no se limita solo a un departamento, sino que debe ser desarrollado por toda la organización, siendo contemplado, por tanto, como una función transversal que afecta a la empresa en su conjunto y no solamente como una función a desarrollar por un departamento específico<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Estudiaremos más profundamente el concepto de orientación al mercado, a partir del apartado 1.3. del presente capítulo, en primer lugar como implantación de la filosofía de marketing y, posteriormente, su interrelación con la gestión de la calidad. La relación entre estos dos conceptos será analizada en el estudio empírico para el sector objeto de estudio de esta Tesis Doctoral.

## 1.2. La gestión de la calidad en la empresa

La amplia difusión del término calidad ha provocado, como ha ocurrido con tantos otros términos, la transformación de su significado, atribuyéndosele tantos matices que se ha convertido en una expresión que encierra sentidos múltiples o diversos. Existen multitud de definiciones, a menudo no excluyentes, debido al carácter subjetivo del término calidad. Por tanto, podemos considerar la calidad como un concepto relativo que puede ser definido desde una perspectiva multidimensional (Medina Tornero, 1999b, pp. 24-25).

El diccionario de la lengua española<sup>8</sup> define la calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten juzgar su valor”. El mismo diccionario la define, también, en sentido absoluto, como la “superioridad o excelencia” (RAE, 2001).

De entre las diferentes definiciones que, en el mundo académico, se han dado del concepto de calidad vamos a destacar las enunciadas por los siguientes autores, que, sin ningún género de dudas, podemos calificar de gurús de la calidad<sup>9</sup>:

Crosby (1979, p. 17) define la calidad como la “conformidad con los requerimientos o especificaciones establecidos por el cliente”<sup>10</sup> y, por tanto, “la no conformidad detectada es la ausencia de calidad”. La idea de calidad como cero defectos”, es decir, como producto sin ninguna deficiencia, es habitual en la literatura sobre calidad.

Esta acepción tiene su origen en el ámbito industrial y es un concepto de calidad basado en el producto. El diseño y los requerimientos técnicos del producto,

---

<sup>8</sup> Diccionario de la lengua española. Real Academia Española, vigésima segunda edición (2001).

<sup>9</sup> El ámbito de la gestión de la calidad se ha caracterizado por tratarse de un campo con una fuerte influencia tanto del fenómeno del “guruismo” (Jackson, 2001), como del ámbito profesional o *practitioner*.

<sup>10</sup> El concepto de calidad como conformidad con las especificaciones es, probablemente, el primer concepto adoptado en la literatura sobre calidad y se recoge ya en trabajos iniciales como los de Gilmore (1974) y Levitt (1972).

en ocasiones, son establecidos explícitamente por el cliente. La ventaja de este concepto es la facilidad de medición, pues los objetivos de calidad se pueden fijar sencillamente en términos de conformidad o no con las especificaciones.

Juran desarrolla el concepto de calidad como “la aptitud o adecuación para el uso previsto” y considera que “el consumidor es la pieza más importante de la línea de producción. La calidad se debe orientar a las necesidades del consumidor, presente y futuro” (Juran, 1982, p. 3)<sup>11</sup>.

Por tanto, detrás de esta acepción subyace la idea de que la calidad se observa cuando el producto satisface las características que le permiten desempeñar las funciones para las que se ha fabricado y el cliente no compra el producto en sí, sino los servicios que va a conseguir con su utilización (Camisón *et al.*, 2007, p. 163). Según este concepto lo importante para la empresa es desarrollar productos que proporcionen gran calidad donde realmente importa, es decir, en aquellas características que los clientes valoran en primer lugar.

Los profesores Zeithaml *et al.* (1993, p. 23) establecen la siguiente definición que cuenta con gran aceptación: “la calidad del servicio es la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones”.

Esta acepción, aunque también podría aplicarse al caso de los productos tangibles, se dirige fundamentalmente al sector servicios<sup>12</sup>. Como veremos más adelante, un inconveniente de esta perspectiva radica en la dificultad de medir las expectativas.

La definición de calidad propuesta por la Sociedad Americana para el Control de la Calidad es también aceptada ampliamente: “la calidad es el conjunto de aspectos y características de un producto o servicio que guardan relación con su

---

<sup>11</sup> El concepto de calidad orientada hacia el cliente está presente en la mayoría de los enfoques modernos de gestión de la calidad, desde que Juran señalara al consumidor como “la pieza más importante de la línea de producción” (Juran, 1982, p. 3).

<sup>12</sup> En el capítulo tercero volveremos sobre esta definición al estudiar la calidad de servicio en la prestación de los Servicios Sociales.

capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o latentes de los clientes” (ASQC, 2009).

Como se ha podido constatar, todas estas definiciones se centran claramente en el cliente y sus necesidades. Los clientes tienen un conjunto de necesidades, requisitos y expectativas, proporcionando la empresa calidad cuando su producto o servicio iguala o supera sus expectativas.

Por tanto, basándonos en todas estas definiciones podemos establecer la principal función de la calidad: satisfacer las necesidades del usuario o cliente. Dentro de los clientes de la empresa debemos incluir al cliente interno, es decir al empleado de la empresa que cumple con los papeles tanto de proveedor como de cliente a lo largo del proceso productivo de la empresa (Casadesús *et al.*, 2005, p. 8).

Gran parte de la confusión se genera, a nuestro entender, cuando, a partir de ellas, se realizan apreciaciones relacionadas con otras concepciones del término calidad o cuando se trasladan estas definiciones a otros ámbitos como el estudio de la calidad de la gestión de las organizaciones. En primer lugar habría que dejar bien claro cuál es el sujeto u objeto de referencia. Es decir, ¿calidad de qué? No es lo mismo que se haga referencia a la calidad de un producto o de un servicio, a la calidad de los procesos productivos de una empresa o incluso a la calidad del modo en que una organización determinada es gestionada. Pues bien, como señalan Heras *et al.* (2008a, p. 14), en demasiados casos no se delimita el sujeto u objeto de estudio, y es ahí donde surgen las principales confusiones.

Para los profesores Camisón *et al.* (2007, p. 210), la gestión de la calidad es un constructo<sup>13</sup> multidimensional sobre el cual no existe aún una definición comúnmente aceptada, utilizándose el término para denominar cuestiones diferentes. En efecto, las definiciones de este término varían mucho en cuanto a su alcance: desde definiciones puramente pragmáticas que la entienden como un conjunto de

---

<sup>13</sup> El término “constructo” proviene del inglés *construct*, y representa “la capacidad que tiene una medida para proveer evidencia empírica consistente con una teoría basada en los conceptos” (Zikmund, 1994, p. 775).

principios, prácticas y técnicas, hasta definiciones de mayor calado teórico que la definen como un nuevo paradigma de dirección y gestión de empresas.

Según Heras *et al.* (2008a, p. 15) podemos entender la gestión de la calidad como una actividad funcional específica de la empresa o entenderla como una función transversal dentro de las funciones básicas de la empresa (dirección general, financiación, comercialización, producción y dirección de personas). Asimismo, según estos autores la gestión de la calidad también puede ser entendida como un paradigma de gestión (Heras *et al.*, 2008a, p. 37).

Como señalan los profesores Camisón *et al.* (2007, p. 50), posiblemente, debido a la confusión terminológica, la literatura no termina de ponerse de acuerdo acerca de si la gestión de la calidad es un simple conjunto de técnicas útiles para diferentes aspectos del proceso administrativo<sup>14</sup>, un nuevo paradigma o forma de dirigir<sup>15</sup>, una opción estratégica<sup>16</sup>, una filosofía de dirección<sup>17</sup> o una función directiva más<sup>18</sup>.

Tampoco existe un excesivo consenso a la hora de especificar qué actividades comprende la gestión de la calidad en la empresa. Para Heras *et al.* (2008a) se trata de una serie de actividades relacionadas con la mejora de la calidad de la gestión dirigida a la mejora de los productos o servicios comercializados por las empresas, ya sea a través de la puesta en marcha de un sistema que prevenga errores y sistematice las tareas necesarias para evitar dicha variabilidad o por sistemas más

---

<sup>14</sup> Hay autores, como Price (1989), que aún restringen más su concepto, limitándola a una técnica de control.

<sup>15</sup> Algunos autores que defienden esta perspectiva son: Bounds *et al.* (1994), Ishikawa (1990), Chorn (1991), Brocka y Brocka (1994) y Slater (1991).

<sup>16</sup> La tesis de la gestión de calidad como opción estratégica ha sido formulada por Spencer (1994), Powell (1995), Lau y Anderson (1998), Lee *et al.* (1999), y Stahl y Grigsby (1997), entre otros.

<sup>17</sup> Algunas aportaciones que avalan este planteamiento serían las de Lloréns y Fuentes (2001), Cuatrecasas (2001), James (1997) y Boaden (1997).

<sup>18</sup> Como una función directiva, la gestión de la calidad se ha convertido en campo para una profesionalización de la dirección. De esta forma, los expertos en calidad pueden ser especialistas en la fijación de estándares de trabajo, en el diseño de procesos, en la dirección o auditoría de sistemas de gestión de la calidad o de gestión medioambiental, etcétera.

generales y holísticos que, además de dichas funciones propias de la función de producción, regulan y analizan también otras actividades relacionadas con la función de comercialización, con la de recursos humanos, etcétera (Heras *et al.*, 2008a, pp. 30-31),

Así, para los profesores Casadesús *et al.* (2005), mediante el término genérico de la gestión de la calidad se han identificado lo que en realidad no son más que diferentes estadios evolutivos de la gestión de la calidad: la inspección o control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la gestión de la calidad total. Se trata de tres modalidades cuyo ámbito de aplicación y trascendencia difieren radicalmente y que, de alguna forma, recogen también la evolución de la gestión de la calidad a lo largo de los años<sup>19</sup>.

La gestión de la calidad total, como filosofía de gestión centrada en la calidad, se basa en la participación de todos los miembros de la empresa, y trata de aumentar la satisfacción de los clientes (incluyendo también en este término a los clientes internos), a la vez que se mejora la eficiencia organizativa y se obtienen beneficios para todos los miembros de la organización y el resto de la sociedad (Casadesús *et al.*, 2005, p. 17).

En la literatura profesional se sostiene que la gestión de la calidad es la clave para la creación de valor y la satisfacción del cliente. “Es trabajo de todos, de la misma forma que el marketing es trabajo de todos” (Kotler, 2000, p. 64). Esto, señala Kotler, ya fue expresado por Daniel Beckham al indicar que los especialistas en marketing deben aprender el lenguaje de la mejora de la calidad, de la fabricación y de las operaciones pues en caso contrario quedarán obsoletos. “Los días del marketing funcional han acabado”, señala Beckham, y añade lo siguiente: “No podemos continuar viéndonos como investigadores de mercado, personas de publicidad, especialistas en marketing directo, en estrategias, tenemos que vernos como satisfactores de clientes, defensores del cliente centrados en el proceso total” (Beckham, 1992, p. 3).

---

<sup>19</sup> La evolución de la gestión de la calidad, desde la inspección o control de la calidad hasta la gestión de la calidad total, será abordada en el capítulo cuarto.

Según Kotler a las empresas no les cabe elección y deben aceptar la gestión de la calidad si quieren permanecer en el mercado de forma rentable. Existe una alta correlación entre la calidad del producto o servicio, el nivel de satisfacción del usuario y la rentabilidad de la empresa. Así, unos niveles altos de calidad conducen a mayores niveles de satisfacción de los clientes, lo que al mismo tiempo posibilita el establecimiento de precios más altos. Por tanto, los programas de mejora de la calidad incrementan, normalmente, la rentabilidad empresarial (Kotler, 2000, pp. 63-64)<sup>20</sup>. Ahora bien, como señalan Heras (2006b, p. 779) y Heras *et al.* (2008a, p. 167), en demasiadas ocasiones las afirmaciones tajantes del ámbito profesional y académico sobre la influencia del paradigma de la calidad en la rentabilidad de las empresas no se realizan con el rigor empírico adecuado.

Por lo visto hasta ahora, se comprende la estrecha relación entre la gestión de la calidad y el marketing. Ambas filosofías de gestión intentan ofrecer las respuestas más adecuadas a las necesidades no cubiertas de los consumidores (Medina Tornero, 1999a, p. 13).

En efecto, como señalábamos al inicio del capítulo, en la literatura reciente se ha reflexionado sobre el hecho de que la orientación al mercado, como implantación de la filosofía de marketing, y la gestión de la calidad pueden considerarse como filosofías o culturas de gestión complementarias<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Como veremos más adelante, Narver y Slater (1990) contrastan empíricamente que la orientación al mercado conduce a una mayor satisfacción del cliente, un mayor compromiso de los empleados y una mayor rentabilidad.

<sup>21</sup> La literatura mencionada, así como la relación existente entre la orientación al mercado y la gestión de la calidad, es estudiada en el apartado 1.3.2. del presente capítulo.

### 1.3. La orientación al mercado

#### 1.3.1. Definición y componentes de la orientación al mercado

La investigación en torno a la orientación al mercado ha sido objeto de gran número de trabajos desde que, a finales de la década de los ochenta, el Marketing Science Institute (MSI) la estableciera como línea prioritaria de investigación. Este interés encuentra en gran medida su justificación al considerar que la orientación al mercado puede engendrar ventajas competitivas con el consiguiente impacto positivo sobre los resultados de la empresa (Martín Armario y Cossío, 2001, p. 34).

Con la difusión de los trabajos de Kohli y Jaworski (1990) y de Narver y Slater (1990) se consolida el interés de la comunidad científica por esta filosofía empresarial, constituyendo sus publicaciones el punto de partida de esta línea de investigación. Los primeros autores desarrollan su modelo alrededor del concepto de orientación al mercado desde una perspectiva comportamental y los segundos desarrollan su modelo desde una perspectiva filosófica o de cultura organizacional<sup>22</sup>.

La definición de orientación al mercado no es unánime. Kohli y Jaworski (1990, p. 6), proponen la siguiente: “La orientación al mercado es la generación por parte de toda la organización de información de mercado sobre las necesidades actuales y futuras de los consumidores, así como su diseminación, horizontal y vertical, por todos los departamentos de la organización y la posterior puesta en práctica de acciones de respuesta por el conjunto de la organización”. Por tanto, los autores conceptualizan la orientación al mercado en torno a tres componentes: la obtención de información respecto a la evolución del mercado, la difusión interna de

---

<sup>22</sup> Existe una tercera perspectiva que entiende la orientación al mercado como un conjunto de capacidades. No obstante, las tres perspectivas pueden considerarse complementarias, pues como indican Mazaira *et al.* (2005, p. 183), la orientación al mercado es “una cultura organizativa (caracterizada en la búsqueda permanente de la creación de un valor superior para el consumidor), que incide en el desarrollo de una serie de capacidades, que permiten poner en marcha un conjunto de actividades y manifestaciones que, a su vez, se concretarán en un comportamiento orientado hacia el mercado por parte de la organización”.

esta información y la respuesta proactiva de toda la organización a las necesidades de un mercado cambiante<sup>23</sup>.

Narver y Slater (1990), de una manera más operativa definen la orientación al mercado como una cultura en la que, por un lado, se otorga la máxima prioridad a la creación y mantenimiento de valor para los consumidores superior a la media del mercado de modo rentable, teniendo en consideración, al mismo tiempo, los intereses de todos los públicos de la empresa, y en la que, además, se proporcionan normas de comportamiento en relación con el desarrollo organizativo y la respuesta a la información del mercado. Estos autores ven la orientación al mercado como la “filosofía organizativa más efectiva y eficiente en la generación de un valor superior para los clientes” (Narver y Slater, 1990, p. 21)<sup>24</sup>.

Para Hooley *et al.* (1990, p. 7), la orientación al mercado es una cultura empresarial basada en el componente filosófico del concepto de marketing. Según estos autores, la filosofía de marketing se debe difundir a través de toda la organización para formar una cultura que permita obtener un óptimo desempeño.

Otra interpretación, también de carácter filosófico, es la de Harris (1998), quien pone el acento en el tema de la cultura organizativa. De esta forma, el autor sintetiza los conceptos de orientación al mercado y de cultura organizativa obteniendo conclusiones teóricas sobre la capacidad de la subcultura de marketing para dominar a la cultura organizativa general de la empresa.

En resumen, podemos concluir siguiendo a Bello *et al.* (1999, p. 191) que la orientación al mercado es “la impregnación de la filosofía de marketing en toda la empresa, coordinando diversas funciones organizativas con el objetivo de obtener un nivel satisfactorio de beneficios proporcionando valor a los clientes”. La orientación al mercado representa un tipo concreto de cultura organizativa en la que el

---

<sup>23</sup> La consideración de los tres componentes señalados –la generación de información de mercado, su diseminación interdepartamental y la respuesta de la organización– como variables con posibilidad de graduación, posibilitará la posterior medición del grado de orientación al mercado.

<sup>24</sup> Como señalamos se trata ésta de una definición operativa pues les permitirá, también a estos autores, la posterior medición del grado de orientación al mercado en la empresa, cuestión que comentaremos más adelante.

consumidor es centro de la estrategia y de las operaciones (Deshpandé y Webster, 1989, pp. 3-4).

Podemos identificar seis componentes que se repiten en la definición de la orientación al mercado bajo una perspectiva filosófica-cultural (Martín, 2003, pp. 15-19):

a) Orientación al cliente: Implica que la determinación de las percepciones, expectativas, necesidades y deseos del mercado, así como su satisfacción mediante una oferta adaptada a las mismas, constituye la principal tarea de las organizaciones.

b) Orientación a la competencia: Conlleva que la organización debe estar preparada para responder de forma rápida a las acciones de los competidores, conocer sus puntos fuertes y débiles, analizar sus estrategias, anticiparse a sus movimientos, y prestar atención sobre las oportunidades para desarrollar ventajas competitivas. Todo ello exige disponer de una amplia y completa información respecto a la competencia y una actitud objetiva al valorar las propias posibilidades.

c) Orientación al entorno: Supone vigilar de manera sistemática el entorno tecnológico, social, político y económico, que permita detectar en tiempo útil las oportunidades y amenazas para la empresa (Lambin, 1995, p. 12). La orientación al entorno consiste en realizar un seguimiento de los denominados *stakeholders*<sup>25</sup> o grupos de interés y de los factores del microentorno (factores demográficos, económicos, político-legales, culturales, sociales, tecnológicos y medioambientales, que pudieran tener incidencia en el desarrollo de la actividad de la organización), en la medida en que puedan afectar al desenvolvimiento normal de la empresa.

d) Integración y coordinación interfuncional: Supone la utilización conjunta de todos los recursos de la empresa con el objeto de crear un mayor valor para sus clientes. Se trata de superar los conflictos de intereses que pueden surgir entre los

---

<sup>25</sup> El término *stakeholder* fue utilizado por primera vez por el profesor Freeman en su obra “Strategic management: A stakeholder approach”, para referirse a quienes pueden afectar o son afectados por las actividades de una empresa. Estos grupos o individuos son los públicos interesados que, según Freeman, deben ser considerados como un elemento esencial en la planificación estratégica de la organización (Freeman, 1984). En este trabajo utilizaremos, en su lugar, el término “grupo de interés”, definido por Kotler (1995) como “todo colectivo que tenga impacto actual o potencial sobre la capacidad de la empresa para alcanzar sus objetivos” (Kotler, 1995, p. 169).

distintos departamentos. La satisfacción de las necesidades de los clientes es el objetivo que debe servir de guía en caso de conflicto. Los directivos deben dejar claro su compromiso con la misión empresarial y lograr, por mecanismos formales o informales, que cada una de los miembros de la organización comprenda el valor de integrarse y coordinarse con los restantes eliminando cualquier barrera interna que pudiera surgir. Su ejemplo debe extenderse por todos los niveles de la empresa y alcanzar a todos los miembros de la organización. Para todo ello, será necesaria la puesta en marcha de un programa de marketing interno<sup>26</sup>.

e) Perspectiva a largo plazo: La orientación al mercado persigue como propósito fundamental generar mayor valor a los clientes a través del establecimiento de relaciones a largo plazo que permitan mayores beneficios a ambas partes. Lo importante no es solo atraer nuevos clientes, sino también retenerlos, y no a todos los clientes, sino tan solo a los más rentables a largo plazo. Como subrayan Narver y Slater (1990, p. 22), la supervivencia futura de cualquier compañía está íntimamente relacionada con la perspectiva a largo plazo, sobre todo cuando existe un gran nivel de competencia.

f) Orientación al beneficio: Para que una empresa adopte una orientación al mercado es necesario que le proporcione unos resultados por encima del promedio de su sector, en el caso de empresas que persiguen el beneficio, o que asegure su existencia a largo plazo, si se trata de organizaciones sin ánimo de lucro. Kohli y Jaworski (1990, p. 13) llegan a la conclusión de que el beneficio, más que un componente de la orientación al mercado, es una consecuencia de la misma. En esta misma línea, Narver y Slater (1990, p. 22) concluyen que, aunque la orientación al beneficio se pueda percibir como un componente de la orientación al mercado, se trata de una consecuencia, de un objetivo de la empresa, y no de un elemento constitutivo de la orientación al mercado.

---

<sup>26</sup> Para Kotler el marketing interno es especialmente importante para una empresa de servicios y supone “orientar y motivar a sus empleados en contacto con los clientes y respaldar al personal de servicios para trabajar como un equipo para proporcionar satisfacción al cliente” (Kotler y Armstrong, 2008, p. 303). Más adelante, al abordar el marketing residencial, volveremos sobre esta cuestión.

A pesar de las diferentes perspectivas de la orientación al mercado y del gran número de investigaciones realizadas, existe un cierto consenso al admitir los trabajos de Kohli y Jaworski (1990) y de Narver y Slater (1990) como el cuerpo doctrinal básico de esta línea de investigación.

Kohli y Jaworski (1990, pp. 4-5), como citábamos con anterioridad, conceptualizan la orientación al mercado en torno a la generación de información de mercado<sup>27</sup>, su diseminación interdepartamental<sup>28</sup>, y la respuesta<sup>29</sup> de toda la organización a las necesidades del mercado. Estos autores proponen, en 1993, una escala para su medición de acuerdo con los tres componentes citados: la escala MARKOR (Kohli *et al.*, 1993).

Para Narver y Slater (1990, p. 21) la orientación al mercado supone la cultura organizativa que “más eficaz y eficientemente crea los comportamientos necesarios para la provisión de un valor superior para los compradores y, por tanto, un desempeño superior continuo para el negocio”, que “consiste en tres componentes comportamentales: la orientación al cliente, la orientación a la competencia y la coordinación interfuncional, y dos criterios de decisión: el enfoque de largo plazo y la rentabilidad”. Estos autores, basándose en los tres componentes comportamentales y los dos criterios de decisión citados proponen, igualmente, una escala de medición de la orientación al mercado: la escala MKTOR<sup>30</sup>.

A pesar de las diferencias existentes entre los dos enfoques pueden encontrarse similitudes entre sus componentes. Así, pueden señalarse como

---

<sup>27</sup> Es responsabilidad de toda la organización obtener información sobre las necesidades presentes y futuras de los clientes, así como de los factores exógenos que les influyen.

<sup>28</sup> Es decir, la difusión del conocimiento en cualquier sentido y nivel entre los departamentos.

<sup>29</sup> También es responsabilidad de toda la organización responder a las necesidades de mercado, desarrollando una oferta de mayor valor, que permitirá la obtención de ventajas competitivas.

<sup>30</sup> A raíz de la aparición de las escalas anteriormente expuestas, distintos autores se dedicaron a estudiar este mismo campo. La mayoría de sus trabajos se dirigen en tres direcciones: realizar validaciones de las escalas originales como el estudio de Siguaw y Diamantopoulos (1995); realizar adaptaciones a campos específicos como las de Greenley (1995), Farrell y Ockowski, (1997), Harris (1998), Lado *et al.* (1996), Gray *et al.* (1998) y Siguaw *et al.* (1998); y a estudiar las relaciones entre la orientación al mercado y otras variables, como en Deshpandé *et al.* (1993), Diamantopoulos y Hart (1993), Cadogan (1995) y Greenley y Foxall (1997).

características compartidas, siguiendo a Bigné y Blesa (2004)<sup>31</sup>, que en ambas: la orientación al mercado está basada en temas comportamentales; la orientación al mercado se caracteriza por la consecución y uso de información de los consumidores, así como por el desarrollo e implementación de una estrategia para satisfacer las necesidades y deseos del consumidor; el consumidor es el centro de la orientación al mercado; se incorpora un punto de vista interno y externo de la situación específica del entorno de la organización; hay un reconocimiento explícito de que toda organización es responsable de la respuesta a las necesidades de los consumidores; y el alcance de la orientación al mercado va más allá de los consumidores e incorpora a la competencia (Bigné y Blesa, 2004, p. 54).

Jaworski y Kohli (1996, p. 122), en un intento por aunar ambos enfoques, afirman que la orientación al mercado debe ser entendida como la generación, diseminación y respuesta a la información sobre el consumidor y la competencia por parte de toda la organización.

Recogiendo las similitudes encontradas en estos modelos, pueden resumirse en seis las dimensiones que han de ser consideradas para la medición de la orientación al mercado según Bigné y Blesa (2004, p. 54): 1) la generación de información; 2) la diseminación de la información por toda la organización; 3) la respuesta a dicha información; 4) la orientación al consumidor; 5) la orientación a la competencia; y 6) la coordinación interfuncional<sup>32</sup>.

Las investigaciones que posteriormente se han realizado sobre la orientación al mercado se han centrado básicamente en los siguientes aspectos (Martín Armario y Cossío, 2001, p. 34): 1) estudio de su naturaleza, de su dimensionalidad y de la propuesta de escalas para medirla; 2) estudio de sus antecedentes, es decir, de los factores organizativos que facilitan u obstaculizan su desarrollo e implantación en

---

<sup>31</sup> A su vez, Bigné y Blesa siguen a Jaworski y Kohli (1996), Greenley (1995), Ruckert (1992) y Narver y Slater (1990).

<sup>32</sup> Consideraremos las dimensiones propuestas, por parte de los autores citados, en sus escalas de medición de la orientación al mercado cuando definamos, con carácter preliminar, una escala que permita medir el grado de orientación al mercado en las residencias para personas mayores.

una empresa; 3) estudio de las consecuencias<sup>33</sup> que la orientación al mercado provoca en la empresa; 4) estudio de factores moderadores<sup>34</sup> que pueden afectar al énfasis sobre los componentes de la orientación al mercado, o moderar también la relación entre esta última y los resultados.

Podemos señalar que la orientación al mercado puede constituir una fuente de ventaja competitiva para la empresa. Además, se trataría de una ventaja competitiva de carácter sostenible debido al hecho de su dificultad de imitación. Si los competidores tienen dificultad en imitar esa cultura la ventaja competitiva generada por la misma será sostenible. En efecto, un elevado nivel de orientación al mercado proporciona a la empresa una mayor sensibilidad hacia las percepciones de los clientes, y enfatiza la necesidad de ofrecerles más valor en su oferta. Todo esto debe llevar a una mayor adaptación a las necesidades de sus clientes de los productos y servicios ofrecidos y, por tanto, a una mayor tasa de éxito de los mismos, a una mejora de las tasas de retención de los clientes, a un crecimiento de las ventas, a mayores cuotas de mercado y, en definitiva, a una mayor rentabilidad<sup>35</sup>.

Hay autores, como Lafferty y Hult (2001), que consideran que la contribución de la orientación al mercado no ha desarrollado todavía todo su potencial. Pero a pesar de que la línea de investigación no esté agotada, según estos autores existen

---

<sup>33</sup> Podemos destacar como consecuencias las señaladas por Barroso y Martín Armario (1999) siguiendo a Kohli y Jaworki (1990, 1993): 1- Consecuencias sobre los empleados: la orientación al mercado provoca efectos positivos sobre el espíritu de equipo, el sentimiento de pertenencia a la empresa y el grado de compromiso con ella. 2- Consecuencias sobre los clientes: efectos positivos sobre su satisfacción. 3- Consecuencias sobre el desempeño: debido a un mejor conocimiento de las necesidades y preferencias de los clientes, y a una adecuada formación y concienciación de los empleados, se logra una mayor satisfacción de los clientes, consiguiendo un nivel de desempeño mayor (Barroso y Martín Armario, 1999, pp. 238-239).

<sup>34</sup> Por factor moderador en una relación se entiende aquella variable cuya presencia puede potenciar o reducir la intensidad de la relación entre las variables consideradas. Algunos de los factores moderadores, mencionados más frecuentemente en la literatura, son: la turbulencia del mercado, la turbulencia tecnológica, la rivalidad competitiva y el crecimiento del mercado. Además del estudio de estos factores moderadores, que suelen denominarse “variables ambientales o externas”, se proponen una serie de variables moderadoras internas como, entre otras: la aversión al riesgo de la dirección, el tamaño de la empresa, la estrategia de la empresa y su nivel de centralización.

<sup>35</sup> Narver y Slater (1990) fueron los primeros en validar empíricamente la relación entre la orientación al mercado y los resultados, después de que durante décadas se aceptase la relación intuitivamente. Los resultados obtenidos en sus estudios confirman las intuiciones de los estudiosos del marketing y corroboran, por tanto, la existencia de una relación entre orientación al mercado y rentabilidad.

dos motivos que van a obstaculizar su desarrollo en el futuro: la confusión misma sobre el concepto de orientación al mercado, que dificulta su investigación empírica, y la falta de integración de los modelos que han sido testados empíricamente.

Por otro lado, como señalan Barroso y Martín Armario (1999), en relación a la implantación de la orientación al mercado, hay que ser conscientes de las exigencias que plantea. Por ello, la dirección de la organización debe estar convencida de su valor y comprometerse de forma decidida en su implantación. De esta forma, “como la orientación al mercado no es fácil de engendrar ni de implantar, la ventaja competitiva que genera se manifiesta en el largo plazo y, por su dificultad de imitación, puede ser duradera” (Barroso y Martín Armario, 1999, p. 242).

### **1.3.2. La orientación al mercado y la filosofía de marketing**

Al igual que otros autores, como Varela y Calvo (1998, p. 37), entendemos que la orientación al mercado constituye la piedra angular sobre la que fundamentar la actuación de la dirección de marketing, radicando su importancia en la capacidad para proporcionar una mayor satisfacción a los consumidores y, en consecuencia, obtener mejores resultados.

La idea que subyace bajo la denominación de orientación al mercado ha estado presente en las últimas décadas en la mente de los profesionales y estudiosos del marketing. Para la mayoría de éstos, y siguiendo a McCarthy y Perrault (1984), la orientación al mercado se crea en la empresa con la implantación de la filosofía de marketing.

Los términos de orientación al mercado, orientación al marketing, orientación al cliente y orientación al consumidor han sido utilizados de forma indistinta para presentar conceptos más o menos próximos dentro del campo del marketing. Sin embargo, se pueden constatar diferencias conceptuales entre estos términos.

Así, los conceptos de orientación al mercado y orientación al marketing han sido los más indiferentemente utilizados. No obstante, algunos autores como Shapiro (1988, pp. 119-125), apuntan importantes diferencias entre estos dos conceptos

proponiendo el empleo del concepto de orientación al mercado, por ser un término que concierne a toda la empresa, por ser más amplio<sup>36</sup> y por llevar una menor carga política. No obstante, si se observan desde una perspectiva más amplia que la de este autor, estos conceptos resultan ser similares. Shapiro (1988) lleva a cabo una interpretación restrictiva de orientación al marketing cuando la circunscribe al departamento de marketing, pues su objetivo sería la difusión por toda la organización. También es discutible que el concepto de mercado sea más amplio que el de marketing. Por último, en relación a la carga política, Shapiro considera, en nuestra opinión acertadamente, que el reconocimiento del término de orientación al marketing como filosofía conductora empresarial podría considerarse como una exaltación del departamento del mismo nombre en perjuicio del resto, pudiendo ello ser objeto de un conflicto interno (Fernández del Hoyo, 2006, p. 49).

En general, se puede concluir que ambos conceptos pueden considerarse similares aunque sería preferible dejar el concepto de orientación al mercado para la implantación, y el concepto de orientación al marketing, en cambio, para la filosofía (Fernández del Hoyo, 2006, p. 49). Es decir, la orientación al mercado sería el particular comportamiento empresarial consecuencia de la implantación de la filosofía de marketing en la empresa.

Al contrario de los anteriores conceptos, los de orientación al mercado, orientación al cliente y orientación al consumidor sí parecen ser términos bien diferenciados que merecen una distinción en su empleo. Si son considerados en el orden descrito, cada uno de ellos representa una visión más restrictiva del anterior. Es decir, el concepto de orientación al mercado, el más amplio, incluye el de orientación al cliente que, a su vez, engloba al más restrictivo de orientación al consumidor (Fernández del Hoyo, 2006, p. 50).

Para estudiar con más detalle estas diferencias, en especial entre el concepto de orientación al mercado y el de orientación al cliente, se puede seguir a Webster (1994b). Este autor apunta que la orientación al cliente no es más que una parte, el

---

<sup>36</sup> Aquí Shapiro sigue a Park y Zaltman (1987), quienes establecen el concepto de gestión de mercados como concepto más amplio que el de gestión de marketing, cuestión que es muy discutible hoy en día.

primer paso, de la orientación al mercado. Subsiguientes pasos serían una orientación a la competencia y a la rentabilidad<sup>37</sup>.

Para Barroso y Martín Armario (1999, p. 229), la orientación al cliente constituye “el corazón de la orientación al mercado, e implica que la organización debe poner en marcha un estudio exhaustivo del público objetivo con objeto de conocer y comprender sus necesidades y deseos”.

Una vez comentadas las diferencias conceptuales de los términos señalados, nos interesa destacar que las condiciones necesarias para la correcta implantación de la filosofía marketing en la empresa, por lo general, no son de fácil cumplimiento. Denison y McDonald ya señalaban en 1995 que el éxito en marketing no solo radica en reconocer la estrategia adecuada sino, además, en poder implantarla correctamente (Denison y McDonald, 1995, p. 62).

Igualmente Lambin (1995, p. 11) señala el hecho de que comprender la filosofía de marketing es una cosa y ponerla en práctica otra. Por ello, las empresas parecen haber encontrado más problemas al limitarse a poner en práctica políticas de marketing-mix, olvidándose de acciones estratégicas de selección de público objetivo y proposición de valor. Es decir, se produce una concentración en el marketing táctico, falta de orientación al mercado, olvidándose el marketing estratégico.

Para una adecuada implantación de la filosofía de marketing en la empresa es necesaria tanto una dotación organizativa que permita poner en práctica las políticas comerciales como la aceptación de la filosofía de marketing por parte de toda la organización. Únicamente de esta forma podremos hablar de una empresa orientada al mercado.

### **1.3.3. La orientación al mercado y la gestión de la calidad**

Aunque la literatura sobre la gestión de la calidad y la orientación al mercado se ha desarrollado de modo independiente, ambos conceptos tienen, a nuestro entender, mucho en común. Un autor que analiza con profusión la relación entre la

---

<sup>37</sup> Webster sigue, de esta forma, a Narver y Slater (1990).

orientación al mercado y la orientación a la gestión de la calidad, es Mohr-Jackson. En su opinión, existen muchas similitudes entre los dos conceptos y critica el hecho de que desde el marketing no se hayan dedicado muchos esfuerzos a estudiar la orientación a la gestión de la calidad, siendo el tema central en ambos la satisfacción del cliente (Mohr-Jackson, 1998, p. 13-14).

Este autor entiende la orientación a la calidad como el compromiso, por parte de toda la organización, de una mejora continua en la entrega de calidad, entendida ésta desde el punto de vista del cliente, con el fin último de satisfacerle mejor. La orientación a la calidad promete resultados superiores a través de un enfoque centrado externamente en la satisfacción del cliente e internamente en la excelencia operativa (Mohr-Jackson, 1998, p. 19).

Para Garvin (1987, pp. 101-102), todas las definiciones de la gestión de la calidad giran en torno al concepto de satisfacción del cliente. Aunque el concepto de satisfacción del cliente es el núcleo central de la orientación al mercado, resulta un tanto irónico que un gran número de organizaciones hayan redescubierto el interés por sus clientes con motivo de la implantación de programas de calidad. Sin embargo, en opinión de este autor, esto no quiere decir que la gestión de calidad vaya a prevalecer sobre la orientación al mercado.

En la literatura empírica existente sobre esta relación —no muy prolija, como queda dicho—, parecen constatarse los vínculos que en este sentido sugerimos. Así, los resultados de las investigaciones realizadas por los profesores Santos y Álvarez, les permiten defender que la aplicación de un sistema de gestión empresarial basado en la calidad favorece el desarrollo de la cultura de orientación al mercado. Además, este enfoque de gestión permite, en opinión de los citados autores, el logro de un mayor reconocimiento y aplicación del marketing en las organizaciones, por lo menos en lo que se refiere al desarrollo de la cultura necesaria para su correcta puesta en práctica (Santos y Álvarez, 2007a, pp. 453-455).

Las definiciones de gestión de la calidad parecen no dejar dudas acerca del interés en la gestión centrada en el mercado y, por tanto, puede ser considerada por la empresa como una forma de alcanzar ventajas competitivas mediante la consecución

de clientes más satisfechos y fieles y, en definitiva, la obtención de mejores resultados.

Ahora bien, a nuestro modo de ver, no todo son similitudes entre la orientación al mercado y la gestión de la calidad, sino que también existen diferencias en cuanto al enfoque del estudio y las herramientas utilizadas. Tradicionalmente, el enfoque del estudio de la calidad en marketing se ha centrado en la calidad del producto o servicio, mientras que el enfoque de la gestión de la calidad se ha centrado más en la calidad del proceso o en la calidad de la gestión. Por otra parte, se ha de tener en cuenta que la gestión de la calidad, al tratarse de un paradigma de dirección de empresas más amplio, cuenta también con una vertiente orientada a los aspectos internos de la organización, del que la filosofía de marketing carece. Aspectos que se encuentran estrechamente relacionados con la dirección de personas, como, por ejemplo, la motivación y participación de los empleados, la adhesión de los empleados y la comunicación interna.

#### 1.4. Consideraciones finales

Consideramos, al igual que otros autores, como por ejemplo Santos y Álvarez (2007b, p. 41), que la gestión de la calidad puede ser importante para la aplicación con éxito de la filosofía de marketing en las empresas, pues incrementa la cooperación y comunicación entre el departamento de marketing y otras funciones de la empresa, evitándose que el papel del marketing acabe circunscrito a las actividades propias de su función. De esta manera, el marketing participará en la formulación de la estrategia corporativa y competitiva, lo cual supone apreciar el papel del marketing en la empresa.

Los directivos de marketing, según Kotler, tienen dos responsabilidades cuando trabajan en una empresa con un enfoque de calidad: “en primer lugar, deben participar en la formulación de estrategias y políticas diseñadas para ayudar a la empresa a ganar la excelencia en calidad. En segundo lugar, deben ofrecer una calidad de marketing”, es decir, “cada actividad de marketing, la investigación de marketing, la formación de vendedores, la publicidad, la atención al cliente, etcétera, debe ser realizada con elevados estándares” (Kotler, 2000, p. 64).

En suma, Kotler sugiere, a nuestro entender, que desde el marketing se interioricen las aportaciones del paradigma de la calidad en dos vertientes complementarias: por una parte, al tratarse de ámbitos tan cercanos y convergentes, se participe de forma activa en la adopción de las distintas actividades, herramientas y modelos del paradigma en la empresa, y, por otra, se adopten en su propio ámbito funcional las principales ideas y conceptos teóricos y operativos que se proponen desde dicho paradigma de la calidad. Esta perspectiva casa con una orientación integradora y holística del marketing, que lo sitúa a un nivel conceptual similar al ocupado por conceptos tan genéricos como el *management*.

Coincidiendo con Mele (2007, p. 253), pensamos que la gestión de la calidad representa una plataforma para aprovechar totalmente la potencialidad del marketing e insistimos en la complementariedad y en las sinergias de ambos enfoques. En una línea similar, Krohmer *et al.* (2002) se preguntan si la disciplina del marketing, como

en su opinión ha sucedido con el paradigma de la gestión de la calidad, no debería ser entendida como una disciplina transversal a distintas funciones empresariales o, dicho de otro modo, multifuncional. Pues bien, a nuestro entender se trata de una reflexión del todo pertinente y que resulta quizá clave para el análisis teórico y empírico de la convergencia existente entre los dos enfoques mencionados<sup>38</sup>.

Por todo lo comentado, y siguiendo a Santos y Álvarez (2007b, p. 41), podemos concluir que el éxito a largo plazo de la gestión de la calidad depende, entre otros factores, de la existencia de fuertes vínculos con las actividades de marketing, especialmente en lo referente a investigación de las necesidades de los clientes, evaluación de la competencia y análisis del entorno. Igualmente, y realizando una síntesis de las aportaciones de Fram (1995), Orsini (1994) y Cravens *et al.* (1988), podemos resaltar las acciones que, prioritariamente, debe desarrollar la dirección de marketing para conseguir el aseguramiento de la calidad, y que a su vez son propias de las empresas orientadas al mercado: 1) establecer las expectativas de calidad de los clientes y participar en su conversión en estándares de calidad; 2) aplicar los estándares para mejorar la calidad de sus actividades; y 3) desarrollar la función de comercialización aprovechando la calidad de los productos para obtener ventajas competitivas.

A modo de conclusión, podemos señalar que, dada la complementariedad entre la filosofía de la gestión de la calidad y la de marketing, la aplicación de técnicas de la primera al marketing ayudaría a mejorar la implantación de una filosofía de marketing en la empresa. A su vez, la implantación de una filosofía de marketing permitiría asegurar la incorporación de las expectativas de los clientes a los procesos internos de mejora evitando el riesgo, siempre presente, de una excesiva orientación a la eficiencia interna por parte de la gestión de la calidad.

---

<sup>38</sup> Recordemos que el objetivo principal de este trabajo es describir y explicar la relación existente entre la gestión de la calidad y la filosofía de marketing en las residencias para personas mayores.

*PARTE I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS*

*Capítulo 1º- El marketing y la gestión de la calidad*

## **CAPÍTULO 2º - EL SECTOR DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

Al tener este trabajo como objetivo el estudio de diferentes modelos y herramientas de gestión en las residencias para personas mayores, consideramos obligado enmarcar los servicios que ofrecen estas organizaciones dentro del contexto del sector de los Servicios Sociales, cuya naturaleza, realidad y manifestación en nuestro entorno debemos comprender.

Comenzaremos, por tanto, con una primera aproximación al concepto de Servicios Sociales, ubicándolo dentro del sector sociosanitario e intentando delimitar su contenido y los principios que sustentan un sistema de Servicios Sociales, para, seguidamente, seleccionar aquellos esquemas de clasificación de estos servicios que mejor nos permitan comprender sus elementos sustanciales y sus características.

Posteriormente, estudiaremos las particularidades propias de las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, a partir de las cuales definiremos, en el capítulo tercero, la singularidad del marketing aplicado a las mismas. Por último, describiremos el sector de los Servicios Sociales en nuestro entorno de referencia, es decir, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

## **2.1. Definición y principios inspiradores de los Servicios Sociales**

Los Servicios Sociales representan un subsector dentro del sector de los servicios sociosanitarios que, además de los Servicios Sociales, incluye también los servicios sanitarios. Son varios los factores que suelen determinar la poco consistente delimitación entre el subsector sanitario y el de los Servicios Sociales (Ararteko, 2007, p. 45):

- El factor económico: el deseo de las administraciones públicas de trasladar costes desde el ámbito sanitario, de acceso universal, a otro, el de los Servicios Sociales, en el que la prestación de los servicios cuenta con la participación económica del usuario.

- La tendencia del sector sanitario a replegarse sobre sus funciones de atención a las patologías agudas que, tradicionalmente, han constituido su núcleo básico y esencial.

- La naturaleza variable y cambiante de la frontera entre lo social y lo sanitario.

En la práctica, ambos subsectores funcionan de manera independiente, aunque lo cierto es que muchas de las intervenciones relacionadas con la salud de una población van más allá de los requerimientos únicamente del sistema sanitario e implican a otros sectores<sup>39</sup>.

Durante la última década se ha tratado de articular soluciones, prestaciones y servicios de naturaleza mixta, que implican la coordinación y la colaboración de lo sanitario y de lo social, para dar respuesta a las necesidades de los grupos de población cuyas necesidades se sitúan en la frontera entre ambos mundos (Ararteko, 2007, p. 45).

---

<sup>39</sup> No solo nos referimos al sector de los Servicios Sociales, donde la interdependencia es evidente, sino también, por ejemplo, al sector de la educación.

Es una opinión generalizada que los dos sistemas, el social y el sanitario, deben actuar de forma conjunta y complementaria, para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea, existiendo un fuerte solapamiento entre ambos desde una concepción integral de la persona.

En este sentido, el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria en el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Sociosanitaria en el País Vasco<sup>40</sup>, propone un modelo de coordinación de los sistemas sanitario y social, en contraposición a un modelo de integración. Es decir, el Plan no promueve la creación de un espacio propio sociosanitario, diferenciado de la red de servicios de salud y de la de Servicios Sociales, dotado de servicios específicos y con un sistema de financiación propio, sino que apuesta por un sistema no integrado, en el que solo existen dos sistemas, el social y el sanitario, con un fuerte solapamiento entre ambos.

Desde esta perspectiva, “los diferentes dispositivos deben adscribirse a uno de los dos sistemas, sobre la base del respeto a las competencias de cada una de las redes y de la necesaria integración funcional entre ellas para obtener las mayores sinergias de su actuación simultánea, coordinada y constante” (Ararteko, 2007, p. 102).

Una vez ubicados el subsector de los Servicios Sociales y el sanitario dentro del sector sociosanitario, vamos a estudiar en este trabajo con profundidad el primero de ellos. Sin embargo, algunas de las reflexiones y aportaciones que realizaremos pueden provenir del ámbito sanitario cuando pensemos que son extrapolables al ámbito de los Servicios Sociales.

Los Servicios Sociales constituyen un medio para hacer efectivo el derecho a vivir en una sociedad más justa e igualitaria en la que los ciudadanos no sean discriminados por estar en situaciones de marginación o pobreza. Son un instrumento para tratar de cubrir desajustes, desequilibrios y desigualdades sociales (Alemán, 2002, p. 18).

---

<sup>40</sup> Realizado para un periodo de vigencia de cuatro años (2005-2008), se trata del instrumento que permite establecer la filosofía y la política básicas de la atención sociosanitaria en la CAPV.

Repasando en la literatura el concepto de Servicios Sociales recogemos la definición propuesta por Alonso Seco y Gonzalo (1997), quienes señalan que asistencia social y Servicios Sociales son dos términos que pueden ser utilizados para referirse a “aquellas medidas de protección social, distintas de los sistemas de sanidad, educación, seguridad social, vivienda y empleo, cuya finalidad es proporcionar a los individuos medios básicos de subsistencia, instrumentos adecuados de desarrollo personal y social, y cauces que faciliten su integración plena en el medio comunitario en que viven, con el objetivo último de eliminar la exclusión social” (Alonso Seco y Gonzalo, 1997, p. 128).

Para Garcés Ferrer (1996) los Servicios Sociales son “servicios públicos para prevenir y atender las consecuencias de determinadas desigualdades sociales en los ciudadanos y facilitar la integración social por medio de centros, equipos técnicos y unidades administrativas de gestión pública o privada” (Garcés Ferrer, 1996, p. 55).

Casado (1989, p. 96), en relación al concepto y naturaleza de los Servicios Sociales, argumenta que éstos tienen por objeto situaciones de carencia en la cobertura de necesidades humanas que no son tratables por las funciones sociales universales (sanidad, educación, empleo, vivienda y urbanismo y prestaciones económicas) y que revisten una particular gravedad para la supervivencia de quienes las padecen o para el mantenimiento y legitimación de la sociedad. Los Servicios Sociales serían actividades orientadas a la prevención de carencias, la rehabilitación de capacidades o la asistencia a los afectados o a sus familias. Desde el punto de vista de este autor, los Servicios Sociales serían una rama del sector servicios consistente en “actividades de apoyo, recuperación, facilitación y protección relativas a carencias básicamente personales y abordadas a escala individual, familiar, de minorías sociales y de pequeñas comunidades” (Casado, 1998, p. 60).

Para Meunier (1986, p. 17), los Servicios Sociales son los “servicios colectivos divisibles, tutelados por los poderes públicos, que consisten esencialmente en prestaciones de persona/s a persona/s”<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Para esta definición Meunier se inspira en los trabajos de Weber (1947) y Wolfelsperger (1969).

Siguiendo a Fernández Guerrero y Martínez Moreno (1997), los Servicios Sociales parecen haber quedado definidos en dos planos diferentes de actuación, aunque en los programas concretos aparezcan como complementarios y sinérgicos entre sí. Los dos planos señalados por estos autores serían (Fernández Guerrero y Martínez Moreno, 1997, pp. 32-35):

a) La prestación de servicios que no tienen equivalente en otros subsistemas del sistema de bienestar y que, por lo tanto, le son intrínsecamente propios como, por ejemplo, los servicios de atención (servicios de información y asesoramiento) y los programas de marketing social y de promoción de conductas y actitudes dirigidos a la población normalizada.

b) La prestación de servicios a colectivos que no tienen un acceso normalizado a los recursos públicos o privados y que plantean dificultades de incorporación a alguno de los subsistemas sociales básicos. Los Servicios Sociales habilitan recursos a través de programas que tienen como propósito la defensa, la garantía de supervivencia, o la incorporación y/o reincorporación de personas y colectivos al sistema social general o que, al menos, pretenden frenar el deterioro de sus condiciones de vida y posibilidades de desarrollo personal y social.

Para finalizar, señalamos la definición<sup>42</sup> propuesta por Casado *et al.* (2005), quienes entienden los Servicios Sociales como “aquellas prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general”.

En una definición de los Servicios Sociales, como la anteriormente señalada, se debe conseguir, en opinión de Fantova (2006, pp. 29-30):

- Subrayar la entidad y especificidad de los Servicios Sociales.

---

<sup>42</sup> Otras definiciones de los Servicios Sociales las podemos encontrar en Ariño (1996, pp. 20-21), Eustat (2008, XI), García Herrero y Ramírez Navarro (1992, p. 9), Setién y Arriola (1998, p. 331), entre otros.

- Diferenciar los Servicios Sociales del conjunto de servicios e iniciativas que se orientan a la búsqueda del bienestar individual y social. No debemos confundir la parte, los Servicios Sociales, con el todo, que estará conformado, además, por servicios educativos, sanitarios, etcétera.

- Delimitar de forma realista los resultados que pueden esperarse de los Servicios Sociales, huyendo de planteamientos que piden a los Servicios Sociales la consecución de objetivos que solo pueden alcanzarse, en el mejor de los casos, por el conjunto del sistema de bienestar o, incluso, de la sociedad.

- Identificar el valor de carácter relacional como un valor añadido fundamental de los Servicios Sociales. De esta forma, otras aportaciones de los Servicios Sociales, ya sean materiales o económicas, se subordinarían a esa aportación relacional.

- Rechazar, implícitamente, otras definiciones que entienden los Servicios Sociales como servicios de carácter residual o subsidiario, encargados de aquello que no realizan otros servicios o sistemas, entendiendo que todas las ramas serían complementarias entre sí.

- Superar la conceptualización de los Servicios Sociales que los vinculan a unos determinados colectivos, proponiendo una aproximación que ayude a entender que todas las personas, familias y comunidades son destinatarias, en principio, de los Servicios Sociales.

- Evitar la identificación entre Servicios Sociales y Servicios Sociales públicos, dado que los Servicios Sociales pueden ser tanto públicos como privados.

- Diferenciar los Servicios Sociales de aquellas iniciativas informales, de carácter familiar o comunitario, que pudieran orientarse a fines similares a los que buscan los Servicios Sociales. A este respecto, es preciso subrayar la necesidad de que exista una sinergia entre los Servicios Sociales formales y dichas iniciativas informales.

La mayoría de los autores estudiados incluyen dentro de los Servicios Sociales las prestaciones económicas. Así, para Setién y Arriola, aunque incluir las

prestaciones económicas como Servicios Sociales puede ser objeto de discusión, consideran oportuno la inclusión de aquellas que se ofrecen en situaciones concretas (Setién y Arriola, 1998, p. 332). Según Alonso Seco y Gonzalo (1997, p. 224), “en los Servicios Sociales el ámbito de la acción es amplísimo, mejor diríamos inagotable, porque cada día surgen nuevas necesidades. Puede diferenciarse en dos grandes bloques (...): las prestaciones técnicas de Servicios Sociales y las prestaciones económicas”<sup>43</sup>.

Sin embargo, otros autores como Kahn y Kamerman (1987) diferencian entre los Servicios Sociales y las prestaciones económicas, pues éstas, al fin y al cabo, representan una aportación de dinero que, posteriormente puede ser cambiado por cualquier tipo de bienes o servicios y por tanto, podrían vincularse a cualquiera de los subsistemas.

También debemos mencionar la coexistencia de diferentes términos utilizados para referirse a las actividades dirigidas a facilitar apoyo a personas en situación de dificultad individual, familiar o social. Así, suelen utilizarse términos como servicios personales, servicios de proximidad, servicios de apoyo personal, intervención social, ayuda a necesitados, etcétera, para referirse a las mismas actividades. Estos términos alternativos no gozan de una aceptación mínimamente generalizada y, por ello, no nos parece aconsejable su utilización. Entre los diversos conceptos que se usan en lugar del de Servicios Sociales, posiblemente sea el de intervención social el más extendido y nosotros lo usaremos para referirnos al tipo de intervención que realizan los Servicios Sociales, aunque, en ocasiones se le da un alcance más extenso.

Una vez estudiada la definición de los Servicios Sociales, consideramos importante referirnos a su marco legal básico, por tratarse de servicios regulados por las administraciones públicas y para, de esta forma, ser conscientes de los problemas que plantea su organización administrativa. Hay que tener presente que los Servicios Sociales son una responsabilidad pública y el derecho a su uso y disfrute corresponde a todos los ciudadanos. Los Servicios Sociales cuentan con una normativa propia, un

---

<sup>43</sup> En este sentido, en el Catálogo del Sistema Vasco de Servicios Sociales de la CAPV se incluyen un conjunto de servicios y unas prestaciones económicas.

ámbito de actuación diferenciado, unas prestaciones específicas, una estructuración determinada y una financiación pública. Estudiar la vertiente jurídica es fundamental para la mejor comprensión del sector y de su estructura administrativa en la CAPV. Igualmente, acudiendo a la normativa, lograremos comprender mejor el contenido y los principios inspiradores de los Servicios Sociales.

Así, corresponde estudiar los Servicios Sociales, en primer lugar, atendiendo al texto de la Constitución de 1978, máxima norma política y jurídica del Estado, en la que en opinión de Alemán (2002, p. 18) debería recogerse, en su desarrollo material, un sistema público de Servicios Sociales. En este sentido, debemos señalar que el texto constitucional no contiene un tratamiento directo de los Servicios Sociales. Sin embargo, al enumerarse los principios rectores de la política social y económica, la Constitución menciona diversos sectores a los que se concede especial relevancia al considerarlos objeto de su protección. Éstos son los siguientes:

- Protección a la familia (artículo 39.1).
- Protección a la infancia (artículo 39.2).
- Protección de los emigrantes y de los retornados (artículo 42).
- Promoción de la participación de la juventud (artículo 48).
- Política pública de minusválidos (artículo 49).
- Bienestar de la tercera edad (artículo 50)<sup>44</sup>.

Por otro lado, al ser ratificada la Carta Social Europea (1961) por el Estado español (29 de abril de 1980), se ha constituido en norma interna española. En el artículo 14 de la Carta<sup>45</sup>, se señala la obligación del Estado de crear y fomentar los

---

<sup>44</sup> Éste es el único artículo de la Constitución que menciona expresamente los Servicios Sociales: “Promoverán su bienestar mediante un sistema de Servicios Sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Esta insuficiente mención explícita de los Servicios Sociales ha provocado problemas interpretativos y de distribución de competencias.

<sup>45</sup> Dicho artículo, que establece el derecho a los beneficios de los Servicios Sociales, establece que: “Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a beneficiarse de los servicios, las partes contratantes se comprometen: 1- A fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un Servicio Social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así

Servicios Sociales, organizados, tutelados y financiados por el Estado. La Carta Social Europea especifica, además, la protección a determinados colectivos como deficientes, niños, emigrantes, etcétera.

Otros textos internacionales, también ratificados por España, que abordan cuestiones relativas a los Servicios Sociales, son: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)<sup>46</sup>, el Estatuto sobre refugiados (1951), el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1966)<sup>47</sup>, la Convención sobre los derechos del niño (1989)<sup>48</sup>, la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1966), la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990), etcétera.

Las imprecisiones y ambigüedades de la Constitución en materia de Servicios Sociales, podrían haber quedado resueltas mediante la aprobación de una Ley de Servicios Sociales que nunca ha llegado a presentarse a las Cortes Generales (García de Blas, 1983, p. 123; Gual Frau, 1987, p.14).

Sin embargo, la Constitución en su artículo 148, señala que las comunidades autónomas podrán asumir competencias en materia de “asistencia social”<sup>49</sup>. Por

---

como a su adaptación al medio o entorno social. 2- A estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios”.

<sup>46</sup> En su artículo 25, además de diversos sectores de asistencia, añade expresamente el derecho a los Servicios Sociales.

<sup>47</sup> Ratificado por España en 1977.

<sup>48</sup> Ratificada por España en 1990.

<sup>49</sup> Al término “asistencia social” se refiere la sentencia del Tribunal Constitucional 76/1986: “La noción de asistencia social, no está precisada en el texto constitucional, por lo que ha de entenderse remitida a conceptos elaborados en el plano de la legislación general, que no han dejado de ser tenidos en cuenta por el constituyente. De la legislación vigente se deduce la existencia de una asistencia social externa al sistema de Seguridad Social, y no integrada en él, a la que ha de entenderse hecha la remisión contenida en el artículo 148.1.20 de la Constitución y, por tanto, competencia posible de las comunidades autónomas, y que en concreto el País Vasco ha asumido en virtud del artículo 10.1.2 de su Estatuto. Esta asistencia social aparece como un mecanismo de situaciones de necesidad específicas, sentidas por grupos de población a los que no alcanza aquel sistema y que opera mediante técnicas distintas de las propias de la Seguridad Social”.

tanto, la estructuración del sistema de Servicios Sociales en España se alcanza, fundamentalmente, con el desarrollo los estatutos de autonomía, los cuales asumen, con diferentes denominaciones (asistencia social, servicios sociales o bienestar social), los Servicios Sociales. La competencia en materia de Servicios Sociales otorgada a las comunidades autónomas constituye, en nuestra opinión, una postura acertada, pues se tratan de administraciones más próximas al ciudadano y, por tanto, están mejor situadas para atender sus necesidades en esta materia.

A partir de 1982, se empiezan a aprobar en las distintas autonomías las Leyes de Servicios Sociales con el objetivo de implantar un sistema público de Servicios Sociales. Las leyes de Servicios Sociales de cada autonomía regulan la distribución de competencias. Se reservan para las administraciones autonómicas las funciones de planificación, coordinación, supervisión y control, y para las corporaciones locales, las de gestión, ejecución y desarrollo. De esta forma, el papel que adquieren ayuntamientos y diputaciones es importantísimo, sobretodo teniendo en cuenta que son los organismos más próximos al ciudadano (Alemán, 2002, p.23).

Si entresacamos de la reciente Ley de Servicios Sociales de la CAPV<sup>50</sup>, de diciembre de 2008, los textos que nos puedan ayudar a comprender el concepto de Servicios Sociales que sostiene, nos encontramos que, según su artículo 5, la finalidad del Sistema Vasco de Servicios Sociales “es favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional”.

Asimismo, este mismo artículo señala que “el Sistema Vasco de Servicios Sociales estará integrado por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad

---

<sup>50</sup> La Ley de Servicios Sociales de la CAPV, de 1996, ya realizó importantes aportaciones, contribuyendo, tal y como anunciaba en su objeto, a “promover y garantizar, mediante la ordenación y estructuración de un sistema integrado de Servicios Sociales de responsabilidad pública, el derecho de toda la ciudadanía a dichos servicios con el triple fin de prevenir y eliminar las causas de marginación social y de desigualdad, promover la integración social de las personas y colectivos, y favorecer su pleno y libre desarrollo”. Además, permitió avanzar tanto en la ordenación y estructuración del Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública, como en la progresiva extensión de la red y el desarrollo de las prestaciones y servicios que le son propios, configurando un marco diferenciado y complementario de otros sistemas y políticas públicas orientadas también al bienestar social.

pública y de titularidad privada concertada. Las actuaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales serán objeto de coordinación y cooperación con las que corresponden a otros sistemas y políticas públicas afines o complementarias dirigidas a la consecución del bienestar social. (...) El Sistema Vasco de Servicios Sociales se dotará de instrumentos adecuados para la inspección, la evaluación y la mejora continua de la calidad de la atención y de los servicios prestados, en los términos previstos en esta Ley”.

En el artículo 6 de la citada Ley se señala que “la finalidad del Sistema Vasco de Servicios Sociales es promover, en cooperación y coordinación con otros sistemas y políticas públicas, el bienestar social del conjunto de la población”. Además, señala los siguientes objetivos esenciales:

- Promover la autonomía personal y prevenir y atender las necesidades derivadas de la dependencia.
- Prevenir y atender las necesidades originadas por las situaciones de desprotección.
- Prevenir y atender las situaciones de exclusión y promover la integración social de personas, familias y grupos.
- Prevenir y atender las necesidades personales y familiares originadas por las situaciones de emergencia.

También se indica en artículo 6 de la Ley de Servicios Sociales de la CAPV, de diciembre de 2008, que “el bienestar social, la inclusión social y la cohesión social no constituyen finalidades exclusivas del Sistema Vasco de Servicios Sociales, sino compartidas con otros sistemas y políticas públicas de protección social; en su consecución, por lo tanto, el Sistema Vasco de Servicios Sociales colaborará en el marco de las finalidades y funciones que le son propias. Asimismo, la promoción de la solidaridad y de la convivencia y el fomento de la participación social se consideran finalidades compartidas con otros sistemas y políticas públicas”.

Al no existir una ley estatal de Servicios Sociales, tendremos que buscar los principios inspiradores de los Servicios Sociales en las leyes de las comunidades

autónomas. En este sentido, los principios inspiradores coinciden, básicamente, en las diferentes leyes autonómicas y serían, de forma resumida, los siguientes:

- Universalidad<sup>51</sup>.
- Solidaridad<sup>52</sup>.
- Responsabilidad pública<sup>53</sup>.
- Globalidad<sup>54</sup>.
- Descentralización territorial<sup>55</sup>.
- Planificación y coordinación<sup>56</sup>.
- Normalización<sup>57</sup>.
- Participación<sup>58</sup>.
- Prevención<sup>59</sup>.

---

<sup>51</sup> Los Servicios Sociales van dirigidos a todos los ciudadanos sin discriminación alguna.

<sup>52</sup> Los poderes públicos deben estimular la solidaridad en las relaciones entre las personas y los grupos sociales con vistas a superar las condiciones que crean la exclusión y la desigualdad.

<sup>53</sup> Los poderes públicos garantizan la disponibilidad y el acceso a las diferentes prestaciones y servicios, mediante la aportación de medios financieros, técnicos y humanos que permiten un eficaz funcionamiento del sistema.

<sup>54</sup> Una actuación global o integral, supone la consideración total de la persona, y no solo de aspectos parciales de la misma. Se busca, por tanto, la sinergia entre las diferentes intervenciones dirigidas a un mismo destinatario.

<sup>55</sup> Las competencias sobre Servicios Sociales son desplazadas, en lo posible, hacia los órganos e instituciones de ámbito territorial más cercano a los ciudadanos, sin merma de la garantía de una igualdad de servicios y prestaciones para todas las personas.

<sup>56</sup> Los poderes públicos planificarán la prestación de los Servicios Sociales estableciendo los mínimos de prestaciones asistenciales para todo el territorio nacional. Además, coordinarán sus actuaciones y las de la iniciativa social y privada, así como la de diversos organismos estatales entre sí, sin perjuicio de las disposiciones adoptadas por las comunidades autónomas.

<sup>57</sup> Los Servicios Sociales deben tender al mantenimiento de los ciudadanos en su ambiente familiar y social y, en todo caso, a su inclusión en la comunidad respetando el derecho a la diferencia.

<sup>58</sup> Los poderes públicos deben fomentar la participación democrática de los ciudadanos en el asesoramiento, planificación, gestión y control de los Servicios Sociales.

Efectivamente, si revisamos, por ejemplo, la Ley de Servicios Sociales de la CAPV, de diciembre de 2008, en su artículo 7 señala los principios por los que se rige el Sistema Vasco de Servicios Sociales. Éstos son los siguientes:

a. Responsabilidad pública. Los poderes públicos deberán garantizar la disponibilidad y el acceso a las prestaciones y servicios regulados en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

b. Universalidad. El derecho a las prestaciones y servicios previstos en el Catálogo se garantizará a todas las personas titulares del mismo, sin perjuicio de que dicho acceso pueda condicionarse al cumplimiento de requisitos específicos.

c. Igualdad y equidad. Las administraciones públicas vascas garantizarán el acceso a las prestaciones y servicios sin ninguna discriminación asociada a condiciones personales o sociales, sin perjuicio de la aplicación de medidas de acción positiva y de igualdad de oportunidades y de trato. Además, integrarán en sus actuaciones la perspectiva de la igualdad de sexos y de diversidad sexual, así como las perspectivas intergeneracional e intercultural.

d. Proximidad. La prestación de los Servicios Sociales, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización.

e. Prevención, integración y normalización. Los Servicios Sociales se aplicarán al análisis y a la prevención de las causas estructurales que originan la exclusión o limitan el desarrollo de una vida autónoma. Asimismo, se orientarán a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social, y promoverán la normalización, facilitando el acceso a otros sistemas y políticas públicas de atención.

f. Atención personalizada e integral y continuidad de la atención. El Sistema Vasco de Servicios Sociales deberá ofrecer una atención ajustada a las necesidades particulares de la persona y/o de la familia y basada en la evaluación integral de su situación. Además, garantizará la continuidad e integralidad de la atención, aun cuando implique a distintas administraciones o sistemas.

---

<sup>59</sup> Los Servicios Sociales no solo deben remediar las situaciones existentes de marginación, sino también, y sobre todo, prevenir y eliminar sus causas.

g. **Carácter interdisciplinar de las intervenciones.** Con el fin de garantizar el carácter integral de la atención prestada, se favorecerá la interdisciplinariedad de las intervenciones, promoviendo el trabajo en equipo y la integración de las aportaciones de las diversas profesiones del ámbito de la intervención social y cualesquiera otras que resulten idóneas.

h. **Coordinación y cooperación.** Las administraciones públicas vascas actuarán de manera coordinada, cooperando entre sí y con la iniciativa social sin ánimo de lucro.

i. **Promoción de la iniciativa social.** Las administraciones públicas promoverán la participación de la iniciativa social sin ánimo de lucro en el ámbito de los Servicios Sociales.

j. **Participación ciudadana.** Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de las personas y de los grupos, así como la participación de las personas usuarias, en la planificación y el desarrollo del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

k. **Calidad.** Las administraciones públicas vascas deberán garantizar la existencia de unos estándares mínimos de calidad para los principales tipos de prestaciones y servicios, mediante la regulación, a nivel autonómico, de los requisitos materiales, funcionales y de personal mínimos y fomentarán la mejora de dichos estándares. Además, promoverán el desarrollo de una gestión orientada a la calidad en el conjunto del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

El estudio de estos principios nos resultará útil para reflejar las líneas maestras de consenso de la comunidad científica y profesional de los Servicios Sociales en relación con lo que se podemos considerar buenas prácticas en el sector.

No quisiéramos acabar esta introducción a los Servicios Sociales sin señalar, como realizan Setién y Arriola, el desconocimiento que gran parte de la ciudadanía tiene sobre la naturaleza y contenido de los Servicios Sociales, independientemente del término que utilicemos para referirnos a ellos. Así, en un estudio realizado por estos autores en el País Vasco en relación con el grado de conocimiento de los

Servicios Sociales de atención primaria, los resultados indicaban que el 65% de los encuestados no conocía ninguno de estos servicios (Setién y Arriola, 1998, p. 333)<sup>60</sup>.

La situación no parece haber mejorado excesivamente pues, en la actualidad, según el “VII Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en la CAPV”, realizado en 2009 por el Consejo Vasco de Bienestar Social, el conocimiento respecto a los Servicios Sociales de base sigue siendo escaso. Así, este informe señala que apenas un 57% de la población vasca conoce sus funciones y solo un 46% sabe dónde se ubica la unidad social de base que le correspondería. Únicamente un 40% de las personas con problemas muy graves para la cobertura de sus necesidades básicas ha acudido en los años 2005-2008 a los Servicios Sociales de base. En sentido contrario, el informe indica que un 70% de quienes sí lo han hecho no presentaban problemas graves para la cobertura de sus necesidades, por lo que parece clara la idea de que el grueso de los usuarios de los Servicios Sociales vascos son personas que en cierta forma pueden ser consideradas como “normalizadas” o, al menos, no afectadas por un nivel elevado de privación (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 89).

---

<sup>60</sup> Otra investigación realizada, en la Comunidad Valenciana, sobre el conocimiento y la percepción de la población acerca de los Servicios Sociales, señala que la imagen más frecuente a la que se asocian es la ayuda a necesitados y que, en todo caso, el nivel de conocimiento sobre los mismos es muy bajo (López Cabanas y Chacón, 1997, pp. 57-58).

## **2.2. Clasificación de los Servicios Sociales**

La clasificación de los Servicios Sociales que exponemos a continuación no pretende ser exhaustiva. Utilizaremos los criterios de clasificación que, revisada la literatura, consideramos más relevantes para, de esta forma, clasificar los Servicios Sociales en función de los colectivos a los que se dirigen o de las problemáticas que abordan, en función del tipo de servicio, en función del tipo de necesidades o de intervenciones que se realizan, en función de la naturaleza del beneficiario y en función de la intensidad del vínculo establecido entre prestador del servicio y su usuario. Las dos primeras clasificaciones, en función del colectivo al que se dirigen y en función del tipo de servicio, son las más utilizadas y las que consideramos más relevantes.

A- Clasificación de los Servicios Sociales en función del colectivo al que se dirigen.

Es la forma más usual de clasificar los Servicios Sociales. Los programas, intervenciones o prestaciones, suelen ser clasificados en función de la población a la que atienden. Casado recoge la siguiente categorización de las áreas de demanda: pobreza y marginalidad, familia e infancia, juventud, personas mayores, enfermedades crónicas y discapacidades, toxicomanías y otras adicciones, delincuentes y reclusos, condición sexual, minorías étnicas y/o culturales y extranjeros (Casado, 1998, pp. 5-6).

Nosotros consideraremos como referencia el “II Mapa Foral de Servicios Sociales de Gipuzkoa (2008-2012)”, organizado en las que considera las principales problemáticas que abordan los Servicios Sociales: la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección. De esta forma, los servicios ofertados podrían clasificarse de la siguiente manera<sup>61</sup>:

---

<sup>61</sup> Para una explicación detallada de los servicios que mencionamos puede consultarse el citado “II Mapa Foral de Servicios Sociales de Gipuzkoa (2008-2012)”.

1- Servicios para personas mayores dependientes.

- Servicios de apoyo a las familias cuidadoras.
- Ayudas técnicas y adaptación del medio.
- Servicios de atención diurna (centros de día).
- Servicios residenciales.
- Servicios de telealarma o teleasistencia.
- Prestaciones económicas.
- Servicio de tutela institucional.

2- Servicios para personas con discapacidad.

- Servicios de valoración, diagnóstico y orientación.
- Servicios de atención temprana.
- Servicios de atención domiciliaria.
- Servicios de atención diurna.
- Servicios de atención residencial.
- Servicios de atención nocturna.
- Servicios de apoyo a la vida independiente.
- Servicios de respiro y apoyo a cuidadores.
- Servicios de apoyo en el entorno, ayuda técnica y adaptación del medio.
- Servicio de tutela institucional.

3- Servicios para personas en exclusión social. Las personas en exclusión social, a su vez, pueden ser clasificadas en: personas en situaciones de pobreza grave, personas sin hogar, inmigrantes, mujeres afectadas por violencia doméstica, drogodependientes, personas con enfermedad mental y desempleados.

- Servicios de atención diurna.
- Servicios de intervención individualizada de carácter socioeducativo.
- Servicios de atención residencial.
- Servicios de promoción del empleo para la inserción.
- Prestaciones económicas.

4- Servicios para la protección de las personas menores de edad.

- Servicios de intervención familiar y socioeducativa.
- Servicios de acogimiento residencial.
- Servicios de acogimiento familiar.
- Prestaciones económicas.
- Servicios de adopción.
- Servicios de recepción, valoración y orientación.
- Programas experimentales.

Podrían citarse otras clasificaciones de similar naturaleza, o mencionarse otros colectivos y otros servicios, pero con la clasificación presentada pensamos que cumplimos con el objetivo de señalar y comprender, aunque solo sea de manera superficial, los tipos de intervención que encontramos en los Servicios Sociales de nuestro entorno así como la gran variedad de colectivos al que se dirigen y de las problemáticas que abordan.

B- Clasificación de los Servicios Sociales en función del tipo o nivel de servicio.

Hay autores que consideran relevante el hecho de que existan grandes similitudes, que han podido ser observadas en la clasificación anterior, entre los

servicios dirigidos a los diferentes colectivos, siendo posible ordenarlos, por tanto, en función del tipo de servicio<sup>62</sup>.

Podemos continuar explorando la Ley de Servicios Sociales de la CAPV, de diciembre de 2008, para entresacar los diferentes tipos de servicios ofrecidos por el Sistema Vasco de Servicios Sociales<sup>63</sup>.

Los servicios y prestaciones económicas incluidas en el Catálogo del Sistema Vasco de Servicios Sociales de la CAPV son, entre otros, los siguientes:

1. Servicios Sociales de atención primaria<sup>64</sup>:

- Servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial.
- Servicio de apoyo a personas cuidadoras.
- Servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los Servicios Sociales.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicios de atención diurna.
- Servicios de acogida nocturna.
- Servicios de alojamiento: pisos de acogida, viviendas tuteladas, apartamentos tutelados y viviendas comunitarias.

2. Servicios Sociales de atención secundaria:

---

<sup>62</sup> Ver Setién y Arriola (1998, pp. 343-344) y López Cabanas y Chacón (1997, pp. 33-60).

<sup>63</sup> Ver el artículo 22 de la citada Ley.

<sup>64</sup> Los Servicios Sociales de atención primaria constituyen la puerta de entrada al sistema ya que es el equipamiento más cercano a los ciudadanos. Desde este ámbito, los trabajadores sociales pueden descubrir las necesidades sociales, resolver emergencias, gestionar las prestaciones básicas del sistema, promover integración de personas y colectivos discriminados o canalizar la solidaridad a través del voluntariado social.

- Servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, discapacidad, exclusión y desprotección.
- Servicios o centros de día.
- Centros de acogida nocturna.
- Centros residenciales: para personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental, menores de edad en situación de desprotección, personas en situación de exclusión y marginación, mujeres víctimas de maltrato doméstico, etcétera.
- Servicio de respiro.
- Servicio de coordinación a urgencias sociales.
- Otros servicios de atención secundaria: servicios de información y orientación (dirigidos a la infancia, a la adolescencia y a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo), de soporte de la autonomía, de intervención y mediación familiar, de intervención socioeducativa y/o psicosocial con familias, de promoción y apoyo al acogimiento familiar y la adopción, de atención jurídica y psicosocial, etcétera.

### 3. Prestaciones económicas<sup>65</sup>.

C- Clasificación de los Servicios Sociales en función del tipo de necesidad o de intervención que se realiza.

Siguiendo a Fantova (2000, pp. 153-154), puede distinguirse entre:

---

<sup>65</sup> El Sistema Vasco de Servicios Sociales no puede decirse que esté cada vez más orientado a las prestaciones económicas frente a los servicios de atención directa. Al contrario, el peso económico de las transferencias a familias respecto al conjunto del gasto se ha reducido ligeramente a lo largo del periodo 1994-2006, pasando del 25% al 22,2% (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 135).

- Servicios orientados a la asistencia. Se refieren a las intervenciones que proveen de los recursos que las personas precisan para la satisfacción de las necesidades más básicas<sup>66</sup>.

- Servicios orientados al aprendizaje. El objetivo, en este caso, es la adquisición de conocimientos, habilidades, hábitos y, en general, la producción de cambios o aprendizajes en las personas<sup>67</sup>. Se asume que será la formación o el entrenamiento de las personas lo que posibilitará o facilitará su inclusión social. Este tipo de intervenciones incorpora probablemente una complejidad técnica mayor que la acción asistencial y, por ello, el concurso de diversos profesionales con capacidad de contribuir a los cambios o aprendizajes deseados.

- Servicios orientados a cambios en la situación. Se tratan de programas que se centran en cambios en las interacciones o situaciones en las que están involucrados los usuarios. El punto de partida no radica en que el usuario necesite algo o que necesite aprender algo sino que se requieren cambios en el contexto del usuario o en la interacción entre él y su entorno. No es un problema de la persona sino un problema de la interacción entre la persona y su entorno que exigirá actuar con la persona y con el entorno.

D- Clasificación de los Servicios Sociales en función de la naturaleza del beneficiario.

Desde este punto de vista Grande (2002, p. 19), clasifica los Servicios Sociales en directos, indirectos e institucionales.

- Directos: Servicios Sociales recibidos por los beneficiarios finales.

- Indirectos: Servicios Sociales recibidos por familias u otras personas físicas del entorno de la persona que genera la prestación.

---

<sup>66</sup> A estas intervenciones directas dirigidas a las necesidades más básicas solemos referirnos cuando hablamos de asistencia.

<sup>67</sup> La habilitación, rehabilitación, educación o terapia son diferentes maneras de llamar a procesos en los que se buscan aprendizajes en las personas.

- Institucionales: Servicios Sociales percibidos por personas jurídicas, centros, asociaciones u organizaciones, que también prestan Servicios Sociales, sin que importe su naturaleza pública o privada.

E- Clasificación de los Servicios Sociales en función de la intensidad del vínculo establecido entre prestador del servicio y usuario.

La vinculación entre las organizaciones que prestan Servicios Sociales y los receptores de los mismos puede ser formal o informal. Una vinculación formal supone que el usuario requiere Servicios Sociales de manera continuada de forma que quien presta los servicios llegará a conocer en profundidad al usuario y sus necesidades. Esta vinculación formal se produce, por ejemplo, en centros residenciales y centros de día. De no existir una relación formal, el conocimiento de las necesidades reales del cliente y del empleo que éste hace de los servicios recibidos será menor y la relación será de menor intensidad. El hecho de existir un tipo u otro de vinculación tiene implicaciones en la consecución de la satisfacción del cliente y en la implantación de programas de calidad.

### 2.3. Particularidades de los Servicios Sociales

Las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, aunque poseen peculiaridades propias, tienen características que son comunes a otras organizaciones que también ofrecen servicios. Los servicios que prestan, igualmente, tienen unas particularidades comunes al resto de servicios. Shostack (1977, 1984) fue uno de los primeros investigadores que identificó las características más relevantes de los servicios, es decir, la intangibilidad, su carácter perecedero, y la simultaneidad en la producción y el consumo. Este enfoque es ampliamente aceptado<sup>68</sup> y, de esta forma, las características que se mencionan con mayor frecuencia en la literatura especializada (Berry, 1980,1983; Grönroos, 1994; Lovelock, 1997; Normann, 1984 y Zeithaml *et al.*, 1985, entre otros) son la intangibilidad, la heterogeneidad, la inseparabilidad y la caducidad<sup>69</sup>. Por tanto, en primer lugar, pasamos a comentar de manera sintética estas características comunes a todos los servicios:

#### 1- Intangibilidad

Se trata de la característica más relevante y distintiva de los servicios. Los servicios intangibles no pueden ser experimentados, sentidos, probados, oídos u olfateados, antes de ser comprados. La intangibilidad significa que los servicios son experiencias y, por ello, difíciles de entender mentalmente (Atuahene-Gima, 1996). La intangibilidad del servicio origina problemas en su comercialización (Aparicio, 2000, pp. 109-110), como pueden ser el mayor riesgo percibido, la dificultad para promocionar y diferenciar el servicio, la dificultad para justificar su precio y la imposibilidad de inventariarlos.

Los consumidores buscan evidencias de la calidad del servicio y el proveedor debe tratar de tangibilizarlo todo lo posible. Los elementos más importantes en los que el proveedor del servicio puede apoyarse para conseguir

---

<sup>68</sup> Aunque, como en el caso de Lovelock (1997), este enfoque pueda ser criticado por considerarlo excesivamente genérico y no aplicable e forma universal.

<sup>69</sup> Zeithaml *et al.* (1985) incluyen una recopilación de referencias de veintiséis autores que han abordado esta cuestión.

una mayor tangibilidad son: el local (soporte físico), las personas que prestan el servicio (el personal de contacto es quien mejor puede ayudar a la comprensión del servicio y a reducir el riesgo percibido), los equipamientos, el material de comunicación (folletos, fotografías), los símbolos (la marca) y el precio.

En opinión de Aguirre y Aparicio (2002, p. 31), “algunos de los problemas en la comercialización del servicio derivados de su intangibilidad, justifican la conveniencia de la implantación de formas de gestión basadas en los principios de la gestión de la calidad total”.

En el caso de los Servicios Sociales, podemos encontrar con diferentes grados de intangibilidad del servicio debido a la gran amplitud y heterogeneidad de los mismos, observándose que no todos los servicios son puros sino que existe una combinación mayor o menor de elementos tangibles e intangibles (Austin, 1990, pp. 8-9). Esto nos impide obtener conclusiones que sean generalizables a la totalidad de los Servicios Sociales.

## 2- Inseparabilidad

La inseparabilidad es entendida por Hoffman y Bateson (2002, p. 31) como “la relación material entre prestador del servicio y el servicio prestado, la participación del cliente en el proceso de producción del servicio, y la participación de otros clientes en el proceso de producción del servicio”. Los servicios son producidos y consumidos al mismo tiempo. Esto no ocurre en el caso de productos tangibles que son producidos, almacenados, vendidos y, posteriormente, consumidos.

El prestador del servicio también es parte del mismo y, si el cliente también está presente durante la ejecución del servicio, la interacción prestador-cliente será un aspecto especial y esencial en el marketing de servicios. Éste es, precisamente, el caso de los Servicios Sociales: los usuarios reciben y consumen los servicios estando presentes en el lugar de la “servucción”<sup>70</sup> y con una participación muy activa. La simultaneidad en la producción y consumo de los servicios hace difícil la distinción entre procesos y productos puesto que el servicio es, a menudo, un conjunto de

---

<sup>70</sup> El término “servucción” es un neologismo que surge como alternativa al término producción en el caso de referirnos a un servicio. Hace referencia al proceso de creación (producción) de un servicio.

procedimientos, y además, debido a su intangibilidad, la relación entre lo que se produce y los medios utilizados para ello es borrosa y difícil de establecer (Blind y Hipp, 2003). La inseparabilidad entre producción y consumo del servicio también tiene como consecuencia la influencia del ambiente físico del lugar donde se presta el servicio.

### 3- Heterogeneidad

Los servicios son altamente variables dado que dependen de quién los ejecuta, cómo son prestados, de cuándo y dónde son ejecutados, y de a quién es prestado. En efecto, cada cliente es distinto y tiene requerimientos diferentes; e incluso, siendo el mismo cliente, los requerimientos no son los mismos en cada momento. Por tanto, es difícil lograr una estandarización del servicio.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el servicio puede ser prestado de diferente modo por un empleado que por otro y, aún tratándose del mismo empleado, el servicio puede ser distinto en diferentes momentos (Dotchin y Oakland, 1994). Como señala Aparicio (2000, p. 113), “la prestación del servicio está sujeta a factores tan variables y difíciles de controlar como son el estado de ánimo de la persona que atiende al cliente, su empatía, su capacidad de adaptarse al nivel sociocultural de cada cliente, etcétera. No es posible aplicar un estricto control técnico que garantice la normalización; por ello, es más difícil lograr un estándar de calidad en la prestación de los servicios que en la fabricación de los productos tangibles”. Esta situación implica que la satisfacción experimentada por un usuario en un momento determinado no es garantía de que vuelva a repetirse en un momento posterior.

### 4- Caducidad

La intangibilidad de los servicios implica que éstos no pueden ser acumulados, embalados y almacenados, es decir, que los servicios son perecederos (Hope y Mühlemann, 1997). La caducidad del servicio no constituye un problema cuando la demanda es estable, dado que es fácil organizar el trabajo con anterioridad. Sin embargo, cuando la demanda es muy variable, las empresas de servicios se enfrentan al importante problema de tratar de paliar estas fluctuaciones de la

demanda incorporando incrementos transitorios de la capacidad de servicio o utilizando prácticas comerciales con efectos a corto plazo como las promociones o las discriminaciones temporales de precios. Como señala Grönroos (1994, p. 29), “aun cuando no se pueden almacenar los servicios, se puede intentar almacenar a los clientes”. Esta característica ha dado lugar en la literatura a una línea de trabajo muy interesante que se centra en el estudio de la gestión de la capacidad de las empresas de servicios (Adenso-Díaz et al., 2002; Chávez y Ruiz, 2005; Klassen y Rohlender, 2001; Sun, 2007).

Una vez señaladas las características comunes a los servicios de cualquier naturaleza, pasamos a comentar aquellas peculiaridades de las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales y de los servicios que prestan que, repasada la literatura, consideramos que son más relevantes y que permitirán comprender mejor los rasgos distintivos del sector<sup>71</sup>. Estas características son las siguientes:

a- Amplitud del objeto o misión de los Servicios Sociales. La sociedad intenta encargar al sistema de Servicios Sociales cometidos u objetivos que, en el mejor de los casos, solo podrían ser alcanzados por el conjunto de la sociedad (Fantova, 2004, pp. 2-3).

b- Carácter altamente intangible e interactivo de un conjunto de actividades presentes en cualquier iniciativa de Servicios Sociales, que pueden ser denominadas actividades de acompañamiento social. Este acompañamiento social, idiosincrásico de los Servicios Sociales, es la relación de ayuda que el personal mantiene con las personas, familias o comunidades destinatarias de los servicios. Una relación en la que se suceden momentos como la acogida, el diagnóstico, la planificación, la realización de la intervención, la evaluación o la salida (Fantova, 2006, pp. 34-35).

c- Diversidad de públicos a los que atender. Entre los públicos a atender por los Servicios Sociales se encuentran, por ejemplo, los usuarios o destinatarios del servicio, las familias, la sociedad en general, y las administraciones públicas.

---

<sup>71</sup> Para una profundización sobre el tema remitimos a las aportaciones de Alemán y Garcés (1996), Alonso y Gonzalo (1997), Casado (1995), Fantova (2000, 2004 y 2006), Muñoz Machado *et al.* (1997) y Ruiz (2000).

d- Las organizaciones de Servicios Sociales están sometidas a presiones políticas. Esto supone que las actuaciones pueden variar en función de la tendencia política dominante en cada momento o de la existencia de objetivos puramente electoralistas<sup>72</sup>.

e- Sistemas de responsabilidad pública. Esto implica que las necesidades a las que han de dar respuesta los Servicios Sociales no se establecen mediante el juego entre la oferta y la demanda sino mediante una prescripción normativa realizada por los poderes públicos tras un proceso complejo en el que entran en juego una variedad de agentes con diferentes intereses (Fantova, 2004, p. 4).

f- Las organizaciones de Servicios Sociales proporcionan un servicio de interés general para la sociedad y son financiadas, en última instancia, por los ciudadanos. Por ello, el sistema de Servicios Sociales está sujeto a un escrutinio público y debe rendir cuentas ante la sociedad.

g- El precio está regulado. Las autoridades competentes determinan el precio de los Servicios Sociales cuando éstos son prestados por entidades públicas o por entidades privadas concertadas.

h- Carácter mixto del sistema de Servicios Sociales. En un sistema de Servicios Sociales conviven iniciativas públicas, iniciativas privadas e iniciativas sociales.

i- El sistema de Servicios Sociales mantiene una frontera difusa con otros espacios de carácter educativo, laboral, cultural o sanitario.

j- En el sistema de Servicios Sociales coexisten el personal remunerado y el personal voluntario, sin contar, en ocasiones, con unas reglas del juego claramente establecidas. El ámbito de los Servicios Sociales, y en particular en el sector privado no lucrativo, es uno de los espacios de presencia fuerte del voluntariado.

k- La herramienta fundamental de trabajo en los Servicios Sociales es la relación interpersonal directa.

---

<sup>72</sup> Esta particularidad de los Servicios Sociales, al igual que algunas de las que comentaremos a continuación, son comunes a los servicios sanitarios y son citadas por Ruiz (2000, pp. 316-319).

1- Dificultad para identificar los segmentos a los que dirigir los Servicios Sociales, entendidos los segmentos como conjuntos de destinatarios que comparten alguna necesidad susceptible de recibir respuesta por parte de alguna intervención a realizar desde el sistema de Servicios Sociales<sup>73</sup>.

Estas particularidades propias de las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales se considerarán, en el siguiente capítulo, al abordar la singularidad del marketing aplicado a las mismas. Pero antes de ello, vamos a describir el sector de los Servicios Sociales en nuestro entorno de referencia, es decir, en la CAPV.

---

<sup>73</sup> Para Fantova (2004, pp. 4-5), el concepto de dependencia es un buen ejemplo, ya que los sistemas de Servicios Sociales tienen tan diferenciada la atención a personas mayores y la atención a personas con discapacidad que no saben qué hacer con el concepto de dependencia. También sucede algo similar con el concepto de exclusión, que en ocasiones parece referirse a algo compartido por todos los destinatarios de los servicios y, en otras, a un segmento específico de destinatarios.

## 2.4. El sector de los Servicios Sociales en la CAPV

En el ámbito de la CAPV es de reseñar que la política de protección social es llevada a cabo por la Seguridad Social y por el Sistema público de Servicios Sociales desarrollado por el Gobierno Vasco. Al igual que en el conjunto de países europeos, la principal institución de protección social es la Seguridad Social pública. Ahora bien, la CAPV con el objetivo de paliar las situaciones de pobreza y exclusión social y con competencia exclusiva en la materia, ha ido tomando medidas propias y configurando una Política Social específica en beneficio de la integración social de toda la ciudadanía. La administración pública, por tanto, se configura como el principal impulsor y promotor de actuaciones de Servicios Sociales. La intervención del sector público es el primer garante de la satisfacción de las necesidades sociales de la población vasca y se configura como la principal fuente de aportación económica (FCAVN, 2005, p.71).

La CAPV no se ha quedado al margen de los cambios sociales que se han producido en Europa y España. El envejecimiento de la población, la incipiente llegada de población extranjera, los cambios en la estructura familiar y las nuevas formas de pobreza han variado de forma significativa el escenario en el que interviene el sector de los Servicios Sociales.

Entre los cambios sociales se puede destacar el proceso de envejecimiento de la sociedad vasca<sup>74</sup>, como consecuencia de unas tasas de fecundidad bajas y un aumento considerable de la esperanza de vida, que conlleva el aumento de uno de los colectivos demandantes o potencialmente demandantes de recursos de tipo asistencial, tales como centros residenciales, centros de día o servicios de atención a domicilio.

Por su parte, la llegada de población inmigrante a la sociedad vasca se configura como un fenómeno corrector de ese envejecimiento poblacional aportando

---

<sup>74</sup> En el capítulo quinto analizaremos en profundidad el proceso de envejecimiento que está experimentando la población, tanto en España como en la CAPV, así como el aumento del número de personas mayores con algún tipo de dependencia que este proceso de envejecimiento ocasiona.

efectivos en las edades jóvenes. Ahora bien, la novedad del fenómeno y las condiciones de precariedad en las que se encuentra el colectivo implica una fuerte presión sobre la demanda de intervención social (FCAVN, 2005, p. 17).

En la exposición de motivos de la Ley de Servicios Sociales de 2008, también se señalan los cambios del contexto social de la última década que explican la actualización de la anterior Ley del año 1996. Estos cambios son, fundamentalmente, los siguientes:

- El incremento del número de personas dependientes que provoca un aumento de las necesidades y demandas de prevención y atención de la dependencia y, asimismo, las necesidades de apoyo a las familias. Todo ello, asociado a un debilitamiento del apoyo social informal, derivado, a su vez, de la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y de la falta de asunción de roles de cuidado informal por parte de muchos hombres<sup>75</sup>.

- El crecimiento de las necesidades y demandas de atención asociadas a situaciones de vulnerabilidad y de cronificación de las situaciones de exclusión, marginación y pobreza. Esta realidad afecta en particular a los colectivos más vulnerables, como consecuencia, principalmente, de las dificultades de acceso a la vivienda y de la precariedad laboral que afecta fundamentalmente a jóvenes, mujeres e inmigrantes, de la insuficiente protección social y las situaciones de aislamiento y soledad que afectan especialmente a las personas mayores, o del incremento de las situaciones de conflicto en la adolescencia y de las situaciones de desprotección que afectan a personas menores de edad, como consecuencia de múltiples factores socioeconómicos y familiares.

- El progresivo avance hacia la igualdad entre mujeres y hombres, que debe impulsar actuaciones y servicios que acompañen a las mujeres en su inclusión social, en particular que aborden la situación de exclusión, desprotección, maltrato y

---

<sup>75</sup> Esta evolución es la que ha motivado la promulgación, a nivel estatal, de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que constituye un hito en el ámbito de los Servicios Sociales, en la medida en que formaliza un derecho garantizado.

violencia, y que alivien la mayor carga que asumen en la atención a las personas dependientes.

En este contexto, el sector de los Servicios Sociales en la CAPV se configura como una compleja y amplia estructura que engloba el conjunto de recursos y actuaciones dirigidos a atender necesidades sociales no cubiertas desde otros ámbitos (Eustat, 2008, p. 2).

Hay que diferenciar entre agentes públicos de Servicios Sociales, es decir, la administración central, autonómica, provincial y el ámbito local a través de los ayuntamientos o de forma mancomunada, y el ámbito privado de Servicios Sociales, en el que se debe distinguir entre las entidades con ánimo de lucro (empresas individuales/persona física, sociedades anónimas, sociedad de responsabilidad limitada, comunidad de bienes, cooperativas, sociedades anónimas laborales) y las entidades sin ánimo de lucro<sup>76</sup> (asociaciones, federaciones, fundaciones, obra social de las cajas de ahorro, establecimientos benéficos, etcétera).

Los Servicios Sociales en la CAPV se estructuraban, en el año 2006, en torno a 1.318 entidades que, a través de sus 2.544 centros<sup>77</sup>, ofrecieron las diferentes prestaciones sociales ofertadas por el Sistema (Eustat, 2008, p. 6).

La red de Servicios Sociales de la CAPV se caracteriza por la coexistencia de dos modelos de entidades: las macroentidades, pocas en número, entre el 2 y el 5%, y las microentidades, que a pesar de ser muy numerosas, en torno al 80%, no llegan a emplear el 20% de los recursos económicos y de personal. El elevado número de microentidades viene a explicar, en el sector privado, la importancia del asociacionismo como medio para aunar esfuerzos ante problemáticas comunes. En el

---

<sup>76</sup> Cuando se habla de las entidades sin ánimo de lucro se está haciendo referencia a aquellas entidades privadas de carácter voluntario y sin fin de lucro que, surgidas de la libre iniciativa ciudadana, funcionan de forma autónoma de la administración pública en el ámbito social. Este sector, también llamado el Tercer Sector de acción social, se encuentra entre lo público y la economía privada, como consecuencia de la fuerte dependencia financiera e institucional que posee de las Administraciones Públicas.

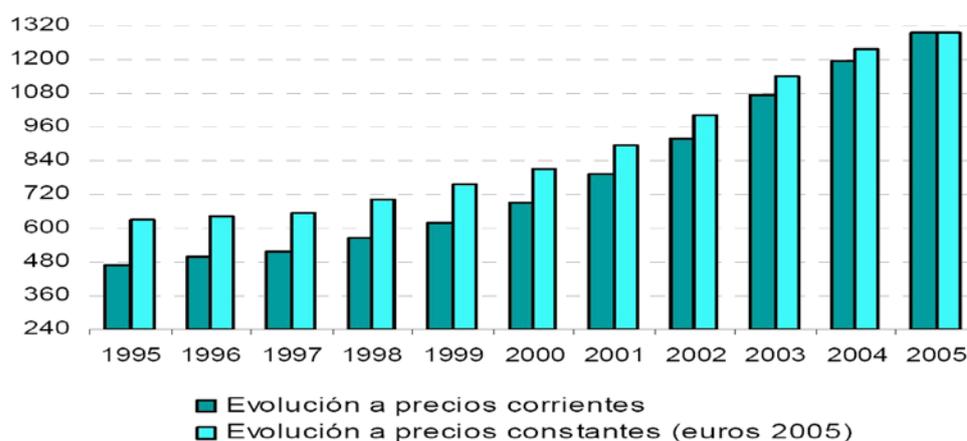
<sup>77</sup> La mayoría de las entidades que actúan en el ámbito de los Servicios Sociales son unicelulares, es decir, instrumentan sus servicios a través de un único centro. Solamente un 5% de las entidades cuenta con una red de más de cinco centros que, sin embargo, concentran el 66% del gasto total del sistema. En este pequeño grupo se encuentran las redes de las Diputaciones Forales y de los Ayuntamientos de las ciudades más pobladas de la CAPV.

sector público, las microentidades se corresponderían a los ayuntamientos de pequeños municipios (Eustat, 2008, p. 6).

Los datos de la Estadística de Servicios Sociales, relativa al año 2005, del Instituto Vasco de Estadística (Eustat), indican que el sector de los Servicios Sociales, con un gasto total de 1.298 millones de euros, 101 millones más que el año anterior, mantiene un ritmo de crecimiento superior al conjunto de la economía, elevando su participación al 2,3% del PIB. Este aumento del gasto supuso un incremento del 8,5% respecto al año anterior (Eustat, 2008, p. 2).

El gasto en Servicios Sociales (ver gráfico 2.1), durante la década 1996-2005, se duplicó, con incrementos acumulados del 158% en el gasto corriente y del 131% en las transferencias a las familias (Eustat, 2008, p. 2).

**Gráfico 2.1: Evolución del gasto en Servicios Sociales (millones de euros)**



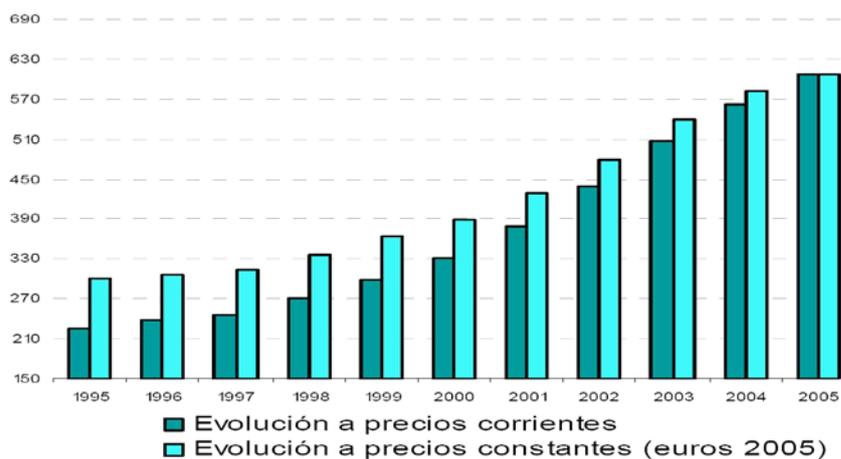
Fuente: Eustat (2008, p. 5).

Así mismo, en unidades económicas equivalentes (euros 2005), durante la década 1996-2005, el gasto por habitante aumentó un 98%, hasta llegar, en 2005, a la cifra de 606 euros (ver gráfico 2.2). La aportación de las administraciones públicas al sistema representa 422 euros por habitante, duplicando los 205 euros de 1996 (Eustat, 2008, p. 2).

En lo que se refiere a la distribución de las responsabilidades de financiación del gasto público, las Diputaciones Forales aportaban en 2006, cerca de la mitad de todo el gasto, frente al 61% en 1994. El peso específico de la financiación municipal

se ha mantenido estable, mientras que la aportación del Gobierno Vasco ha duplicado su peso relativo, pasando de financiar el 17% del gasto en 1994 a financiar el 30% en 2006, en un proceso incesante de crecimiento de sus responsabilidades financieras en este ámbito (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 134)<sup>78</sup>.

**Gráfico 2.2: Evolución del gasto por habitante en Servicios Sociales (euros)**



Fuente: Eustat (2008, p. 5).

Los Servicios Sociales vascos ocupaban, en 2006, a 26.367 personas, de las que 23.009 formaban parte del personal propio de los centros y, 3.358 del subcontratado de atención directa. Los profesionales del sector representaban, por otra parte, en torno a un 2,8% del conjunto de la población ocupada de la CAPV (dos décimas más que en 2005) y superaban en número al personal docente de la enseñanza pública obligatoria o al conjunto de profesionales de la red hospitalaria. En efecto, mientras el crecimiento del personal en esos servicios apenas creció en los últimos años, en el ámbito de los Servicios Sociales no ha dejado de hacerlo. De hecho, de 1999 a 2007 el personal medio anual empleado en los Servicios Sociales vascos, teniendo en cuenta a trabajadores propios y subcontratados, ha crecido en casi diez mil personas (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 131).

<sup>78</sup> Efectivamente, el crecimiento del peso específico de la financiación autonómica es consecuencia del fuerte incremento en sus compromisos de gasto, que entre 1994 y 2006 han crecido en un 442%, con un ritmo de incremento particularmente marcado a partir de 2001. Por el contrario, la aportación de las Diputaciones Forales ha crecido en este periodo en un 157% y la de los Ayuntamientos en un 191% (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 134).

Para referirnos a la estructura y organización del sistema de Servicios Sociales en la CAPV, podemos utilizar como referencia la norma básica en el ámbito de los Servicios Sociales vigente en nuestro territorio, es decir, la citada Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre<sup>79</sup>.

La Ley de Servicios Sociales consolida el modelo de atención que ya se había perfilado en los principios recogidos en el marco jurídico anterior, optando por un enfoque comunitario, capaz de otorgar prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual.

La Ley estructura el Sistema Vasco de Servicios Sociales de la siguiente forma<sup>80</sup>:

a- Servicios Sociales de atención primaria<sup>81</sup>, que posibilitarán el acceso de los usuarios al conjunto del Sistema de Servicios Sociales y atenderán las necesidades relacionadas con la autonomía, la inclusión social y las situaciones de urgencia o desprotección social, con particular incidencia en la prevención de las situaciones de riesgo. La provisión y prestación de estos servicios se garantizará desde los Servicios

---

<sup>79</sup> El marco normativo que se ha ido configurando a lo largo de las dos últimas décadas, como desarrollo de la ley de 1996, ha permitido alcanzar notables avances en el ámbito de los Servicios Sociales, y dan fe de ello la aprobación de normas básicas destinadas a garantizar el ejercicio de los derechos y la calidad de los Servicios Sociales, como son el 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 CAPV y el régimen de sugerencias y quejas, y el Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los Servicios Sociales de la CAPV. También son muestra de los avances realizados las numerosas normas desarrolladas en los diversos sectores de atención como, por ejemplo, el Decreto 202/2000 sobre los centros de día para personas mayores dependientes; el Decreto 41/1998, sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad; el Decreto 199/2002, por el que se articula el programa Auzolan, para la inserción laboral de las personas en situación o riesgo de exclusión; el Decreto 327/2003, por el que se regulan las medidas destinadas a la mejora de la ocupabilidad y a promover la inserción laboral; el Decreto 148/2007, regulador de los recursos de acogida para mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico; etcétera.

<sup>80</sup> Desde el punto de vista de la organización del sistema, la ley de 1996 hizo importantes aportaciones. Además de introducir una mayor clarificación en materia competencial, una de sus aportaciones más significativa fue la formalización de los Servicios Sociales de base como unidad básica del sistema y como punto de acceso al mismo, la atribución a estos servicios de funciones esenciales para articular la atención comunitaria, y la consecuente obligación para todos los ayuntamientos de prestar, por sí solos o asociados, un servicio de esta naturaleza.

<sup>81</sup> Se entenderán Servicios Sociales de atención primaria los regulados en el artículo 22.1 de la Ley de Servicios Sociales 12/2008, y han sido citados en el epígrafe 2.2 de este capítulo al referirnos a la clasificación de los Servicios Sociales en función del tipo de servicio.

Sociales municipales, con la salvedad del servicio de teleasistencia que recaerá en el Gobierno Vasco.

b- Servicios Sociales de atención secundaria<sup>82</sup>, que atenderán las necesidades derivadas de las situaciones de exclusión, dependencia o desprotección. La provisión y prestación de estos servicios se garantizará desde los Servicios Sociales forales y, en su caso, desde los Servicios Sociales de ámbito autonómico.

Por otra parte, la Ley de Servicios Sociales define claramente, en sus artículos 40, 41 y 42, las funciones de cada uno de los niveles administrativos (Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos):

1- Gobierno Vasco<sup>83</sup>: Además del ejercicio de la iniciativa legislativa y de la potestad reglamentaria en materia de Servicios Sociales en el ámbito de proyección de su competencia, le corresponde la planificación general de los Servicios Sociales en toda la CAPV, así como la coordinación general del Sistema Vasco de Servicios Sociales con el fin de “garantizar, en todo el territorio del País Vasco, un desarrollo equilibrado de las prestaciones y servicios que garantice la homogeneidad en las oportunidades de acceso a los mismos, así como el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los Servicios Sociales y sistemas y políticas públicas con incidencia directa en el bienestar social, en particular con los servicios de salud, de educación, de vivienda, de empleo y de garantía de ingresos e inclusión social, en el ámbito territorial de su competencia”.

Le corresponde, asimismo, la provisión de las prestaciones y servicios incluidos en la acción directa del Gobierno Vasco<sup>84</sup>: el servicio de teleasistencia, los servicios de información y orientación, el punto de encuentro familiar, en su modalidad de servicio de atención a casos derivados por resolución judicial y el servicio integral de mediación familiar.

---

<sup>82</sup> Se entenderán Servicios Sociales de atención secundaria los regulados en el artículo 22.2 de la Ley de Servicios Sociales de la CAPV. Igualmente, han sido citados en el apartado 2.2 de este capítulo.

<sup>83</sup> Ver artículo 40 de la Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre.

<sup>84</sup> Regulados en el artículo 22 de la citada Ley.

También es competencia del Gobierno Vasco, “el fomento y la promoción del tercer sector de acción social, así como la promoción de la participación ciudadana, el fomento del asociacionismo y del voluntariado<sup>85</sup> y la participación de las personas usuarias y profesionales en la gestión y evaluación de los Servicios Sociales, tratando, en lo posible, de favorecer una participación equilibrada entre mujeres y hombres”.

2- Diputaciones Forales<sup>86</sup>: A ellas les corresponde, entre otras funciones, la programación de los Servicios Sociales en su ámbito territorial, de acuerdo con la planificación general establecida por el Gobierno Vasco, así como la inspección y control de los programas, centros y servicios de su titularidad y de los municipales que reciban aportaciones económicas forales específicas. Es también competencia de las Diputaciones la promoción y fomento de la constitución de mancomunidades o de otras agrupaciones municipales para la prestación de Servicios Sociales de acuerdo con el principio de proximidad geográfica y de eficiencia en la utilización de los recursos. Igualmente deberán aportar información actualizada referida a las prestaciones y servicios en su ámbito territorial de actuación.

Igualmente les corresponderá la autorización y, en su caso, la homologación de los servicios, centros y entidades de titularidad privada radicados en su territorio, y la inspección y el ejercicio de la potestad sancionadora, salvo cuando recaigan en las competencias municipales.

3- Ayuntamientos<sup>87</sup>: Les corresponde la creación, organización y gestión de los Servicios Sociales de base previstos<sup>88</sup>. Todos los ayuntamientos de la CAPV deberán disponer, por sí mismos o asociados, de un servicio social de base. El

---

<sup>85</sup> La Ley 17/1998 del voluntariado del País Vasco, define de la siguiente forma la figura del voluntariado: “Se entiende por voluntariado el conjunto de actividades de interés general desarrolladas por personas físicas, siempre que se realicen en las siguientes condiciones: a) De manera desinteresada y con carácter solidario; b) Voluntaria y libremente, sin traer causa de una relación laboral, funcional o mercantil, o de una obligación personal o deber jurídico; c) A través de organizaciones sin ánimo de lucro, y con arreglo a programas o proyectos concretos; d) Sin retribución económica; e) Sin sustituir, en ningún caso, servicios profesionales remunerados”.

<sup>86</sup> Ver artículo 41 de la Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre.

<sup>87</sup> Ver artículo 42 de la citada Ley.

<sup>88</sup> Regulados en el artículo 29 de la citada Ley.

servicio social de base se constituye como la unidad polivalente y multidisciplinar de atención integrada en los Servicios Sociales municipales que actúa como primer punto de acceso de la población al Sistema Vasco de Servicios Sociales.

La función principal del servicio social de base será la detección y atención, dentro de su ámbito territorial de actuación, de las necesidades sociales susceptibles de ser atendidas en el ámbito de los Servicios Sociales, coordinando y gestionando, en su zona geográfica de influencia, el acceso a las diversas instancias del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Igualmente, corresponde a los ayuntamientos la inspección y el ejercicio de la potestad sancionadora con respecto a los servicios, centros y entidades de su titularidad y con respecto a los servicios, centros y entidades privados concertados, contratados o convenidos. Igualmente deberán aportar información actualizada referida a las prestaciones y servicios en su ámbito territorial de actuación.

Para finalizar, podemos completar el estudio de la estructuración del Sistema Vasco de Servicios Sociales haciendo referencia a la participación de las entidades privadas en la prestación de los Servicios Sociales en la CAPV.

La Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre, establece que todos los servicios y equipamientos que integran el Sistema Vasco de Servicios Sociales, sean de titularidad pública o privada concertada, actuarán de forma coordinada, con el objeto de garantizar la articulación efectiva y la cohesión del sistema, así como con el fin de asegurar la unidad del mismo.

Es cierto que existe una tendencia creciente, en el campo de los Servicios Sociales, hacia la prestación de los servicios por parte de entidades privadas. Según datos del Instituto Vasco de Estadística (Eustat) relativos al año 1996, de las 975 entidades de Servicios Sociales en la CAPV, el 30,7% eran entidades públicas y el 69,3% privadas (Eustat, 1998, XXXV). La proporción varía algo si atendemos a la distribución de los 1.696 centros o unidades gestionadas por esas entidades: el 39% tenían titularidad pública y el 60,8% titularidad privada.

Por otra parte, en cuanto a la distribución del gasto total, en función de la titularidad de los centros y entidades donde se realizaba, correspondía el 62,8% a la red pública y el 37,2% a centros de titularidad privada (Eustat, 1998, XL).

Para observar la evolución de estas cifras acudimos a los datos del Instituto Vasco de Estadística correspondientes al finales del año 2005, para comprobar que (ver tabla 2.1), de las 1.318 entidades prestadoras de Servicios Sociales en la CAPV, el 24% eran entidades públicas y el 76% privadas, aumentando el peso de estas últimas respecto a 1996. Si consideramos la distribución de los 2.544 centros gestionados por estas entidades, observamos que el 39% tenían titularidad pública y el 61% titularidad privada (Eustat, 2008, 1.1).

**Tabla 2.1: Distribución de entidades y centros de Servicios Sociales, 2005**

	CAPV			ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
	Total	Públicos	Privados			
Entidades	1.318	310	1.008	246	716	356
%	100	24	76	19	54	27
Centros	2.544	1.003	1.541	502	1.260	782
%	100	39	61	20	50	30

Fuente: Eustat (2008).

En cuanto al gasto, según titularidad, el 59% se realizó en la red pública y el 41% en la privada, apreciándose una leve reducción porcentual del gasto correspondiente a la red pública en relación a 1996. Territorialmente, existen diferencias significativas en cuanto a la presencia del sector público y privado según el territorio: Álava tiene la red de centros públicos más fuerte de los tres territorios ya que aporta el 79% del gasto territorial destinado a la cobertura de los Servicios Sociales; sin embargo, Bizkaia y Gipuzkoa no alcanzan el 60% (Eustat, 2008, 1.3).

En la exposición de motivos de la Ley vasca de Servicios Sociales de 1996, ya se señalaba la constatación del peso específico de la oferta privada en la

prestación de servicios, además de la importancia del tejido asociativo y de las organizaciones de voluntariado. En la década 1996-2005, hemos visto como la importancia de la iniciativa privada en la CAPV aumentó tanto por el mayor número de entidades prestadoras de Servicios Sociales como por el mayor gasto realizado en la red privada.

Por otro lado, el porcentaje de trabajadores pertenecientes a entidades y centros públicos no ha dejado de descender desde 1994, pasando de ser del orden del 42% a suponer tan solo un 27%, en 2006 (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 132).

Este aumento de la iniciativa privada en los Servicios Sociales constatada en el País Vasco puede extrapolarse al conjunto del Estado y a Europa. Según el estudio de Fajardo y Sáez para el conjunto de España, ya en 1997 se apreciaba una tendencia a la potenciación y regulación de la participación de entidades privadas en la gestión de un buen número de Servicios Sociales (Fajardo y Sáez, 1997).

En este contexto es previsible un aumento de la competencia entre los prestadores de Servicios Sociales, con el consiguiente aumento del número de los mismos y una mayor apertura a proveedores con ánimo de lucro. También es previsible el perfeccionamiento de sistemas de evaluación y control, sistemas de acreditación, certificación y homologación, contratos, convenios, mecanismos de coordinación y cartas de servicio.

Una vez que se ha definido el sector y se han estudiado las particularidades de los Servicios Sociales, podemos continuar este trabajo describiendo y comentando las características del marketing y de la gestión de la calidad en el sector de los Servicios Sociales.

*PARTE I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS*  
*Capítulo 2º - El sector de los Servicios Sociales*

### **CAPÍTULO 3º- EL MARKETING DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

Comenzaremos el capítulo señalando los beneficios que pueden encontrar las organizaciones del sector de los Servicios Sociales adoptando una filosofía de marketing y utilizando las herramientas que el marketing proporciona. Igualmente será importante señalar las particularidades y necesidades de los usuarios de los Servicios Sociales, pues conocerlas permitirá a las empresas prestadoras de estos servicios adecuarlos a las necesidades sociales que en cada momento prevalezcan en la sociedad.

Consideramos necesario, además, precisar las características diferenciales del mix de marketing en el ámbito de los Servicios Sociales debido a las peculiaridades que presenta el sector y que fueron comentadas en el capítulo anterior. Tampoco se puede obviar uno de los conceptos empresariales más importantes en las últimas décadas, como es el de calidad de servicio, que cobra especial relevancia como elemento diferenciador en la prestación de servicios por parte de las organizaciones del sector.

Continuaremos el capítulo estudiando la forma de medir la satisfacción de los usuarios de los Servicios Sociales, para finalizar destacando la importancia de la formación y satisfacción del cliente interno en la consecución de la satisfacción por parte de los usuarios finales.

### **3.1. La importancia del marketing en el sector de los Servicios Sociales**

Para introducir el concepto de marketing de los Servicios Sociales, podemos acudir a Grande (2002, p. 22), quien lo define como “el proceso de prestación de productos y servicios de naturaleza asistencial para proporcionar a los beneficiarios unas condiciones generales de vida dignas y adecuadas a los niveles de bienestar de una sociedad en un momento determinado, proporcionados por organizaciones públicas, siendo los costes del proceso soportados por el conjunto de la sociedad”, añadiendo que “los Servicios Sociales proporcionados por entidades no públicas prestan los servicios con costes soportados por ellas mismas”.

Como consecuencia de las características diferenciales de los servicios, en general, y de los Servicios Sociales, en particular, y que han sido comentadas en el capítulo anterior, podemos afirmar que el marketing en la empresa de servicios desempeña un papel distinto del que tiene en las organizaciones que ofrecen bienes puros. En efecto, el departamento de marketing “debe mantener una relación mucho más estrecha con el resto de la organización. El concepto de que el departamento de operaciones es el encargado de elaborar el producto y el departamento de marketing es el encargado de venderlo no opera en una empresa de servicios” (Hoffman y Bateson, 2002, p. 48).

Basándonos en el concepto de marketing definido como filosofía<sup>89</sup>, que sostiene que la clave de la empresa para alcanzar sus objetivos consiste en la identificación de las necesidades y deseos del público objetivo y en ser más efectivos que la competencia al crear y ofrecer valor a sus mercados objetivos (Kotler, 2000, p. 21), podemos aceptar cuatro partes en la función del marketing:

- 1- Comprensión y determinación del mercado objetivo y de sus necesidades, utilizando las diversas técnicas de investigación de mercado.
- 2- Selección de los segmentos pretendidos, o del nicho de mercado en el que se pretende operar.

---

<sup>89</sup> Véase el apartado 1.1 del capítulo primero.

- 3- Elaborar los planes de marketing y ejecutar las acciones de marketing, con el consiguiente control.
- 4- Preparación de toda la organización para que se ejecuten con éxito los planes actividades de marketing.

La gestión de los servicios<sup>90</sup> supone según Grönroos (1990, p. 115):

- Comprender el valor que reciben los clientes al consumir o utilizar las ofertas de la organización.
- Entender cómo se percibe la calidad en las relaciones con los clientes.
- Entender cómo la organización podrá entregar ese valor o calidad.
- Entender cómo se debería dirigir la organización para alcanzar el valor o calidad pretendida y hacer que la organización funcione en esa dirección de forma que se satisfagan los objetivos de las partes implicadas.

Sin embargo, las actividades de marketing son herramientas de gestión extrañas para muchas personas con responsabilidades de gestión en las organizaciones de Servicios Sociales, y más aun en las de carácter no lucrativo. Esta opinión es compartida por Cámara (1996, p. 473) cuando señala que “la aplicación del marketing a la mejora de la planificación y gestión de centros que no buscan el beneficio es un tema muy poco abordado en España”. En opinión de Martín Dávila *et al.* (1997, p. 350), el mayor obstáculo que encuentra el marketing para su aplicación en las entidades no lucrativas está relacionado, paradójicamente, con una mala imagen del mismo, que aparece asociado a conceptos como venta e incluso manipulación, lo que contribuye a que las organizaciones no lucrativas no se beneficien de su aplicación<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> En ocasiones el término “gestión de servicios” sustituye casi por completo al término “marketing de servicios” en la bibliografía sobre servicios (Grönroos, 1990, pp. 114-115).

<sup>91</sup> Algunas fuentes del rechazo hacia la aplicación del marketing por parte de las organizaciones de Servicios Sociales, según Grande (2002, pp. 23-24), pueden ser: la escasa valoración de los conocimientos de marketing, la existencia de organizaciones con exceso de demanda, las deficiencias de comunicación y relación en las organizaciones que prestan Servicios Sociales, la deficiente o nula investigación del mercado y la falta de orientación al consumidor en estas organizaciones.

En opinión de Grande (2002) algunas causas del rechazo hacia la aplicación del marketing por parte de las organizaciones de Servicios Sociales pueden ser: la escasa valoración de los conocimientos de marketing, la existencia de organizaciones con exceso de demanda, las deficiencias de comunicación y relación en las organizaciones que prestan Servicios Sociales, la deficiente o nula investigación del mercado y la falta de orientación al consumidor en estas organizaciones (Grande, 2002, pp. 23-24).

En efecto, en el sector que nos ocupa, y hasta hace poco tiempo, el marketing no ha tenido buena imagen, por considerarse que no tenía relación con la actividad asistencial. Las entidades prestadoras de Servicios Sociales pueden no haber visto clara la necesidad de realizar actividades de marketing teniendo una demanda superior a la oferta y existiendo listas de espera.

Sin embargo, al pensar de esta forma se está confundiendo la demanda de los servicios con el proceso de prestación de los mismos. Implantar una filosofía de marketing en una organización prestadora de Servicios Sociales no equivale a fomentar una demanda, sino que representa mejorar un proceso asistencial y generar bienestar en las personas. Cuando las personas utilizan los Servicios Sociales no existe un componente lúdico, sino que reciben atenciones que hubieran preferido no necesitar.

La progresiva ampliación de campos a los que el marketing presta atención permiten pensar que las organizaciones de Servicios Sociales, tengan o no ánimo de lucro, encontrarán cada vez más útiles las herramientas de marketing. Hoy en día, por ejemplo, se reconoce que gracias a las herramientas de análisis, métodos de previsión y estudios de mercado, puede lograrse el conocimiento de las necesidades de la demanda y, que gracias a instrumentos como las encuestas de satisfacción puede conocerse la opinión de los usuarios respecto a los servicios recibidos.

Para Meunier (1986, p. 54), existen dos motivos por los que el sector de los Servicios Sociales debe utilizar las herramientas que el marketing pone a su disposición. En primer lugar, los responsables de los programas de Servicios Sociales deben justificar el mantenimiento de unos servicios y el desarrollo de otros en

función de la urgencia de las necesidades a satisfacer y, por tanto, es preciso realizar un estudio del mercado y unas previsiones acerca de su evolución. Por otro lado, las organizaciones de Servicios Sociales se encuentran con “problemas de mercado” al tener que enfrentarse al estancamiento o disminución de sus recursos financieros, a las transformaciones de las necesidades sociales y a la competencia entre cada vez un mayor número de organizaciones.

Un paso más en este reconocimiento de la utilidad de la aplicación del marketing sería la consagración, en este tipo de organizaciones, de la “necesidad de una orientación al mercado, iniciándose la “materialización” de esa filosofía o actitud mental que ha de presidir las actividades realizadas para impulsar y llevar a todas las personas, funciones y departamentos de la organización, a interesarse y atender activamente las necesidades y deseos de los usuarios” (Corella, 1998, p. 216).

En las últimas dos décadas, en Estados Unidos, ha ido apareciendo bibliografía vinculada a la aplicación del marketing en los Servicios Sociales, especialmente referida a entidades sin ánimo de lucro (Taylor y Vigars, 1993, pp. 40-56). Sin embargo, la mayoría de estas aportaciones bibliográficas se centran en la cuestión de la consecución de fondos. Sin embargo, más allá de la contribución del marketing en las actividades de obtención de fondos, el marketing de los Servicios Sociales, debe incidir, en nuestra opinión, en otros aspectos como:

- La investigación del entorno y, en particular, la evaluación de las necesidades sociales.
- La incorporación del concepto y las técnicas de segmentación.
- La elaboración de un mapa de públicos, que permita considerar los diferentes grupos y personas en función de sus distintas necesidades y establecer la naturaleza de los intercambios de la organización con cada uno de ellos.
- La investigación de la competencia.
- La utilización de las variables del marketing-mix.
- El planteamiento de estrategias en relación a la imagen corporativa y de la imagen de marca a la que quieren verse asociados.

- La consecución de un posicionamiento diferenciado respecto a otras entidades similares.

Posiblemente, la incorporación de este tipo de aspectos supondría superar algunos presupuestos instalados en algunas organizaciones, fundamentalmente no lucrativas, prestadoras de Servicios Sociales.

Kotler y Andreasen (1996, p. 60), subrayan que las organizaciones no lucrativas que no se han visto influidas por una filosofía de marketing, “ven lo que ofrecen como totalmente deseable (...), creen que es la ignorancia o la falta de motivación de los clientes la mayor barrera para el éxito de sus organizaciones”. Estos autores señalan que “aunque las organizaciones no lucrativas buscan influir en intercambios de dinero por bienes y servicios exactamente igual que las organizaciones lucrativas, lo que las hace diferentes es su concentración en intercambios que involucran costes no monetarios por una parte y beneficios sociales y psicológicos por la otra” (Kotler y Andreasen, 1996, p. 29). En la medida en que la complejidad de estos intercambios se incrementa se hace más aconsejable un proceso de gestión del intercambio, para el cual, las organizaciones tendrán que utilizar y adaptar conceptos, sistemas, técnicas e instrumentos de marketing (Fantova, 1999, p. 284).

Es evidente que muchos de los planteamientos en el campo del marketing no se adecuan a las necesidades de las organizaciones no lucrativas de Servicios Sociales. Éstas, tienen que dirigir sus esfuerzos de marketing a dos mercados: el de los contribuyentes, que son los que las financian, y el de los usuarios que acceden a ellas. El primero de esos mercados reclama un marketing no lucrativo, pero el segundo en nada se diferencia del que cualquier empresa tiene que dirigir a sus clientes.

En todo caso, e independientemente del carácter lucrativo o no de la organización, las herramientas de marketing deberán de contribuir a abordar fenómenos como, entre otros, los siguientes (Fantova, 1999, p. 284):

- La intangibilidad y la dificultad de presentar públicamente los resultados de los Servicios Sociales.

- La intervención con personas o colectivos que no demandan los servicios.
- La existencia de diferentes tipos de prescriptores, como las familias o los profesionales de otros servicios.
- Las contradictorias valoraciones sociales y políticas que reciben los Servicios Sociales.
- La necesidad de que un mismo producto satisfaga simultáneamente las necesidades o deseos de diferentes interlocutores, como, por ejemplo, usuarios que reciben el servicio y administraciones públicas que lo financian.
- El rechazo social a la proximidad de servicios que atienden a poblaciones estigmatizadas.
- La falta de conocimiento y reconocimiento social que tienen los Servicios Sociales.

Las tareas de marketing de las empresas de servicios, y menos aún si nos referimos a una organización prestadora de Servicios Sociales, no pueden ser responsabilidad de un departamento de marketing clásico sino que, en gran parte, la responsabilidad se debe extender al conjunto de los trabajadores de la organización.

En efecto, todos los empleados tienen una doble responsabilidad: por un lado deben realizar su trabajo correctamente desde una perspectiva técnica y, por otro, deben ser conscientes de que la forma de realizarlo es, en sí mismo, una tarea de marketing. El problema reside, según Grönroos (1990, p. 171), “en el hecho de equiparar al departamento de marketing con el concepto, mucho más amplio, de función de marketing. La función de marketing incluye todas las actividades que tienen un impacto directo o indirecto en el establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de las relaciones con los clientes, al margen del área en que se encuentren dentro de la organización”.

De esta forma, conseguir que los empleados trabajen con una orientación al cliente, implica, además de atraer, motivar y conservar a los mejores empleados, que exista una coordinación entre todo el personal que, de forma directa o indirecta, participa en el servicio que se ofrece al cliente (Aparicio, 2000, p.126). Así, será

necesario que los empleados trabajen en equipo y que se les explique qué se espera de ellos en cuanto a la atención que prestan a los usuarios. Las aportaciones del denominado marketing interno serán de gran utilidad a la hora de pensar en cómo involucrar a todas las personas de la organización.

El marketing interno<sup>92</sup> tiene como objetivo conseguir que las personas en contacto con el cliente estén concienciadas de la importancia de su cometido y, además, estén motivadas para desarrollar su trabajo con la mayor calidad posible. Para ello, se deberá afianzar y mejorar el nivel de calidad en la prestación de los servicios, profesionalizar y motivar a los empleados, así como formarlos para que sean capaces de establecer perfectas comunicaciones en las interacciones con los usuarios.

Las actividades de marketing interno en el contexto de los Servicios Sociales deben encaminarse hacia:

- La formación de cada miembro de la organización con el objetivo de apoyarles en su contacto con los clientes. La formación relacionada con la capacidad de comunicación de los prestadores de servicios y con el trato que se deben dispensar a los usuarios será especialmente importante.

- La comprensión clara, por parte de los empleados, del tipo y nivel de relación que la organización desea con sus usuarios.

- La creación de flujos de información entre los dirigentes y todos los trabajadores de la organización.

- La implantación de una orientación al mercado asimilada por todos los miembros de la organización.

En definitiva, será el trabajo de calidad de todo el personal implicado en la prestación del servicio el que permitirá lograr un elevado nivel de satisfacción en el usuario.

---

<sup>92</sup> El marketing interno en una empresa de servicios es definido de una manera sencilla por Kotler (2008) como la orientación y motivación de los empleados en contacto con el cliente para trabajar como un equipo con el objetivo de lograr la satisfacción del cliente (Kotler, 2008, p. 303).

### 3.2. Características y necesidades de los usuarios de Servicios Sociales

Intentar estudiar las características de los usuarios de los Servicios Sociales y analizar su comportamiento no es tarea fácil debido a la amplitud de servicios a los que nos referimos y la heterogeneidad de los públicos a los que van dirigidos: ancianos, discapacitados, mujeres maltratadas, menores, inmigrantes, drogo-dependientes, etcétera. Aunque siempre estemos hablando de los colectivos más desfavorecidos y vulnerables, no podemos describir a los beneficiarios de Servicios Sociales, en términos generales, como personas de baja cultura, aunque en muchos casos así sea, ni de bajo nivel de renta, aunque sea una característica frecuente, ni de bajo estrato social, aunque en el caso de muchos Servicios Sociales sea lo habitual.

Por ello, y teniendo en cuenta que el objetivo de esta tesis es referirnos a un sector concreto como receptor de Servicios Sociales, el de las personas mayores, no vamos a profundizar excesivamente en esta cuestión. Más adelante, sin embargo, nos referiremos, entonces sí con detenimiento, a la figura de los consumidores de la tercera edad.

En nuestra sociedad actual, la satisfacción de las necesidades básicas ha quedado tan asegurada, en términos generales, que la atención social tiende a dirigirse a esquemas de acción dentro de la política social de carácter más estructural (vivienda, empleo, educación o salud) y a abrir nuevos esquemas relacionados con el ocio, la diversidad étnica y cultural, la solidaridad, el voluntariado o el desarrollo sostenible (Pérez Tornero *et al.*, 1992, p.17). En definitiva, una vez que el Estado de Bienestar ha gestionado las necesidades más básicas, se enfrenta a nuevas demandas de los ciudadanos, más complejas y más difíciles de gestionar.

Sin embargo, si bien es cierto que se han de abordar las nuevas necesidades que van surgiendo en nuestra sociedad, no debemos olvidar la existencia de colectivos que aún dentro de la sociedad de consumo, no llegan a cubrir sus necesidades vitales y, menos aún, aquellas que se encaminan a un nivel mayor de autorrealización. Se justifica, por tanto, un sistema de Servicios Sociales que trate de mejorar la calidad de vida de unos sectores desprotegidos cuya proporción parece

crecer en nuestra sociedad (Rodríguez Cabrero, 2000, p. 16; Roldán, 2001, pp. 34-36).

Lógicamente, las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales deben crear un sistema de investigación que les permita recoger información respecto al mercado, en general, y a su público objetivo, en particular, para analizarla y distribuirla dentro de la organización.

La mayoría de las investigaciones relevantes efectuadas en relación a los Servicios Sociales, y a las que las organizaciones del sector pueden acudir, son realizadas por entidades públicas. Por ejemplo, en nuestro entorno, nos encontramos con el “II Mapa Foral de Servicios Sociales de Gipuzkoa, 2008-2012”, realizado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa (2008), o el “VII Informe del Consejo Vasco de Bienestar Social”, realizado, en 2009, por el Centro de Documentación y Estudios, SiiS<sup>93</sup>. Estas investigaciones señalan algunas de las características y necesidades de los usuarios de los Servicios Sociales, así como la posible evolución de las mismas. Éstas pueden ser sintetizadas atendiendo a los diferentes colectivos a los que, como citábamos en el capítulo anterior, se dirigen los Servicios Sociales, es decir, las personas mayores dependientes, las personas con discapacidad, las personas en exclusión social y los menores de edad desprotegidos.

1- En relación a las personas mayores dependientes, en los próximos años es previsible un aumento del número de personas en edades maduras y avanzadas y, también, de aquellas en situación de dependencia. El número de personas mayores con dependencia al menos moderada aumentará, entre 2008 y 2012, un 12%. En la actualidad, en torno a un 25% de las personas con dependencia moderada o grave no están siendo atendidas por el sistema. Las preferencias y necesidades que expresan las personas dependientes y sus familiares apuntan a la necesidad de desarrollar las

---

<sup>93</sup> Otras investigaciones realizadas en el ámbito de los Servicios Sociales, y fuentes de información en el presente trabajo, serían: la *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008*, del Instituto Nacional de Estadística (INE); la *Encuesta de Demanda de Servicios Sociales – Necesidades Sociales 2006*, del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco; la *Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia*, de la Dirección General de las Familias y la Infancia, publicada en 2008; o el *Informe anual sobre la violencia contra las mujeres*, que elabora Emakunde, actualizado a junio de 2008.

prestaciones económicas y los servicios de asistencia domiciliaria y de base comunitaria, frente a los servicios prestados en centros y, especialmente, los de tipo residencial (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008, pp. 17-23).

2- En relación a las personas con discapacidad, se estima que el número de personas con discapacidad y/o alguna limitación oscila, en el año 2008, entre el 8,4% y el 10,5% del conjunto de la población de la CAPV (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, p. 19). A principios de 2008, se encuentran inscritas en el registro de personas con discapacidad de la Diputación Foral de Gipuzkoa el 4% de la población de entre 18 y 64 años. Aproximadamente el 1% de la población de Gipuzkoa tiene una situación de dependencia al menos moderada, siendo éste el colectivo donde deberá centrarse, preferentemente, la intervención pública en materia de Servicios Sociales para personas con discapacidad. En los próximos años, algunas causas de discapacidad tenderán a mantenerse o, incluso, a disminuir, como es el caso de las anomalías congénitas, y otras, en cambio, experimentarán un aumento, como por ejemplo las lesiones causadas por accidentes de tráfico. En ese sentido, es muy probable que se produzcan importantes transformaciones en el perfil y demanda de los usuarios de Servicios Sociales. Entre esos cambios previstos podemos citar los siguientes: un mayor peso de las personas con discapacidades físicas y sin afección cognitiva respecto al conjunto de las personas con discapacidad, el incremento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual, un mayor peso de las personas con enfermedad mental y con trastornos de conducta, y un mayor peso de personas con discapacidades sobrevenidas en la edad adulta (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008, pp. 53-55).

A través de las políticas públicas se atiende al 66% del colectivo de personas discapacitadas mientras que el tercio restante estaría siendo atendido por sus familiares o allegados, o por personas contratadas de forma particular, pero no desde los Servicios Sociales. La principal demanda de este colectivo se refiere al apoyo económico, la segunda sería la percepción de apoyos para los cuidados personales en el domicilio y, la tercera, los apoyos relacionados con el acompañamiento o la supervisión personal. La demanda de acceso a centros especializados es menor y, dentro de estos, los más demandados resultan ser los centros de ocio, seguidos de los

ocupacionales y los centros de día. Los centros residenciales son los que tienen una menor demanda, que proviene fundamentalmente de personas con niveles muy elevados de dependencia (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008, pp. 58-59).

3- En relación a las personas en exclusión social, se mantienen en la CAPV núcleos o bolsas de pobreza relativamente importantes, con un 4,6% de los hogares en situación de pobreza de mantenimiento y un 3,2% de la población en situación de pobreza real, según datos de 2008. Las situaciones de pobreza se concentran en las zonas urbanas. Desde el punto de vista sociodemográfico, es destacable la elevada prevalencia de la pobreza entre la población inmigrante y su creciente peso en el conjunto de la población en situación de pobreza. Deben también destacarse las elevadas tasas de pobreza que se registran entre los menores de edad y las familias con hijos, entre las personas desempleadas y entre quienes viven de prestaciones de asistencia social. La manifestación más extrema de la pobreza y la exclusión sería la que representan las cerca de 2.000 personas usuarias de los servicios para personas sin hogar en el año 2008. También en este colectivo debe destacarse la importante presencia de personas extranjeras (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, pp. 42-43).

El incremento de la población inmigrante se ha convertido en un aspecto fundamental para los servicios de lucha contra la exclusión en la CAPV, en general, y en Gipuzkoa, en particular. La evolución de la demanda de servicios dependerá directamente del proceso de integración de este colectivo, de las dificultades que encuentren en el acceso al empleo y a la vivienda, y de la continuidad de los flujos migratorios. También resulta destacable la creciente concentración de las situaciones de pobreza y privación entre las personas jóvenes, las mujeres y las familias monoparentales. (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008, pp. 87-92).

Por otro lado, la prevalencia de las situaciones de violencia de género<sup>94</sup> oscila, dependiendo de la fuente estadística que se utilice, entre el 0,3% y el 3% de la

---

<sup>94</sup> Aunque la prevención y tratamiento de la problemática de la violencia de género no compete exclusivamente a los Servicios Sociales, constituye uno de sus ámbitos de actuación y, por ello, resulta necesario conocer la evolución y la situación actual de esta problemática, así como las principales características de las personas que la padecen y la respuesta que los Servicios Sociales les ofrecen.

población femenina. De acuerdo con la “Encuesta de Demanda de Servicios Sociales - Necesidades Sociales” del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco (2006), el 0,3% de las mujeres de la CAPV sufren o han sufrido situaciones de rechazo, acoso o violencia. Otra encuesta, en este caso de ámbito estatal, la “III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres”, llevada a cabo en 2006 por el Instituto de la Mujer, ofrece datos muy diferentes. El porcentaje de mujeres víctimas de situaciones de maltrato técnico sería en la CAPV muy elevado, el 8,5% de las mujeres, si bien estaría por debajo de la media estatal. Si nos centramos sin embargo en el maltrato declarado, el porcentaje se reduce al 3,1%. En este caso, la prevalencia del problema en la CAPV también sería inferior al del Estado.

Si se tienen en cuenta las características de los casos de violencia de pareja atendidos, se observa que en el 53% de los casos atendidos en 2006 se ha producido maltrato físico y en el 46% psicológico, que en el 43% de los casos los malos tratos se han producido durante más de diez años, y que en el 72% comenzaron en el noviazgo o durante el primer año de convivencia. La edad media es de 41 años, el 30% están en trámites de separación, el 18% son inmigrantes y el 50% son personas laboralmente activas. No se detectan, en primera instancia, diferencias importantes en lo que se refiere al nivel de instrucción o al nivel socioeconómico (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, pp. 53-57)

4- En relación a las personas menores de edad, puede estimarse en 33 casos por cada 10.000 menores de edad la tasa de incidencia de las situaciones de desprotección de menores en la CAPV. En 2007, el número de expedientes abiertos superó los mil, frente a 568 cinco años antes. El 0,2% de los menores de entre 6 y 16 años residentes en la CAPV presentan problemas de desescolarización y el 0,3% de absentismo y retraso escolar. Un 3% parece problemas de integración escolar y, dentro de ellos, un 0,6% padecen en la escuela situaciones de acoso o abuso. Los varones, la población preadolescente y la población inmigrante constituyen los grupos más afectados por problemas de integración. El retraso escolar y los problemas de integración en la escuela se relacionan estrechamente, por otra parte, con la existencia de problemas para las coberturas de las necesidades básicas y de

vivienda, es decir, con las situaciones económicas más desfavorecidas (Consejo Vasco de Bienestar Social, 2009, pp. 46-50).

En los últimos 25 años, la proporción de personas menores de edad ha experimentado una fuerte disminución como consecuencia, fundamentalmente, del aumento de la esperanza de vida y la caída de la natalidad<sup>95</sup>. Sin embargo, en la última década, las tutelas de menores asumidas por las Diputaciones Forales de los tres Territorios Históricos de la CAPV han experimentado una tendencia general creciente. En términos relativos, esto se ha traducido en un incremento, desde 1997 a 2005, del 0,34 al 0,89 de la tasa de altas de tutela tramitadas por cada 1.000 menores de edad.

Por otro lado, en los últimos años se ha producido un notable incremento en la afluencia de menores inmigrantes no acompañados. En el periodo 2003-2007, el número de menores extranjeros no acompañados acogidos en centros residenciales se ha multiplicado prácticamente por diez. Aunque debido a la variabilidad de los factores que determinan los flujos de llegada de estos menores resulta difícil efectuar previsiones sobre el futuro, no parece que, al menos a corto y medio plazo, vaya a producirse una disminución en el volumen de llegadas de estos menores. Cabe pensar que el incremento en la población inmigrante incrementará la demanda de intervenciones desde el ámbito de los Servicios Sociales en el sector de la infancia y la juventud. Debe destacarse igualmente la tendencia al incremento en los consumos de drogas legales e ilegales entre la población juvenil, y en ocasiones adolescente, que implica un incremento de la demanda asistencial específicamente orientada a este colectivo. También parece haberse incrementado la detección de otras problemáticas (trastornos de conducta, patología mental, maltrato entre iguales, violencia de hijos hacia sus progenitores, etcétera) que, si bien resultan minoritarias,

---

<sup>95</sup> En 1981 Gipuzkoa los menores de 18 años representaban un 29,4%, frente al 15,8% actual. Esta tendencia, sin embargo, se ha visto ligeramente alterada en los últimos años a causa del discreto ascenso que, desde 1996, inicia la natalidad en la CAPV. En los próximos años todo indica que esta tendencia se mantendrá estable. A corto plazo, las proyecciones de población de Eustat para Gipuzkoa señalan que el número de menores de edad aumentará de forma leve pero paulatina. Para el año 2012, estas previsiones apuntan a que en Gipuzkoa habrá aproximadamente unos 115.420 menores de 18 años, lo que representaría el 16,7% de la población total estimada para ese año y, en términos absolutos, casi 6.000 niños/as y adolescentes más que en 2007. El importante incremento de la población inmigrante experimentado en los últimos años, así como sus mayores tasas de natalidad, puede provocar un incremento en estas previsiones.

requieren también un cierto reforzamiento de los Servicios Sociales (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008, pp. 119-121).

Por último, cabe señalar un aumento del número de familias monoparentales y con menores recursos. En el periodo 1992-2007, el número de familias monoparentales ha aumentado en Gipuzkoa en más de 5.200 unidades familiares. Actualmente, hay aproximadamente 20.000 familias monoparentales, de las que alrededor de 3.000 están encabezadas por un padre o una madre de entre 25 y 44 años. Estas familias están expuestas a un mayor riesgo de pobreza y privación que el resto de la población.

Una vez estudiadas las características y necesidades de los usuarios de los Servicios Sociales y su posible evolución, señalaremos las necesidades básicas<sup>96</sup> a las que dan respuesta los Servicios Sociales, siguiendo a Alemán (2004b, pp. 400-404):

1- Necesidad de acceder a los recursos sociales que ofrece la sociedad con igualdad de oportunidades.

2- Necesidad de convivencia, alojamiento y calidad de vida en el entorno personal, en el marco de convivencia que libremente elijan las personas.

3- Necesidad de integración social para la superación de la exclusión social, posibilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida social.

4- Necesidad de solidaridad común, que potencia la responsabilidad social como instrumento superador de discriminación social e institucional.

Las administraciones públicas, en sus diferentes niveles, deberán satisfacer las necesidades de colectivos cuya importancia cada día es mayor, como son las personas mayores, los discapacitados, las mujeres, los niños o los jóvenes. A estos grupos hay que añadir otros que por la novedad de su problemática requieren respuestas ágiles por parte de los organismos públicos como, por ejemplo, los inmigrantes o los afectados por toxicomanías y el sida (Alemán, 2004b, p. 352).

---

<sup>96</sup> Las “necesidades básicas” a las que hacemos referencia pueden definirse como la carencia de cosas que son imprescindibles y necesarias para la subsistencia.

Por tanto, es necesario articular una política social capaz de responder a una situación de necesidades cambiantes que actualmente vivimos y que en el futuro seguiremos teniendo.

Para responder a estas demandas y necesidades, los poderes públicos pueden optar por varias modalidades de intervención social (Alemán, 2004b, p. 355):

1- La asistencia, que trata de subsanar los efectos más graves de la situación a la que se pretende hacer frente, pero sin actuar sobre las condiciones que originan la misma.

2- La rehabilitación, que pretende volver a una situación previa, o bien, devolver al individuo a unos niveles de integración “normales”.

3- La prevención: que busca no ya subsanar situaciones sociales, sino que éstas no lleguen a producirse, atajando las causas. Es la modalidad más ambiciosa, y más demandada por la sociedad, en el ámbito de la intervención social.

Alemán (2004b, pp. 356-367) señala tres agentes fundamentales a los que les corresponden la satisfacción de las situaciones de necesidad de los individuos: el Estado, el mercado y el tercer sector<sup>97</sup>. La intervención pública es uno de los actores más recientes dentro del ámbito de la acción social<sup>98</sup>. La ordenación, control y tutela será un elemento esencial de la intervención pública en el terreno de las necesidades sociales. El Estado con su actuación a la hora de hacer frente a las necesidades reconoce los derechos de los ciudadanos ampliando el ámbito de protección de los mismos. Aunque en la actualidad se postule una mayor intervención del resto de agentes, el mercado y el tercer sector, es el ámbito público el que aparece ante la ciudadanía como mayor responsable de la satisfacción de las necesidades sociales.

Por otro lado, las acciones que se llevan a cabo desde el mercado tienen un fin lucrativo y exclusivista que podría hacernos dudar de su idoneidad para satisfacer

---

<sup>97</sup> Si consideramos que el gobierno y las administraciones son el primer sector y el mundo empresarial el segundo sector, el mundo de las ONG es el "tercer sector", o el sector de la solidaridad o de las entidades sin ánimo de lucro.

<sup>98</sup> Por acción social vamos a referirnos al conjunto de actividades organizadas, públicas o privadas, dirigidas a la asistencia y prevención de determinadas situaciones de carencia personal o familiar (Alemán, 2004a, p. 250).

necesidades sociales. Sin embargo, en las últimas décadas, asistimos a la contratación de determinados servicios públicos con empresas privadas y a la introducción de principios propios de la gestión privada dentro del ámbito público. Como señala Walker, “la privatización de los Servicios Sociales tiene un papel importante que jugar en la recapitalización del capitalismo reduciendo el tamaño del sector público, así como en la provisión de nuevos mercados para el sector privado” (Walker, 1984, p. 28).

Por último, la intervención del tercer sector en la satisfacción de necesidades sociales tiene una larga tradición. La autoprovisión y la ayuda mutua, son las modalidades más antiguas para hacer frente a las necesidades. Aunque actualmente sigue presente su empleo es menor. La familia sigue siendo, en el modelo de Estado del Bienestar predominante en los países mediterráneos al menos (Esping-Andersen, 2000), una institución básica que presta un gran número de servicios. La autoprovisión y la ayuda mutua, además de por la familia, también se pone en práctica por colectivos étnicos o minoritarios. También podemos incluir la ayuda mutua vecinal y la derivada de relaciones de amistad y compañerismo. Sin embargo, la solidaridad más estructurada se encuentra en las relaciones de ayuda que se establecen entre afectados por una situación de necesidad común.

La donación es otra importante forma de hacer frente a la satisfacción de necesidades sociales. Aunque sea un comportamiento particular, su componente religioso es importante. Las instituciones religiosas han desempeñado una importante función en la organización y estructuración de las redes de beneficencia. Hoy día, las donaciones, que se encuentran muy condicionadas por la legislación fiscal, se realizan a través de dos modalidades: por un lado a través de instituciones de donación (Cáritas y Cruz Roja, por ejemplo) o a través de grupos públicos y privados (sociedades, clubs, partidos, sindicatos, etcétera).

### **3.3. El marketing-mix de los Servicios Sociales**

Hemos defendido anteriormente la adopción de una orientación al mercado por parte de las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales. También hemos destacado la conveniencia de utilizar las herramientas que el marketing pone a disposición de estas organizaciones para su mejor adaptación a las necesidades sociales observadas y a la satisfacción de las expectativas de sus clientes.

Hay que tener en cuenta que las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales deben dirigir sus acciones de marketing a distintos grupos de interés. En primer lugar, las dirigirán a los usuarios actuales y potenciales, presentes y futuros. En segundo lugar, también son clientes, aunque en diferente medida, los familiares de los usuarios y que requieren de otros servicios: información sobre el estado del paciente, pronóstico, medidas preventivas, etcétera. En tercer lugar, deberá existir una relación estrecha con la Administración quien aportará un marco normativo y un plan estratégico de Servicios Sociales, contribuirá a la financiación de la organización a través de subvenciones o facilitando el acceso al crédito, incluso proporcionará instalaciones para que se pueda desarrollar la actividad y facilitará formación en materia de gestión de la calidad y para el correcto desempeño del servicio. En cuarto lugar, es necesario un conocimiento lo más exhaustivo posible de las características y acciones comerciales del resto de organizaciones prestadoras de Servicios Sociales del sector. Además de la competencia actual se tendrá que considerar la posible competencia futura. En quinto lugar, como cualquier otra empresa, se deberá determinar y atender las necesidades del público interno. Un público interno que, como seguiremos insistiendo, tiene una importancia capital en la prestación del tipo de servicios a los que nos estamos refiriendo<sup>99</sup>. Por último, se deberá informar a la sociedad y presentar públicamente los resultados de los Servicios Sociales y exponer los problemas a los que se enfrenta el sector.

---

<sup>99</sup> Nos referiremos con más profundidad al cliente interno en el apartado 3.6 del presente capítulo y en los siguientes capítulos.

Con anterioridad hemos señalado que, en una empresa prestadora de servicios, la función de marketing debe ser asumida por toda la organización y, para ello, es conveniente que todos los empleados adopten en su trabajo una orientación al cliente. Sin embargo, el mix de marketing, es decir, las decisiones sobre las actividades a desarrollar referentes al producto, precio, comunicación y distribución, corresponden a los responsables del departamento de marketing.

El mix de marketing permitirá, una vez realizada la investigación de mercados para determinar qué es lo que necesitan los usuarios y cuáles son sus deseos y opiniones, suministrar los servicios más adecuados a las necesidades y requerimientos del cliente, hacerlo al precio que reporte un mayor beneficio para el cliente y para el suministrador del servicio, situar los servicios de la forma más accesible para el usuario, y hacer llegar al mercado la información relativa a su oferta de servicios.

Según hemos podido constatar desde la primera aproximación al sector, parece que falta mucho para conseguir que las organizaciones de Servicios Sociales dispongan de un plan de marketing en el que, establecidos los objetivos, se diseñen y programen las acciones de marketing.

En cualquier caso, es importante tener presente que los Servicios Sociales tienen unas particularidades, estudiadas en el capítulo anterior, que condicionarán las decisiones relativas a los elementos del marketing mix y que es conveniente analizar.

Así, en primer lugar y en relación al elemento *producto*, hay que destacar la dificultad para delimitar algo tan poco homogéneo como son los Servicios Sociales. En consecuencia, podemos afirmar que existen multitud de Servicios Sociales, tantos como usuarios. La necesidad de homogeneizarlos y agruparlos de alguna manera hace que surjan diversas clasificaciones de los Servicios Sociales, ya comentadas, entre las que destacan la basada en los colectivos a los que se dirigen (personas mayores dependientes, personas con discapacidad, personas en exclusión social, etcétera) y la clasificación establecida en función del tipo de servicio (de atención primaria o de atención secundaria).

Desde el punto de vista del marketing, los Servicios Sociales se configuran como un conjunto de atributos técnicos, físicos y psicológicos, que el usuario considera que tiene un determinado servicio para satisfacer sus deseos o necesidades. Las organizaciones del sector de los Servicios Sociales, a la hora de definir los servicios que van a ofrecer, se ven obligadas a actuar dentro de un marco de restricciones impuesto por la regulación existente. Por otro lado, en la conformación de la oferta de estas organizaciones confluyen intereses tan diversos como los de la Administración, los de los usuarios del servicio, los de la propia organización prestadora y los de la sociedad en general.

La configuración de la cartera de servicios que ofrecerá la organización estará determinada por unos servicios estándares mínimos, que estarán definidos por la Administración en función del tipo de centro y de los objetivos prefijados, y por otra parte, por unos servicios complementarios, que podrán constituir el elemento diferenciador entre dos centros que ofrezcan servicios similares.

Hay que tener presente que las necesidades sociales establecidas normativamente pueden no coincidir con las necesidades sentidas y demandadas por la sociedad. Esta no coincidencia tendrá reflejo en las posibles diferencias existentes entre la calidad ofrecida y la calidad percibida por los usuarios de estos servicios.

En efecto, las necesidades sociales a las que responden los Servicios Sociales son necesidades cambiantes. En la actualidad, y como ya hemos comentado con anterioridad, se habla insistentemente del envejecimiento de la población, del desempleo y del subempleo o de la inmigración sin papeles, así como de nuevas demandas de los colectivos tradicionalmente atendidos por los Servicios Sociales. Sin embargo, los cambios sociales pueden hacer aparecer nuevas necesidades no necesariamente fáciles de prever. Por tanto, la investigación de mercados debe ayudar a tomar decisiones en relación a la creación de nuevos servicios, a la modificación de servicios actualmente prestados y a la eliminación de servicios.

En este sentido, las fases a seguir en la definición de nuevos servicios, consideradas secuencialmente, son: la generación de ideas, su evaluación, la

realización de un test de concepto<sup>100</sup>, el análisis de la rentabilidad social<sup>101</sup> y, por último, el lanzamiento y control del servicio. Antes del lanzamiento del nuevo servicio puede realizarse una prueba experimental en una zona geográfica reducida o con una muestra seleccionada, con el objetivo de comprobar cómo se percibe el servicio y su grado de aceptación. Entonces, los servicios se encontrarán en condiciones de ser ofrecidos a la población. Hemos de insistir en la importancia de que los nuevos servicios respondan a necesidades reales del mercado pues, en caso contrario, su fracaso estará garantizado. Las organizaciones públicas pueden prestar nuevos servicios, o encargar su prestación a otras organizaciones, pero siempre deben ser el fruto de una investigación que garantice que no se van a despilfarrar recursos públicos.

En relación al *precio* como elemento del marketing mix, interesa señalar que, con carácter general, en la prestación de servicios siempre existe una interacción con la calidad y su establecimiento puede venir dado, en gran medida, por la capacidad de pago del mercado. Sin embargo, en el caso de los Servicios Sociales se da una particularidad: si los servicios son públicos el precio lo establecerá la Administración, y si son privados, pero concertados con el sector público, como ocurre en la mayoría de los casos, el precio estará condicionado en gran medida. Por eso, salvo en aquellas organizaciones privadas, que pueden gozar de cierto margen de maniobra para su fijación, el precio no es una variable tan importante en cuanto que la organización no dispone de mucha flexibilidad para su establecimiento.

Si los servicios son ofrecidos por organizaciones privadas, como, por ejemplo, el caso de una plaza privada en una residencia, existirá un margen de maniobra y la entidad puede considerar los siguientes aspectos en la fijación de sus precios (Grande, 2002, p.145):

- La imagen de personalización del servicio. El precio podrá aumentarse con

---

<sup>100</sup> El test de concepto puede consistir en explicar el nuevo servicio a una muestra de los usuarios potenciales del mismo para comprobar su aceptación y recoger sus sugerencias.

<sup>101</sup> Aunque sean ofrecidos por organizaciones públicas, los Servicios Sociales deben medirse en términos de coste-beneficio. Este análisis puede servir para priorizar los programas que proporcionen un mayor beneficio social cuando los recursos son limitados.

mayor facilidad si las personas tienen la sensación de ser atendidas de forma totalmente individualizada que en caso de recibir de manera impersonal un servicio estandarizado.

- El grado de especialización del servicio. Los usuarios estarán dispuestos a pagar más cuanto más elevado sea el nivel de especialización del servicio.

- La sensación de tiempo dedicado. También podrá establecerse un precio más elevado cuando el usuario percibe que el prestador del servicio le dedica mucho tiempo y realiza un gran número de actividades asociadas al servicio.

Hay que considerar, también, que existe un precio que no es de orden monetario y que quizás por eso interactúa con la calidad percibida de manera mucho más velada y más determinante. No es fácilmente cuantificable, pero afecta a criterios de inversión que son de índole personal, íntima y muy profunda, suponiendo un auténtico descalabro para el individuo si se trata de un precio demasiado elevado. Nos referimos a los precios o costes psicológicos y de oportunidad. El coste psicológico es el referido a la ansiedad que puede acompañar a la provisión de una atención sociosanitaria y el de oportunidad se corresponde con la privación de otros beneficios que no se pueden obtener por tener que dedicar tiempo y esfuerzo a la adquisición del servicio. El mayor problema radica en que ese precio no monetario influye en el resultado del diferencial entre la expectativa y lo experimentado, por lo que puede incidir negativamente en la calidad percibida.

En relación a la variable del marketing mix *distribución*, el objetivo consistirá en hacer accesible y disponible el servicio al usuario. Hay que tener en cuenta que en el caso de los servicios la distribución se realiza de forma simultánea a su producción y consumo. En los Servicios Sociales, al tratarse de servicios básicos, no tiene tanta importancia la localización o ubicación de los puntos de provisión del servicio, pues una inadecuada localización no va a suponer que no se consuma el servicio, aunque los factores de comodidad también pueden ser importantes para los usuarios, sobre todo cuanto más frecuente sea el contacto con la organización que los presta.

En el sector que nos ocupa, son aspectos más importantes la accesibilidad, el

entorno físico donde se distribuye el servicio y el personal de contacto. La accesibilidad hay que traducirla en términos de horarios, que deben ser establecidos acordes a las necesidades o requerimientos de los usuarios, y de trámites burocráticos necesarios para tener acceso al servicio, que deben simplificarse al máximo para que el exceso de papeleo no influya negativamente en la percepción de calidad de servicio por parte del usuario. La reducción de los tiempos de espera sería otro aspecto a tener en cuenta.

Respecto al entorno físico donde se distribuye el servicio, hay que tener presente su influencia en la imagen que el usuario se forma del prestador del servicio al tangibilizarlo, cuestión que afectará a la percepción de calidad y satisfacción que obtendrá al recibir la prestación. Los elementos que pueden considerarse en relación al entorno físico son, entre otros, la iluminación, los olores, la limpieza, el mobiliario, la decoración y el confort. Por supuesto, en el diseño de los centros de Servicios Sociales se tendrá en cuenta todos aquellos aspectos necesarios para cumplir con los requerimientos de los profesionales prestadores de los servicios y que, por tanto, facilitarán la asistencia sociosanitaria al usuario.

Por último, es un hecho constatado que la percepción de calidad en el caso de los Servicios Sociales, depende en esencia del personal de contacto con el usuario y de la relación que se establezca entre ellos. Por tanto, no solo se deberá contemplar la calidad profesional y técnica ofrecida por el personal prestador de los servicios, sino además, tendrá una gran importancia, en nuestra opinión, la calidad de trato recibido, conformado por el interés mostrado por el prestador del servicio, su actitud, su corrección, su amabilidad, su simpatía, etcétera.

De esta forma, la variable distribución adquiere un mayor peso específico porque se enmarca en parámetros tan decisivos para la configuración de la opinión del paciente como son los señalados anteriormente.

Por último, respecto a la variable **comunicación**, señalar, en primer lugar, que toda entidad prestadora de Servicios Sociales debe tener como un objetivo fundamental comunicarse con el mercado para informar acerca de su oferta de servicios. Por otro lado, la Administración, además de realizar una tarea de estudio

del mercado para adecuar los servicios a las necesidades reales detectadas en la sociedad, debe ser capaz de informar y comunicar adecuadamente a los ciudadanos respecto a los servicios que ofrece y a las condiciones en que los ofrece, así como en relación a los avances realizados en esta materia.

Las personas que requieren de Servicios Sociales pueden tener un desconocimiento, ya señalado en el capítulo anterior, de la oferta existente o una dificultad para la comprensión de los mismos.

La comunicación externa para dar a conocer los servicios prestados por una organización, sea pública o privada, puede realizarse a través de los medios publicitarios habituales (televisión, prensa, revistas, etcétera) o mediante publicidad exterior, marketing directo (utilizando teléfonos de información, enviando folletos, etcétera), Internet, acciones de relaciones públicas o utilizando medios de comunicación especializados.

El intenso contacto físico que se produce entre estas organizaciones y sus usuarios posibilita que todos los miembros de la entidad se configuren como emisores de mensajes, siendo toda la organización la que comunica (Ruiz, 2000, p. 334). Por ello, la comunicación interpersonal, a través de técnicos, administrativos y trabajadores de diversa naturaleza que interactúan con los usuarios de los Servicios Sociales, adquiere gran importancia. La falta de información y los problemas de comunicación con los profesionales del sector son una de las causas más habituales de insatisfacción de los usuarios.

La comunicación de los Servicios Sociales debe apoyarse en los elementos tangibles, pues éstos son los que más fácilmente comunican. Por ello, como ya hemos señalado, deberemos cuidar la apariencia interna y externa de los centros prestadores de Servicios Sociales dado que son elementos que también comunican.

Resulta fundamental, en nuestra opinión, que exista siempre una coherencia entre la comunicación publicitaria, la comunicación interpersonal y la comunicación del entorno físico. Es decir, todas las acciones de comunicación o elementos que puedan comunicar algo, comuniquen lo mismo.

Por otro lado, no debemos olvidar que toda organización también debe dirigir su comunicación al personal, es decir, a su cliente interno. Los mensajes de la organización deben ser aceptados por sus propios empleados, puesto que ellos mismos van a actuar, a su vez, como canales de comunicación. Por tanto, los empleados deben estar informados de los objetivos de comunicación de la organización, compartirlos y estar motivados para colaborar en su consecución. Sin la participación del personal no se podrá conseguir la coherencia en la estrategia de comunicación de la organización a la que nos hemos referido.

En efecto, la falta de información por parte de los empleados es una de las causas que les genera mayor insatisfacción. Por consiguiente, el objetivo de la organización debe ser aumentar el grado de implicación y motivación del personal a través del diseño de un plan de comunicación interno que considere, como soportes para la comunicación con los trabajadores, la comunicación interpersonal, la transmisión de información a través de publicaciones internas y circulares, así como la recogida de quejas, inquietudes o sugerencias (Ruiz, 2000, p. 337).

En la comunicación externa en el sector de los Servicios Sociales, uno de los grandes problemas es que, en muchas ocasiones, no se comunica adecuadamente el trabajo realizado. Es importante que el ciudadano perciba con claridad los frutos del esfuerzo colectivo que vienen realizando los profesionales del sector para mejorar la prestación de servicios y atender mejor a los usuarios (Medina, 1999a, p. 19).

Hay que ser conscientes de la importancia de esta política comunicativa creando un estado de opinión a través de la comunicación de “realidades” y no limitarse a realizar, en expresión de Chias (1991, p. 67), “una actuación voceadora de las supuestas maravillas de la oferta de servicios”. El ciudadano tiene una idea, a priori, del nivel de calidad de los servicios que se prestan, aunque no haya sido nunca usuario de los mismos, debido a los mensajes comunicacionales de la organización y a la comunicación “boca a boca”.

Para Medina (1999a, pp. 19-20), abordar el tema de la comunicación de los Servicios Sociales, desde la perspectiva del marketing supone ponernos en el lugar del usuario, mirarlo, escucharlo y actuar con sus ojos, su mente y su cuerpo. Las

evidencias demuestran que la forma en que se mantiene informado al usuario influye directamente en su percepción de calidad y en el análisis que efectúa sobre sus propias expectativas.

Corella (1998, pp. 189-191) propone las siguientes pautas para la gestión de la comunicación, que resultan de aplicación en el contexto de la comunicación en los Servicios Sociales<sup>102</sup>:

- Esfuerzo en la comunicación directa dirigida a los empleados

Se trata de incrementar no solo el papel que los empleados juegan en la comunicación sino también de aumentar su motivación.

- Capitalización de la comunicación “boca-a-boca”

Se considera el vehículo más eficaz de comunicación y la única manera de poder capitalizarla es conseguirla a través de los mensajes emitidos por los clientes satisfechos.

- Proporcionar elementos tangibles

El servicio que no proporciona indicios tangibles se torna aún más abstracto, por lo que se impone hacer un mayor esfuerzo para comunicarlo. Hay que hacer todo lo posible por evitar términos y expresiones incomprensibles para los usuarios pues, en caso contrario, quedarán sin conocer lo que se ha hecho o puede hacerse por ellos a través del servicio que se les presta.

- Continuidad de la comunicación

La comunicación es un esfuerzo que ha de tener continuidad a lo largo del tiempo, y más considerando las características especiales de algunos Servicios Sociales que exigen una prestación continuada de los servicios.

- Prometer realidades

Si no se cumplen las promesas hechas por la comunicación personal o impersonal, se ampliará la diferencia existente entre las expectativas y las

---

<sup>102</sup> Corella, a su vez, sigue a George y Berry (1981) y a Grönroos (1994).

experiencias, y disminuirá la calidad percibida por el usuario. Puede considerarse este hecho más criticable en el caso de que las promesas hayan tenido lugar a través de la comunicación interpersonal.

- Observar los efectos de la comunicación a largo plazo

Descuidar la observación de estos efectos puede acarrear pacientes insatisfechos que, a través del “boca-a-boca”, pueden dañar seriamente la imagen de la organización.

- Ser conscientes de los efectos que tiene la ausencia de información

Se ha podido comprobar la enorme importancia que tiene la falta de información o el hecho de que esta no sea clara y del todo completa.

Podemos concluir volviendo a señalar que la utilización de herramientas de marketing en el sector, al margen de la realización de acciones de marketing social<sup>103</sup> en determinadas actuaciones de intervención social, como, por ejemplo, en las campañas de sensibilización, permitiría a las empresas prestadoras de Servicios Sociales disfrutar de las ventajas competitivas derivadas de un mejor conocimiento de las necesidades sociales que atender y de su evolución prevista, así como de la satisfacción de las expectativas de los usuarios que se conseguiría adaptando los servicios estas necesidades observadas en la sociedad.

---

<sup>103</sup> Nos referimos al marketing social como “una parte o aspecto particular del marketing no empresarial, que persigue estimular y facilitar la aceptación de ideas o comportamientos sociales que se consideran beneficiosos para la sociedad en general o que, por el contrario, trata de frenar o desincentivar aquellas otras ideas o comportamientos que se consideran perjudiciales” (Santesmases, 2007, p. 939).

### 3.4. La calidad de servicio en la prestación de los Servicios Sociales

En las últimas décadas se han producido grandes cambios en el entorno de los negocios, siendo considerada la calidad de servicio al cliente como uno de los conceptos empresariales más importantes y uno de los determinantes fundamentales del buen desempeño en las organizaciones prestadoras de servicios. Por ello, se ha convertido en una de las prioridades para la dirección de cara a aumentar su capacidad competitiva y su crecimiento (Martínez García y Martínez Caro, 2007, p. 16)<sup>104</sup>.

En efecto, el incremento constante del nivel de exigencia de los usuarios junto al aumento de la competencia convierte a la calidad en un factor clave para la competitividad y la supervivencia de la empresa. De esta forma, es reconocida como una de las cuestiones más importantes en el campo de la dirección de marketing, constituyendo parte del vocabulario diario de la dirección en las empresas de servicios y también en las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, a pesar de que, en opinión de Medina (1999a, p. 16), “se tenga la sensación de haber llegado tarde, y que será muy difícil alcanzar el nivel de madurez en gestión de calidad y en análisis de calidad asistencial que tiene, por ejemplo, el sistema sociosanitario español”.

La creciente importancia de la calidad del servicio puede deberse, además de a un mayor nivel de exigencia de los usuarios y al aumento de la competencia, a la relación existente entre la calidad del servicio y la satisfacción y lealtad de los clientes y, también, a la relación existente entre la calidad del servicio y el aumento de la rentabilidad, dado que la calidad de los servicios contribuye, en muchas ocasiones, a aumentar el número de usuarios y permite, además, establecer precios más elevados que los ofrecidos por la competencia. Por otro lado, una mayor calidad en el servicio ofrecido permite reducir costes, sean costes de pérdidas de clientes o costes de rectificación de errores. En este escenario, las empresas proveedoras de

---

<sup>104</sup> Los autores se basan, a su vez, en los trabajos de Camisón (1996), Devlin y Dong (1994), Sureshghandar *et al.* (2002), Grönroos (1990), así como a los estudios de Corbett (1994) y Kim (1995).

servicios se están orientando, intencionada y explícitamente, a la prestación de servicios con calidad como vehículo para conseguir la satisfacción de los clientes y consolidar relaciones duraderas.

En este orden de cosas, otro factor que se puede considerar es la dificultad que tienen las empresas prestadoras de servicios para diferenciar sus servicios del que ofrecen los competidores. Esta dificultad viene motivada por la fundamental característica de todo servicio, es decir, por su intangibilidad. Una de las estrategias de diferenciación más eficaz para una empresa de servicios consiste en la diferenciación por la calidad del servicio prestado.

Por todos los motivos señalados, la calidad de servicio al cliente puede seguir siendo considerada, hoy día, un arma estratégica para las organizaciones prestadoras de servicios.

En nuestro ámbito de estudio, la calidad de los Servicios Sociales ha sido entendida como la capacidad que éstos presentan para dar respuesta a las necesidades sociales de referencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de los conocimientos científicos y técnicos aplicables a la utilización de los recursos humanos, financieros, materiales y técnicos disponibles. Cuando hablamos de calidad de los Servicios Sociales, o de los servicios sociosanitarios en general, es habitual utilizar el término “calidad asistencial”, que se compone de tres elementos<sup>105</sup> (Medina, 2006, pp. 123-124): el componente técnico-científico de los procesos de producción y prestación de los servicios, la relación interpersonal entre los profesionales sociales y los usuarios<sup>106</sup>, y las condiciones físicas de las instalaciones o componente ambiental<sup>107</sup>.

Sin embargo, debemos considerar la evolución que ha sufrido la conceptualización de la calidad de servicio, que, inicialmente, se centraba en la

---

<sup>105</sup> En el capítulo cuarto abordaremos con mayor profundidad el concepto de “calidad asistencial” al estudiar la gestión de la calidad de los Servicios Sociales.

<sup>106</sup> Las prestaciones de Servicios Sociales se desarrollan mediante procesos de comunicación y una adecuada relación con los usuarios permitirá a los profesionales comprender el contenido real de las demandas y a los usuarios entender las orientaciones y apoyos que los técnicos les ofrecen y, de esta forma, motivarse hacia el cambio. En este apartado enmarcaríamos la “calidad de trato” al usuario.

<sup>107</sup> Nos referimos, entre otras cuestiones, a la facilidad de acceso a las instalaciones, a las condiciones de habitabilidad y confort en general, y a las características estéticas de los equipamientos.

calidad objetiva y técnica, próxima al concepto de calidad en la fabricación, para, posteriormente, aproximarse a la noción de calidad percibida, centrada en la óptica del usuario, entendida como un concepto multidimensional que engloba un conjunto abstracto de atributos y apreciaciones.

Aunque este segundo enfoque es aceptado por la mayoría de los autores, surgen diferencias en sus opiniones cuando se debaten los necesarios instrumentos de medida. La evaluación de la calidad siempre es más compleja en el caso de los servicios que en el de los productos, debido a la naturaleza intangible, la heterogeneidad, la inseparabilidad entre producción y consumo y el carácter perecedero de los servicios. También complica la evaluación del nivel de calidad de los servicios, el hecho de que se evalúen no solo los resultados obtenidos por su prestación sino también el proceso de prestación del servicio (Gadotti y França, 2009, p.176).

Parasuraman *et al.* (1988, p.15) defienden que la calidad del servicio se trata de un juicio global del consumidor que resulta de la comparación entre las expectativas sobre el servicio que va a recibir con las percepciones sobre la actuación de la organización.

Cada día se hace más evidente que el usuario desempeña un papel destacado a la hora de valorar la calidad de los servicios en general, y de los Servicios Sociales en particular, lo que conlleva sustanciales cambios en el modo de hacer de los profesionales. Lo más importante es reconocer que para conseguir mejorar la calidad es necesario conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y saber convertirlas en requisitos y en objetivos asistenciales. Un servicio será de calidad en la medida en que satisfaga las expectativas creadas en torno al mismo por parte del usuario. Por lo tanto, se trata de una concepción subjetiva, ya que la calidad se determina desde la óptica del usuario y sobre la base de sus percepciones.

Cuando una persona solicita un servicio social se crea unas expectativas sobre el mismo. Éstas constituyen el punto de referencia que condiciona la satisfacción. Si la realidad supera las expectativas el usuario quedará satisfecho y, en caso contrario, se producirá una insatisfacción (Grande, 2002, p. 174).

Los factores que, principalmente, determinan las expectativas de los usuarios son los siguientes (Grönroos, 1994, p. 42):

- La comunicación de marketing, controlada por la empresa, que realizan los proveedores de los servicios.
- La comunicación “boca a boca”, controlada indirectamente por la empresa: los usuarios escuchan comentarios, opiniones y percepciones de otros usuarios.
- Las necesidades personales del cliente, que espera recibir los servicios que las puedan satisfacer.
- La experiencia anterior en el uso del servicio, que motiva que el usuario espere recibir el nivel de calidad de servicio habitual.
- La imagen del prestador del servicio<sup>108</sup>.

Seguidamente, es preciso introducir el concepto de calidad percibida, que puede identificarse con los juicios personales y subjetivos que el cliente emite sobre la excelencia o superioridad global de un servicio o compañía (Bitner y Hubbert, 1994, p. 76). La calidad percibida consiste, por tanto, en la valoración o juicios de valor que el usuario realiza de la calidad técnica y funcional experimentada<sup>109</sup>.

Grönroos, a finales de los ochenta, desarrolló su modelo sobre la “calidad total percibida” (ver gráfico 3.1). En este modelo, las percepciones de la calidad del

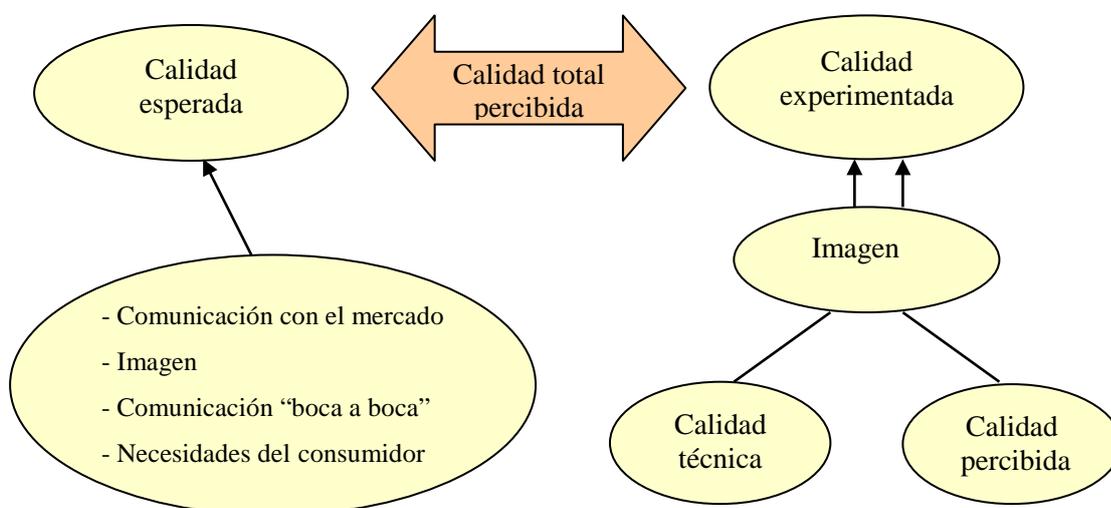
---

<sup>108</sup> La imagen del prestador del servicio también puede ser considerada como otro factor determinante de las expectativas de los usuarios, aunque esté condicionada, en gran medida, por las comunicaciones realizadas por la empresa y por la comunicación “boca a boca”, factores que ya han sido considerados. La imagen de la organización crea expectativas y debe articularse siempre en torno a la realidad, por lo que cualquier estrategia para el desarrollo o la mejora de la imagen tiene necesariamente que estar basada en la realidad. Bernstein (1985, prefacio) abunda en esta cuestión al señalar que “si la imagen es falsa y nuestra actuación es buena, es culpa nuestra ser malos comunicadores; pero, si la imagen es cierta y refleja nuestra mala actuación, es culpa nuestra ser malos directivos”.

<sup>109</sup> Resulta reseñable la diferenciación que Grönroos (1994, pp. 37-39) realiza entre calidad técnica y funcional. La calidad técnica corresponde a la prestación técnica del servicio, pudiendo, normalmente, ser medida de una forma objetiva. En contraste, la calidad funcional se relaciona con la forma en la que el servicio se presta, siendo valorada, por tanto, siguiendo criterios subjetivos. Es esencial considerar las dos calidades, técnica y funcional, en la búsqueda de la percepción de la calidad de servicio global de una organización. Si los consumidores tienen una buena imagen de la organización, éstos podrán quedar satisfechos con una prestación de servicio solo aceptable. Por el contrario, si el consumidor tiene una mala imagen de la organización, incluso una prestación de servicio técnicamente superior puede no ser percibida como tal.

servicio están en función, por un lado, de las expectativas que se ha creado el usuario en función de las necesidades personales que espera ver satisfechas y de la información que ha recogido o recibido del mercado. Por otro lado, la percepción de calidad de servicio dependerá de la calidad experimentada en su doble vertiente, la calidad técnica, definida como lo que el cliente en la realidad recibe, y la calidad funcional, definida como el modo en el que el servicio es prestado.

**Gráfico 3.1: Modelo de la calidad total percibida**



Fuente: Grönroos (1988, p. 12).

Una buena percepción de calidad se obtiene cuando la calidad experimentalada alcanza a las expectativas del cliente, es decir, a la calidad esperada. Si las expectativas no son realistas, la calidad percibida será baja, incluso aunque la calidad experimentalada, medida de forma objetiva, sea alta (Grönroos, 1994, p. 42).

El nivel de calidad percibida, por tanto, estará determinado por la diferencia entre la calidad esperada y la calidad experimentalada. Cuando se implementan programas de calidad en las organizaciones, la calidad percibida del servicio puede ser baja si la organización realiza simultáneamente campañas de comunicación que exageren las características del servicio y no prometan realidades. Igualmente, la imagen de la organización desempeña un papel importante en la percepción del cliente sobre la calidad del servicio (Grönroos, 1994, p. 42).

Por tanto, el cliente partiendo de unas expectativas de servicio, experimenta una calidad durante la prestación del mismo que provoca una percepción de calidad de servicio. Si queremos determinar y controlar la percepción de calidad de nuestros usuarios, es importante disponer de información adecuada respecto a los aspectos, atributos o dimensiones que el cliente tiene en cuenta para valorar la calidad de un servicio y que, por tanto, influirán decisivamente en su percepción de calidad.

Una de las listas más utilizadas en relación a los criterios o dimensiones de calidad del servicio procede de Zeithaml *et al.* (1993) quienes, en su reconocido modelo SERVQUAL al que nos referiremos más adelante, proponen una serie de criterios de evaluación utilizados por los usuarios para valorar la calidad de un servicio. En concreto, los autores proponen los siguientes factores (Zeithaml *et al.*, 1993, pp. 24-25):

1- Elementos tangibles: Son aquellos componentes del servicio que pueden ser percibidos a través de los sentidos como, por ejemplo, las instalaciones, el equipamiento, el aspecto de las personas y el material de comunicación. Respecto a las instalaciones los usuarios se fijan en los edificios, su localización, estilo, tamaño, iluminación, acceso y decoración. También se fijan en el equipamiento, como ordenadores u otras máquinas y valoran su modernidad y facilidad de manejo. El aspecto de las personas es importante, lo que explica que algunas organizaciones que prestan servicios uniformen a sus empleados. Por último, los soportes de comunicación como rótulos, símbolos, cartas, folletos o guías de servicios son también elementos tangibles.

2- Confianza: Es la capacidad del proveedor de realizar el servicio puntualmente con seguridad, con la habilidad necesaria y sin cometer errores.

3- Comprensión del cliente: Las organizaciones orientadas al usuario deben esforzarse por atenderlos. Ello supone, obviamente, entender cuáles son sus necesidades y poner todos los medios para tratar de satisfacerlas.

4- Profesionalidad: Se trata de la capacidad, destreza y conocimiento para ejecutar el servicio. Si las demás dimensiones de la calidad son importantes, la profesionalidad resulta esencial, pues constituye el beneficio básico del servicio.

5- Cortesía: Esta dimensión se resume en la capacidad de prestar atención, consideración, respeto y amabilidad en el trato con las personas. Es importante enfatizar la cortesía y la amabilidad en el contacto entre el personal y los usuarios. No hay que confundir la calidad en el trato con una cortesía superficial y esperar que un deficiente servicio se neutralice con una sonrisa.

6- Credibilidad: Los proveedores de los servicios deben proporcionar imagen de veracidad y honestidad. Los beneficiarios no deberían albergar dudas sobre lo acertado de los consejos de trabajadores sociales u otros empleados de la organización que preste Servicios Sociales.

7- Seguridad: Los beneficiarios deben percibir que los servicios que se les prestan carecen de riesgos, que no existen peligros ni dudas sobre la bondad de las prestaciones. Se incluye, en esta dimensión, la seguridad física, funcional, social y financiera, así como la confidencialidad.

8- Accesibilidad: Las organizaciones de servicios deben facilitar que las personas contacten con ellas y puedan recibir las prestaciones que desean. Se refiere a la ubicación de los locales, a las horas de atención, al número de líneas telefónicas, a disponer de página web, etcétera.

9- Comunicación: Los prestadores de servicios deben saber escuchar a sus usuarios e informarles en un lenguaje comprensible para ellos.

10- Capacidad de respuesta: Las organizaciones prestadoras de servicios deben demostrar su auténtica preocupación por las necesidades de sus clientes y debe existir una disposición positiva a atenderles adecuadamente y ofrecerles un buen servicio.

Estos diez factores pueden constituir la base de partida para la evaluar la satisfacción del usuario de un servicio y en opinión de Guillén y Pérez Madera (2002, p. 225), “son perfectamente aplicables al sistema de Servicios Sociales. Se trataría, en cada caso, de realizar un análisis adaptado a las diferentes circunstancias y realidades”. A partir de estos factores se puede establecer un sistema de control

mediante la definición de un conjunto de indicadores<sup>110</sup> que aporten información sobre la calidad del servicio.

Otro estudio realizado por Albrecht y Zemke (1985), destaca cuatro factores como determinantes en la formación de las percepciones de los consumidores:

- El cuidado y atención, es decir, si el cliente siente que la empresa y sus empleados están dedicados a solucionar sus problemas.

- La disponibilidad demostrada por los empleados para abordar activamente a los clientes y resolver sus problemas.

- La solución de los problemas que pasa por la sensación del consumidor de que el personal de contacto está habilitado y capacitado para el cargo que desempeña.

- Finalmente, la recuperación, es decir, en caso de que ocurra algo inesperado que exista alguien capaz de hacer un esfuerzo especial para afrontar la situación.

Otro factor que influye en la calidad percibida de un servicio, según Bateson y Hui (1987, p. 190), es el control percibido. Los consumidores desean sentir el control durante el contacto directo con el servicio y, cualquier cosa que interfiera con ese control, irá reduciendo la satisfacción del consumidor.

Entre los factores de calidad de los servicios en relación a una prestación pública, los más apreciados y considerados en la formación de las percepciones por parte de los ciudadanos, son (Sancho Royo, 1999, pp. 165-166):

1- La rapidez en la prestación de los servicios públicos, así como la brevedad de las colas de espera y la puntualidad.

2- La simplicidad de los procedimientos para acceder al servicio y para su utilización.

3- La facilidad de acceso a las instalaciones donde se provee el servicio público, así como la acogida que recibe el usuario por parte del personal y las

---

<sup>110</sup> Un indicador puede ser definido como un estadístico que proporciona una información relevante, en este caso, sobre alguna característica relativa a la calidad del servicio.

orientaciones que éstos suministran.

4- La comodidad y aspecto físico de las instalaciones, incluyendo la limpieza, el diseño, la amplitud de espacios, la iluminación, etcétera.

5- El trato humano, la amabilidad y la comprensión de las circunstancias del usuario de los servicios por parte del personal.

6- La competencia profesional del personal de la Administración y su capacidad de adaptación a las demandas de los ciudadanos.

En definitiva, es necesario identificar las dimensiones que definen la calidad de un servicio. Esta lista de dimensiones puede generarse recurriendo a la bibliografía existente (revistas científicas, profesionales y del sector) o estudiando el servicio en cuestión. En este caso, en opinión de Medina (2000, pp. 172-173), se puede acudir a las personas involucradas en la prestación del servicio pues se encuentran en una buena posición para comprender la función de su trabajo en relación a la satisfacción de las expectativas de los usuarios.

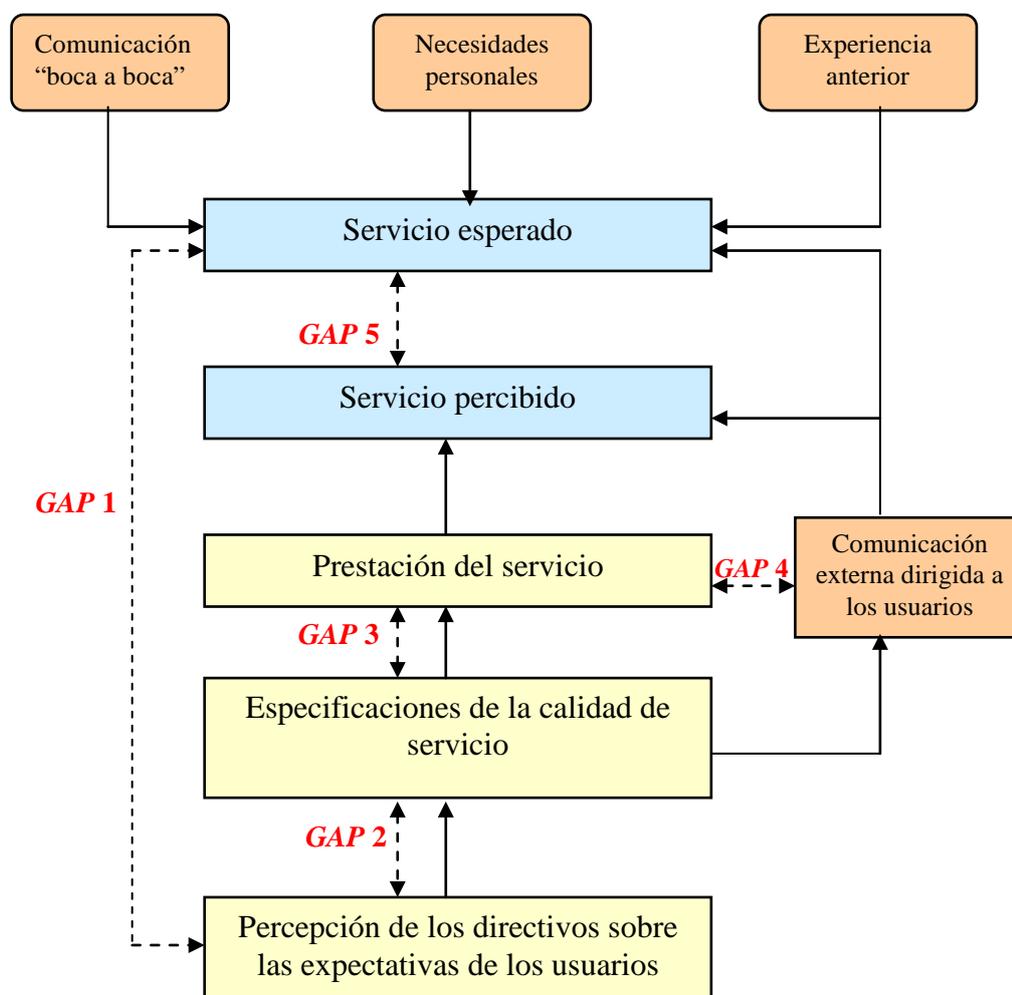
Cuando se trata de analizar las causas de la insatisfacción de los usuarios motivada por problemas de calidad, el modelo que goza de una mayor difusión es el denominado “modelo de las deficiencias” (Parusaraman *et al.*, 1985) en el que se define la calidad de servicio en función de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa.

Este modelo (ver gráfico 3.2) muestra cómo surge la calidad de los servicios y cuáles son los pasos que se deben considerar al analizar y planificar la misma. En la parte superior se recogen aspectos relaciones con el usuario, el cual en función de sus necesidades personales, sus experiencias previas y las informaciones que ha recibido, se forma unas expectativas sobre el servicio que va a recibir.

La parte inferior incluye fenómenos relativos al proveedor del servicio, concretamente se expone como las percepciones de los directivos sobre las expectativas del cliente guían las decisiones que tiene que tomar la organización

sobre las especificaciones de la calidad de los servicios en el momento de su comunicación y entrega.

**Gráfico 3.2: Modelo de análisis de las deficiencias**



Fuente: Adaptado de Zeithaml *et al.* (1993, p. 52).

Los autores sugieren que reducir o eliminar la diferencia o *gap*<sup>111</sup> entre el servicio esperado por el usuario y su percepción acerca del servicio recibido y, evitar así la insatisfacción del usuario, depende, a su vez, de la gestión eficiente por parte de la organización de otras cuatro posibles deficiencias o discrepancias.

<sup>111</sup> La traducción al castellano del término *gap* es brecha o discrepancia. En el texto utilizaremos este término debido al hecho de estar generalizado en la investigación sobre la calidad percibida en los servicios.

A continuación, y siguiendo a Grönroos (1994, pp. 60-65), pasamos a analizar los cinco *gaps* propuestos en su trabajo y sus consecuencias:

*GAP 1*: Discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la organización tiene sobre esas expectativas. Una de las principales razones por las que la calidad de servicio puede ser percibida como deficiente es el hecho de que la dirección de la organización no conozca con precisión qué es lo que los clientes desean.

El *gap 1*, o de información de marketing, surge cuando las empresas de servicios no conocen con antelación que aspectos son indicativos de alta calidad para el cliente, cuales son imprescindibles para satisfacer sus necesidades y qué niveles de prestación se requieren para ofrecer un servicio de calidad. En muchos casos, aunque el personal de contacto conozca las necesidades del consumidor pueden no ser debidamente comunicadas a los directivos de la empresa. Esto puede ser debido a una comunicación deficiente entre los órganos de gestión y el personal de contacto con el usuario.

*GAP 2*: Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad. Hay ocasiones en las que aún teniendo información suficiente y precisa sobre lo que los clientes esperan de la organización, las empresas de servicios no logran cubrir esas expectativas.

Este *gap*, por tanto, indica la incapacidad de la gestión de una organización de servicios para transformar las expectativas de los consumidores en especificaciones operacionales del servicio. Es resultado de unas especificaciones de calidad de los servicios no consecuentes con las percepciones que se tienen acerca de las expectativas de los clientes. Esto puede deberse a varias razones: que los responsables de la fijación de estándares consideren que las expectativas de los clientes son poco realistas y difíciles, por tanto, de satisfacer; que asuman que es demasiado complicado prever la demanda; que crean que la variabilidad inherente a los servicios hace inviable la estandarización; o que no exista un proceso formal de establecimiento de objetivos o que se fijen los estándares atendiendo a los intereses de la empresa y no de sus clientes.

*GAP 3:* Discrepancia entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido. Conocer las expectativas de los clientes y disponer de directrices que las reflejen con exactitud no garantiza la prestación de un elevado nivel de calidad de servicio. Si la empresa no facilita, incentiva y exige el cumplimiento de los estándares en el proceso de producción y entrega de los servicios, la calidad de éstos puede verse resentida. Así pues, para que las especificaciones de calidad sean efectivas han de estar respaldadas por recursos adecuados (personas, sistemas y tecnologías) y los empleados deben ser evaluados y recompensados en función de su cumplimiento.

El origen de esta deficiencia se encuentra, entre otras en las siguientes causas: especificaciones demasiado complicadas o rígidas, desajuste entre empleados y funciones, ambigüedad en la definición de los papeles a desempeñar en la empresa, especificaciones incoherentes con la cultura empresarial o empleados que no están de acuerdo con ellas, inadecuados sistemas de supervisión control y recompensa, tecnología inapropiada que dificulta que las actuaciones se realicen conforme a las especificaciones, ausencia de sentimiento de trabajo en equipo o falta de sincronización entre la oferta y la demanda.

La dirección de una organización de servicios debería invertir tiempo y energía en reclutar los empleados más adecuados, en formarles adecuadamente y en facilitarles las herramientas necesarias para que puedan prestar los servicios con una verdadera orientación al cliente.

*GAP 4:* Discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes respecto al mismo. Este *gap* supone que las promesas hechas a los clientes a través de la comunicación de marketing no son consecuentes con el servicio suministrado. La información que los clientes reciben a través de la publicidad, el personal de ventas o cualquier otro medio de comunicación puede elevar en exceso sus expectativas, por lo que superarlas resultará más difícil.

Finalmente, observamos como la existencia de una deficiencia en la calidad percibida en los servicios puede estar originada por cualquiera de las otras discrepancias o por una combinación de ellas. Luego la clave para evitar el *GAP 5*, la

diferencia entre las expectativas y percepciones de los consumidores, está en evitar los restantes *gaps* del modelo<sup>112</sup>:

$$GAP 5 = f(GAP 1, GAP 2, GAP 3, GAP 4)$$

Una vez prestado el servicio, o mientras se presta, el usuario obtiene sus percepciones. Es entonces cuando podemos hablar de su satisfacción. Si las percepciones superan las expectativas, los usuarios se encontrarán satisfechos y definirán el servicio recibido como un servicio de calidad. Cuando las percepciones no alcancen a las expectativas que se habían creado se producirá una insatisfacción. Como veremos en el próximo apartado, existe una corriente de investigación que diverge de estos planteamientos y defiende la superioridad de modelos de medida de la satisfacción de los usuarios basados solo en las percepciones (Cronin y Taylor, 1992; McDougall y Levesque, 1994; Brady y Cronin, 2001)<sup>113</sup>.

Para finalizar, como síntesis de los estudios realizados sobre la calidad de los servicios podemos remarcar la importancia de una serie de cuestiones, que en parte han sido abordadas con anterioridad (Grönroos, 1994, pp. 67-69):

1- La calidad es lo que perciben los clientes de forma más o menos subjetiva y no lo que los directivos han planificado mediante mediciones objetivas.

2- La calidad no se puede separar del proceso de producción y entrega, sino que este proceso influye en la percepción de los clientes y es parte de la calidad total. Esta llamada calidad funcional es, con frecuencia, tan importante o más que la calidad técnica.

---

<sup>112</sup> En un trabajo complementario al mencionado, los autores (Zeithaml *et al.*, 1988), amplían el modelo original, profundizando en las causas o factores que provocan cada uno de los cuatro *gaps* anteriormente señalados.

<sup>113</sup> Estos autores consideran que incluir las expectativas puede ser ineficiente debido a que los individuos tienden a indicar consistentemente altos niveles de expectativas, siendo sus niveles de percepción raramente superior a las mismas.

3- La calidad se produce *in situ*, en el momento en que el cliente entra en contacto con la empresa, y no en los departamentos de calidad. La calidad técnica puede, por supuesto, planificarse en el departamento de calidad, pero la interacción entre la organización y sus clientes tiene que formar parte de la gestión de la calidad. Si no fuese así, la calidad bien diseñada puede no traducirse en una buena calidad percibida por los clientes.

4- Todo el personal de la organización contribuye a la calidad que perciben los clientes. Si un empleado falla en su interacción con el cliente la calidad se resiente.

5- En la gestión de calidad se debe integrar el marketing externo, principalmente la actividad de comunicación externa. En caso contrario, puede cometerse el error de crear expectativas al cliente que luego no se satisfacen en la realidad y perjudicar, de esta forma, la imagen de la organización. Evitaremos estos errores si las campañas de comunicación de marketing son planificadas junto con los responsables del proceso de mejora de la calidad.

Una vez que hemos abordado los aspectos relativos al marketing en las organizaciones de Servicios Sociales y a la calidad de servicio ofrecido por las mismas, debemos situarnos en el lugar del usuario con el fin de poder ser conscientes de cómo se desarrolla conceptualmente el proceso de medida de su satisfacción.

### 3.5. La medida de la satisfacción del usuario de los Servicios Sociales

Hoy día, existe un creciente interés por la satisfacción como un aspecto esencial de la evaluación de la calidad y, en este sentido, la literatura especializada nos aporta una importante secuencia de experiencias en el campo de las empresas de servicios y, en particular en el ámbito sanitario, de las que podemos fácilmente extrapolar toda una serie de consideraciones prácticas al contexto específico de los Servicios Sociales.

Una vez que el usuario recibe un determinado servicio, debe realizarse un seguimiento para conocer sus percepciones y su grado de satisfacción. La satisfacción del cliente, como decíamos, es un elemento clave para medir la calidad de un servicio, pero no debemos olvidar que su estudio y valoración, además, puede ser fundamental para la gestión de las organizaciones y para el trabajo de los profesionales de los Servicios Sociales, con la perspectiva de conseguir una mejor adaptación a las necesidades y deseos de los usuarios del sistema. Para Delgado *et al.* (1997) el principal objetivo de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios es el de obtener información para llevar a cabo una intervención que permita mejorar las actuaciones profesionales.

En el caso de un producto, la calidad viene definida como el grado de excelencia del producto en relación a unos estándares que son objetivos. En el caso de los servicios, la definición de la calidad a través de una serie de estándares objetivos no es válida debido a su carácter intangible, a la inmediatez de su producción y consumo, y a la subjetividad del usuario. Por tanto, como hemos señalado en el apartado anterior, la calidad de servicio implica superar las expectativas del cliente (Grönroos, 1994). En el caso de los Servicios Sociales, el cliente se forja una serie de expectativas que condicionarán la satisfacción del mismo. Si lo que percibe el cliente por lo menos iguala sus expectativas, el cliente estará satisfecho, en caso contrario el cliente estará insatisfecho.

Sin embargo, en opinión de Medina (1999a, pp. 22-23), hay que tener en cuenta que la satisfacción del usuario no garantiza necesariamente un alto nivel de

calidad la prestación de los servicios<sup>114</sup>. Por ello, se puede pensar que determinar la mayor o menor calidad de los Servicios Sociales a partir del grado de satisfacción de sus usuarios y usuarias es, por lo menos, arriesgado (Carrera, 2004).

En las evaluaciones de calidad asistencial sanitaria, la evaluación del resultado de la asistencia ha venido siendo realizada por los profesionales, porque se entendía poco probable que los pacientes tuvieran los conocimientos técnicos necesarios para ello. Actualmente, esto ha ido cambiando, incluso por la intervención de organizaciones de defensa del consumidor, que reclaman la participación del paciente en todo lo que tenga que ver con el proceso asistencial (Gómez y Saturno, 1997). Sin embargo, los usuarios del sistema de Servicios Sociales sí tienen criterios e incluso, en ocasiones, el conocimiento necesario para mantener una opinión definida (Medina, 1999a, p. 22).

Existen distintas técnicas que permiten aproximarnos al conocimiento del grado de satisfacción del usuario, como el análisis de reclamaciones y sugerencias, la realización de estudios empleando metodología cualitativa<sup>115</sup> o la evaluación de la satisfacción mediante las encuestas de satisfacción del usuario<sup>116</sup>.

El sistema de gestión de sugerencias y reclamaciones es el más antiguo y utilizado por los servicios para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios. Se trata de un sencillo mecanismo de participación de los ciudadanos y de expresión de su opinión, que permite conocer las áreas concretas de mejora en las que se debe actuar (Guillén y Pérez Madera, 2002. p. 230). Siempre se presentarán por escrito, identificando al reclamante y con la información del servicio que es objeto de sugerencia o reclamación. Sin embargo, son pocas las personas que se molestan en

---

<sup>114</sup> Un usuario puede estar insatisfecho con la asistencia recibida de profesionales muy competentes o puede quedar satisfecho con servicios prestados por profesionales no tan competentes.

<sup>115</sup> Ver Saturno (1995). Aunque el autor estudia los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios, estos métodos son extrapolables al ámbito de los Servicios Sociales.

<sup>116</sup> Estos sistemas o técnicas de medición del grado de satisfacción de los usuarios serán analizadas más adelante en el caso de los centros residenciales para personas mayores.

utilizar este instrumento y, por ello, existen muchos más descontentos que remitentes de quejas<sup>117</sup>.

En el ámbito de los Servicios Sociales, resulta sencillo canalizar la recogida de sugerencias y reclamaciones a través de alguna oficina de atención al usuario o a través de los propios trabajadores sociales, ya que los usuarios les transmiten en muchas ocasiones opiniones en relación al funcionamiento de los servicios. Aunque la puesta en marcha del sistema sea sencilla, exige el establecimiento de mecanismos de respuesta que eviten que las quejas o sugerencias queden sin responder generándose un grado mayor de frustración por parte de los usuarios (Guillén y Pérez Madera, 2002. p. 231)<sup>118</sup>. En opinión de Medina (2000, p. 192), en los Servicios Sociales el sistema de reclamaciones, más allá de cómo expresión de disconformidad, no se ha llegado a configurar con seriedad. A pesar de la existencia de un sistema de quejas y sugerencias, e incluso de la existencia frecuente de libros de reclamaciones, no se ha llegado a comprobar la eficacia de este sistema.

Sin duda, el instrumento más frecuentemente utilizado para medir el nivel de satisfacción de los usuarios, en el ámbito de los Servicios Sociales, es el cuestionario de satisfacción, cuyo fin es conseguir información directamente del usuario apoyándose para ello en escalas de medida instituidas específicamente para el tipo de organización. Las encuestas de satisfacción de usuarios consisten en la formulación de una serie de preguntas sobre diversos elementos del servicio con objeto de medir su grado de satisfacción con él y, con posterioridad, poder proceder a realizar las mejoras en aquellos aspectos que han sido peor valorados y que, por tanto, pueden considerarse debilidades de dicho servicio (Guillén y Pérez Madera, 2002, p. 228). El

---

<sup>117</sup> Según estudios realizados, solo cuatro de cada cien personas descontentas escriben una carta de reclamación (Horovitz, 1999).

<sup>118</sup> Para más información respecto a las reclamaciones y las hojas de sugerencias, como método de recogida de la opinión del usuario, puede consultarse Pascual *et al.* (1995).

cuestionario es un instrumento de fácil elaboración y sencilla aplicación. En el marco del sistema de Servicios Sociales debe ser aplicado sin grandes dificultades<sup>119</sup>.

Los modelos de medición de la satisfacción de los usuarios más utilizados en el sector de servicios son el SERVQUAL, que plantea que los consumidores evalúan la calidad como divergencia entre las percepciones y las expectativas sobre el desempeño del servicio, y el SERVPERF, que se basa solamente en percepciones, cuya fiabilidad y eficacia ya ha sido demostrada por innumerables investigaciones empíricas (Gadotti y França, 2009, p. 177).

Desde mediados de los años 80, el modelo de calidad de servicio llamado SERVQUAL<sup>120</sup> es frecuentemente utilizado para medir la satisfacción de los usuarios de servicios. SERVQUAL es una escala de ítems múltiples utilizada para medir las percepciones del cliente sobre la calidad del servicio (Parasuraman *et al.*, 1985; 1988; 1991). El modelo, que se basa en encuestas a los usuarios del servicio, comprende dos partes: una, compuesta por 22 ítems, mide las expectativas de los clientes y otra, también de 22 ítems, mide las percepciones o experiencias de los clientes<sup>121</sup>. Para evaluar la calidad del servicio se deberá efectuar la diferencia entre las puntuaciones que los usuarios dan a los ítems correspondientes a las expectativas y las que dan a los ítems correspondientes a las percepciones.

Los criterios usados por los consumidores para evaluar la calidad del servicio encajan en las diez dimensiones comentadas anteriormente (tangibilidad, confianza, capacidad de respuesta, comunicación, credibilidad, seguridad, competencia, cortesía, comprensión y accesibilidad). Con posterioridad, el instrumento final SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988), se condensó en una escala de 22 ítems y las

---

<sup>119</sup> Más adelante estudiaremos la utilización de encuestas de satisfacción en centros residenciales para personas mayores y trataremos, además, de dar algunas recomendaciones en cuanto a su elaboración y contenido.

<sup>120</sup> Otros autores que plantean modelos basados en la divergencia entre las percepciones y las expectativas sobre el desempeño del servicio son Grönroos (1984) con su “Modelo Nórdico”, Rust y Oliver (1994) con su “Modelo de Tres Componentes de la Calidad del Servicio” o Teas (1993) con su “Modelo de Desempeño Evaluado” o Modelo “EP” (*Evaluated Performance*).

<sup>121</sup> Se pide al encuestado que puntúe en una escala Likert (también puede utilizarse una escala continua), el grado de conformidad con la afirmación propuesta. Las dos partes del cuestionario, correspondientes a las expectativas y a las percepciones, son simétricas, de forma que a cada sentencia para medir las expectativas corresponde otra que mide las percepciones.

siguientes cinco dimensiones (ver gráfico 3.3):

1- Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones, del equipamiento, del personal y de los materiales divulgativos.

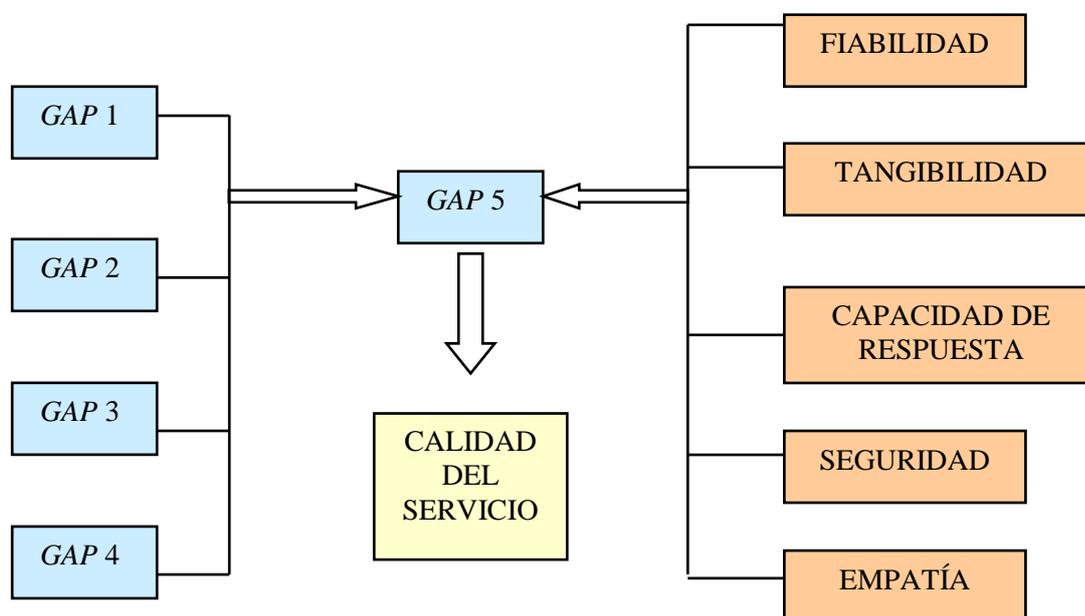
2- Fiabilidad: Capacidad de desarrollar el servicio prometido de forma fiable, cuidadosa y con precisión, es decir, capacidad de cumplir con las promesas realizadas.

3- Capacidad de respuesta: Disposición a ayudar a los usuarios y de prestar un servicio rápido, cumpliendo rigurosamente los plazos preestablecidos.

4- Seguridad: Conocimiento del servicio prestado, cortesía mostrada por los empleados y habilidad para transmitir credibilidad y confianza al usuario.

5- Empatía: Preocupación por prestar una atención individualizada al cliente y capacidad de percibir las sensaciones de los usuarios como si fuesen propias.

**Gráfico 3.3: Las cinco dimensiones de la calidad del servicio**



Fuente: Adaptado de Zeithaml *et al.* (1993, p. 150).

Cada una de estas cinco dimensiones está representada en la escala SERVQUAL. Tres de ellas, la tangibilidad, la capacidad de respuesta y la fiabilidad, tienen cuatro ítems, y las otras dos dimensiones, la seguridad y la empatía, tienen

cinco ítems. El instrumento también contiene una sección destinada a evaluar la importancia relativa de las cinco dimensiones.

**Tabla 3.1: Ítems y dimensiones del modelo SERVQUAL**

<i>DIMENSIÓN</i>	<i>ÍTEMS</i>
Tangibilidad	1. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna 2. Las instalaciones físicas de la empresa son visualmente atractivas 3. Los empleados de la empresa tienen apariencia pulcra 4. Los elementos materiales son visualmente atractivos.
Fiabilidad	5 Cuando la empresa promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace. 6. Cuando un cliente tiene un problema la empresa muestra un sincero interés en solucionarlo 7. La empresa realiza bien el servicio la primera vez 8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido 9. La empresa insiste en mantener registros exentos de errores
Capacidad de respuesta	10. Los empleados comunican a los clientes cuando concluirá la realización del servicio 11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido 12. Los empleados de la empresa siempre están dispuestos a ayudar a sus clientes 13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de sus clientes
Seguridad	14. El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes 15. Los clientes se sienten seguro en sus transacciones con la empresa 16. Los empleados de la empresa son siempre amables con los clientes 17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes
Empatía	18. La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada 19. La empresa tiene horarios de trabajo convenientes para sus clientes 20. La empresa de servicios tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes 21. La empresa se preocupa por los mejores intereses de sus clientes 22. La empresa comprende las necesidades específicas de su cliente

Fuente: Adaptado de Zeithaml *et al.* (1993, pp. 224-227).

El estudio inicial de las dimensiones del modelo SERVQUAL descubrió que las cinco dimensiones eran consideradas importantes por los usuarios de los servicios<sup>122</sup>. En la tabla 3.1 se muestran los 22 ítems utilizados en el modelo para la medición de las cinco dimensiones de la calidad de servicio:

Existen varias alternativas para asignar pesos a las dimensiones en el cálculo del índice global de calidad del SERVQUAL, de las que destacamos las siguientes:

- Asignar pesos equivalentes, es decir, dar la misma importancia relativa a cada dimensión.

- Incluir en el cuestionario una pregunta para que el encuestado reparta 100 ó 10 puntos entre las diferentes dimensiones según la importancia que les asigne, o bien valorar de una escala 0-10 ó 0-100 cada una de las dimensiones.

- Incluir una pregunta en la que se pida una valoración global del servicio recibido y aplicar posteriormente un análisis de regresión para determinar la importancia de cada una de las dimensiones como variable explicativa de la valoración global.

- Realizar un análisis conjunto aplicado a las dimensiones. De esta forma se obligaría al cliente a decidir y priorizar que dimensiones son las realmente importantes.

Las dos últimas alternativas pueden ser consideradas como las más convenientes. No obstante, en muchos trabajos empíricos suelen utilizarse las dos primeras, quizás por su mayor simplicidad.

Por último, con la información obtenida de los cuestionarios se estudia la diferencia entre las percepciones y las expectativas para cada pareja de afirmaciones.

- Si las expectativas son mayores que las percepciones hablaríamos de niveles bajos de calidad.

---

<sup>122</sup> Una investigación posterior llevada a cabo por Zeithaml *et al.*, descubrió que la fiabilidad era la dimensión más crítica, con independencia del servicio estudiado (Zeithaml *et al.*, 1993, p. 30).

- Si las expectativas son menores que las percepciones los clientes estarán percibiendo niveles altos de calidad.

Disponer de una valoración cuantitativa de la calidad de servicio tanto a nivel global como más desagregado, según las diferentes dimensiones e ítems, supone tener una información muy importante para poder emprender acciones de mejora en la prestación del servicio (Casadesús *et al.*, 2005, p. 44).

A pesar de su importante uso en las últimas décadas el modelo SERVQUAL ha sido criticado por varios investigadores. Las expectativas son el componente del modelo SERVQUAL que más controversias ha suscitado, y esto se debe a los siguientes motivos:

1- A los problemas de interpretación que las expectativas plantea a los encuestados.

2- A que las expectativas suponen una redundancia dentro del instrumento de medición, ya que las percepciones están influenciadas por ellas.

3- A la variabilidad de las expectativas en los diferentes momentos de la prestación del servicio.

Algunos de los críticos, como Carman (1990), argumentaron que era necesario que el SERVQUAL fuese adaptado al cliente del servicio en cuestión y que no podía, por tanto, ser aplicado universalmente.

Cronin y Taylor (1992) cuestionaron la necesidad de medir las expectativas en la investigación de la calidad del servicio, dado que los usuarios tienden a indicar consistentemente altos niveles de expectativas siendo sus niveles de percepción raramente superior a las mismas, y definieron la calidad de servicio como función exclusiva de la percepción del resultado del servicio por parte de los clientes. Estos autores crearon un nuevo instrumento llamado SERVPERF basado únicamente en las percepciones. El modelo emplea únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño recibido del modelo SERVQUAL. Reduce por tanto a la mitad las mediciones con respecto a SERVQUAL y se calcula como el sumatorio de las percepciones indicadas. La calidad del servicio será tanto mayor

cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones.

Otro modelo, alternativo a SERVQUAL y basado solo en percepciones, es el “Modelo Jerárquico Multidimensional” de Brady y Cronin (2001). Según este modelo, los consumidores forman sus percepciones sobre la calidad del servicio en base a una evaluación del desempeño en múltiples niveles, y al final combinan esas evaluaciones para llegar a la percepción global de la calidad del servicio<sup>123</sup>.

La calidad percibida es, de esta forma, una variable multidimensional, esto es, se manifiesta a través de una serie de factores con un alto grado de correlación. Estos factores no son universales, tal y como sostienen Parasuraman *et al.*, sino que son específicos del tipo de servicio evaluado, como argumentaba Carman (1990). Para generar esos factores de calidad, se debe partir de estudios cualitativos en el caso de que no existan referencias en la literatura sobre ese sector específico.

Si se quieren obtener evaluaciones detalladas sobre diferentes atributos o factores de la calidad, se pueden construir modelos jerárquicos multidimensionales que proporcionen una visión estructural y multinivel de la calidad percibida. Estos modelos cuentan con un gran número de ítems, ya que los factores de calidad son variables latentes que se manifiestan a través de indicadores observables (Martínez García y Martínez Caro, 2007, p.3).

Brown *et al.* (1993) criticaron el uso de niveles de diferencia entre expectativas y experiencias para crear una variable separada, que a su vez sirva como la medida total de la calidad del servicio. También afirmaron que “una medida con poca confiabilidad puede parecer tener validez discriminante simplemente porque no es confiable” (Brown *et al.*, 1993, p.130). Según los autores, otro problema potencial que puede crear problemas en el análisis estadístico es la restricción de la variable que ocurre cuando uno de los niveles de la componente, la relativa a las expectativas, empleado para calcular el nivel de diferencia, es consistentemente más elevado que el correspondiente a la otra componente relativa a las experiencias. Otro problema que identificaron fue que las cinco dimensiones del instrumento SERVQUAL no se

---

<sup>123</sup> Brady y Cronin (2001) sostienen que su propuesta de medición es la mejor forma de explicar la complejidad de las percepciones humanas teniendo en cuenta la conceptualización de calidad de servicio vigente en la literatura actual.

sostenían, que el instrumento tenía menos de cinco dimensiones y, de hecho, podía representar una construcción unidimensional.

Parasuraman *et al.* (1993; 1994) publicaron dos respuestas rechazando estas críticas a su modelo SERVQUAL. Concluyeron que sus ideas acerca de la relación entre la satisfacción del cliente y la calidad del servicio habían sido reevaluadas a la luz de una investigación reciente que modelaba la percepción de la calidad del servicio como un antecedente de la satisfacción del cliente. Rechazaron la afirmación de Cronin y Taylor que establecía que una escala basada únicamente en las percepciones es superior a la escala SERVQUAL.

En respuesta a la crítica de Carman (1990) a la escala SERVQUAL, que cuestionaba la aplicación universal del instrumento, Parasuraman *et al.* (1994) argumentaron que los ítems del modelo SERVQUAL representan, de hecho, criterios de evaluación centrales para la medición de la calidad del servicio. Pero, a pesar de todo, aceptaron que los ítems individuales de SERVQUAL deberían ser vistos como un “esqueleto” básico que debería ser suplementado por ítems de contenido específico cuando fuera necesario.

En cualquier caso, se trata de un modelo que ha tenido una amplia difusión a nivel internacional. Es interesante destacar, asimismo, que el modelo ha sido adaptado para su utilización en diferentes ámbitos. De esta forma, la aplicación de SERVQUAL ha llegado al campo sociosanitario como lo demuestran algunas de las investigaciones que se han desarrollado. Prieto *et al.* (1994), han utilizado SERVQUAL para medir las perspectivas de usuarios, no usuarios y profesionales en un centro de salud para conocer sus opiniones sobre la calidad de los servicios y, posteriormente, contrastar sus opiniones. En el campo de los centros de Servicios Sociales y, concretamente, desde la óptica de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) tenemos el trabajo de Medina (1998a). Y, por lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, destacamos la aplicación del modelo SERVQUAL que realiza Grande (2002, pp.186-205) en relación a las residencias para personas mayores. Este estudio será comentado más adelante.

Finalizamos este apartado destacando la opinión de Medina (1999a), quien señala que el establecimiento de un procedimiento de medida de la satisfacción de los usuarios de los Servicios Sociales será necesario si no queremos “que el sistema pase por encima, imponiendo un procedimiento de criterios y estándares que, con mucha probabilidad, no se ajusten a la realidad cotidiana” (Medina, 1999a, p. 16).

### **3.6. El cliente interno en los Servicios Sociales**

No queremos dar por finalizada la cuestión relativa a la satisfacción del usuario, sin destacar la importancia que tiene en ella el personal de primera línea, es decir, el trabajador social, el psicólogo, el educador, etcétera, pues son personas claves en el proceso interventivo y, de manera especial, cuando surge una situación de insatisfacción.

Por tanto, en nuestra opinión, el objetivo de cualquier estudio que desee determinar la percepción de calidad de los usuarios de una institución de Servicios Sociales deberá contemplar, además de las dimensiones ya consideradas, aspectos y variables actitudinales como el nivel de satisfacción laboral y el compromiso organizacional que presentan los trabajadores, por el contacto que tienen con los usuarios y por que son, en consecuencia, responsables de influir sobre la percepción de calidad asistencial que éstos puedan tener.

Siguiendo a Medina (1999b, pp. 31-32), en las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, ya pertenezcan al sector público o al privado, la medición de la calidad asistencial se realizará considerando como ejes tanto a los clientes externos, es decir los usuarios, como a los clientes internos, es decir, quienes ejecutan y llevan a cabo el servicio. Sobre el primer eje ya hemos insistido en que la calidad asistencial contempla como fundamental la evaluación del nivel de satisfacción del usuario. En el segundo eje, corresponde analizar el nivel de satisfacción de los recursos humanos de las entidades prestadoras de Servicios Sociales. Es resumen, se trataría de satisfacer al cliente externo a través de la satisfacción del cliente interno.

La satisfacción laboral, entendida como una actitud favorable, tanto hacia el trabajo en general, como hacia aspectos específicos de éste, suele aparecer relacionada de modo positivo con el compromiso organizacional. Una revisión clásica, pero exhaustiva, de las diferentes facetas que componen la satisfacción laboral es la realizada por Locke (1976), quien propone las siguientes nueve dimensiones:

- Satisfacción con el trabajo
- Satisfacción con el salario
- Satisfacción con la promoción
- Satisfacción con el reconocimiento
- Satisfacción con el beneficio
- Satisfacción con las condiciones de trabajo
- Satisfacción con la supervisión
- Satisfacción con los compañeros
- Satisfacción con la organización y la dirección

En efecto, para que el personal prestador del servicio desempeñe adecuadamente su cometido y esté comprometido con la organización es importante que se creen unas condiciones de trabajo satisfactorias. Por ello, la organización debe utilizar mecanismos que incidan en la consecución de un buen clima laboral, como, por ejemplo, facilitar la circulación de la información, favorecer el reciclaje profesional, favorecer la promoción interna, disponer de medios materiales adecuados para el desarrollo de las funciones, etcétera. La evaluación de este clima laboral constituye una tarea fundamental para cualquier empresa.

El personal es considerado, en cualquier organización, como un activo fundamental, pero será todavía más importante cuando la prestación del servicio esté basada en la interacción entre el profesional y el usuario. Por ello, resulta muy importante conocer su grado de satisfacción. No es suficiente contemplar la satisfacción del usuario hay que considerar la percepción y valoración que realiza el personal prestador del servicio (Guillén y Pérez Madera, 2002, pp. 231-232). Para ello se puede recurrir a las llamadas “encuestas del clima laboral” o “encuestas de satisfacción de empleados”, que, aunque inicialmente tenían un carácter general, en

la actualidad se elaboran de manera específica para medir la satisfacción laboral en ocupaciones concretas<sup>124</sup>.

Las encuestas de satisfacción de empleados, proporcionan una medida interna de la calidad de los servicios, en lo que respecta al estado de ánimo y la actitud de los empleados, así como a los obstáculos que perciben para brindar un servicio de mayor calidad. Dada su participación directa en la prestación de los servicios, las opiniones, sugerencias y quejas de los empleados sirven como sistema preventivo pues observan los problemas y deficiencias de los servicios antes que los propios usuarios (Hoffman y Bateson, 2002, p. 345).

Por otro lado, la formación del personal surge como un factor imprescindible pues los procesos formativos que se instauren en la empresa podrán contribuir a reducir la tensión organizativa y favorecer la implantación de sistemas de calidad, no solo en la fase inicial de implantación de los sistemas sino a lo largo de todo el proceso de mejora continua. Toda organización que persiga una mejora de la calidad de sus prestaciones y servicios requiere la realización de acciones formativas, ya que para que un empleado realice mejor su trabajo necesita un entrenamiento que le permita adquirir las habilidades necesarias para mejorar (Medina, 1999b, pp. 31-32).

La calidad, según Ishikawa (1990, p. 117) "empieza y termina con la formación; es la base del sistema y debe ser permanente como medio vital para conseguir procesos de mejora".

Las organizaciones de Servicios Sociales que deseen trabajar en un contexto de calidad deben elaborar un plan de formación que puede contemplar, entre otros, los siguientes aspectos (Medina, 1999b, pp. 32-33)<sup>125</sup>:

- Conocer adecuadamente cómo es la organización y cuáles son sus objetivos.

---

<sup>124</sup> Así, nos podemos encontrar, por ejemplo, con el "Cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud en equipos de atención primaria" o el "Cuestionario modular de satisfacción laboral de profesionales de la salud".

<sup>125</sup> Adaptado de Claver *et al.* (1999).

- Descubrir las necesidades de formación, teniendo en cuenta que es preciso disponer de datos sobre las habilidades, conocimientos y actitudes que son necesarias para el desempeño de los puestos de trabajo.

- Formalizar el plan de formación que contenga las herramientas necesarias para enfrentarse a la nueva forma de trabajar: a) estudio de los principios de la calidad; b) aprendizaje de las técnicas y herramientas de la calidad; c) conocimiento de las metodologías de trabajo; d) aprendizaje de las herramientas de evaluación de la calidad de servicio; e) dominio de las técnicas para la evaluación de la satisfacción de los usuarios; f) capacitación para llevar a cabo evaluaciones de coste-beneficio; g) posibilidad de dominar aspectos de las auditorías de calidad, etcétera.

- Proceder a encomendar la organización práctica de la formación.

- Poner en práctica la formación, debidamente secuenciada, programada en el tiempo y con incentivos para los empleados.

- Instaurar un sistema de evaluación que permita medir la validez y el impacto de la formación en los puestos de trabajo y en los procesos de mejora.

A nuestro parecer, resulta importante que la calidad no se convierta en un proceso aislado dentro de la organización. Como bien señala Medina (1999b, p. 31), la implantación de la calidad no podrá llevarse a cabo sin contar con los recursos humanos, el pilar fundamental de los Servicios Sociales. Pero no debemos caer en el tecnicismo y creer que la calidad es simplemente la aplicación mecánica de metodologías sino que es necesario, al menos en los Servicios Sociales, que son servicios personales, que el empleado quiera realizar mejor su trabajo.

Pero para el desempeño eficaz de las tareas por parte de los empleados en los centros de Servicios Sociales no basta con querer realizar mejor el trabajo, es necesario, además, que el personal tenga una serie de habilidades de trato para comunicarse eficazmente, para ser empático con las situaciones personales de los demás, para manejar conflictos entre oferta y demanda y para motivar a quienes se atiende para que sigan manteniendo sus niveles de autonomía y protagonismo personales.

Es importante señalar que en estas organizaciones la comunicación que se establece entre el trabajador y el usuario adquiere unas características específicas debido a las condiciones de las personas atendidas, al lenguaje utilizado por los profesionales y a la tecnología con la que se definen muchos de los servicios prestados. En estas circunstancias, las buenas relaciones entre cliente y trabajador son de gran importancia en el trabajo cotidiano.

Como señala Berzosa (2006, p. 72), la búsqueda permanente de calidad en el trato va a ser un elemento fundamental de la eficacia en el trabajo, convirtiéndose, hoy día, en uno de los retos de los centros de Servicios Sociales. De esta forma, toda organización prestadora de Servicios Sociales, en su política de personal, deberá impulsar y apoyar el esfuerzo formativo y comunicacional orientado a mejorar el trato al cliente (Landeta *et al.*, 1994, p. 122) y establecer fórmulas organizativas flexibles que posibiliten la involucración del personal en la organización (Araujo *et al.*, 1994, p. 1108).

Como conclusión, podemos señalar que tanto la implantación de un sistema que permita la medida de la satisfacción del cliente como el adecuado uso de acciones de marketing tendrán, sin duda, una repercusión positiva en las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales<sup>126</sup>. Sin embargo, no debemos olvidar que los trabajadores, los clientes internos, son la pieza fundamental en la prestación de este tipo de servicios y sin ellos o contra ellos, no se obtendrán unos resultados satisfactorios. Esto quiere decir, en definitiva, que debemos ser conscientes de la importancia de unas condiciones de trabajo satisfactorias y de un proceso formativo coherente y adaptado a la realidad, en el que los aspectos relativos al marketing y a la calidad, especialmente a la calidad de trato, sean analizados y se trabaje con ellos hasta lograr su aceptación como herramientas de gestión (Medina, 1999a, p. 25). La prestación de los Servicios Sociales exige la cooperación entre varios departamentos y personas, siendo necesaria la ausencia de conflictos. Pero requiere, además, que los empleados tengan la capacidad para diagnosticar

---

<sup>126</sup> Volveremos a referirnos a la utilización de herramientas de marketing y a la medida de la satisfacción del cliente, en relación a los centros residenciales para personas mayores, en los capítulos sexto y séptimo.

situaciones, tomar decisiones, personalizar el servicio y, de esta forma, satisfacer las necesidades de los usuarios (Dotchin y Oakland, 1994).

## **CAPÍTULO 4º- LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES**

Una vez introducido el sector de los Servicios Sociales y estudiadas las peculiaridades del marketing en este ámbito, poniendo especial énfasis en las cuestiones relativas a la calidad del servicio y a la satisfacción de su cliente interno y externo, procedemos a analizar la adopción de modelos de gestión de la calidad en el sector y, especialmente, en las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales de la CAPV.

Para ello, previamente, estudiaremos la evolución histórica de la gestión de la calidad en la empresa y realizaremos un repaso de los principales modelos con dimensión internacional y global que son aplicables por las empresas de nuestro entorno, sin entrar a considerar los modelos específicos para centros residenciales destinados a personas mayores que serán objeto de trabajo en capítulos posteriores. Analizaremos, de esta forma, el modelo basado en la familia de normas ISO 9000 como modelo de mayor aceptación entre las empresas a nivel general y, posteriormente, estudiaremos el modelo de excelencia europeo propuesto por la *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Además, sintetizaremos las principales características de la política de promoción de la calidad que han seguido, en los últimos años, las instituciones públicas de la CAPV. Igualmente, realizaremos una reflexión crítica respecto al “movimiento de la calidad” y su futuro.

Continuaremos el capítulo estudiando la implantación de los modelos genéricos de gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de servicios sociosanitarios y analizaremos algunos modelos y sistemas específicos del sector. Finalizaremos el capítulo con el estudio, más detallado, de la implantación de modelos de gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de servicios sociosanitarios de la CAPV.

Evidentemente, no nos planteamos en este capítulo profundizar en una cuestión tan compleja de análisis, tanto conceptualmente como en la práctica. Tan solo trataremos de ofrecer una introducción muy somera a la gestión de la calidad y a lo que ha supuesto en el ámbito específico en el que se ubica nuestro trabajo de investigación.

#### **4.1. Los sistemas de gestión de la calidad**

En el capítulo primero, mencionábamos la confusión terminológica existente en relación a la calidad y a la gestión de la calidad, por tratarse de conceptos complejos y abstractos. También señalábamos que la literatura no termina de ponerse de acuerdo acerca de si la gestión de la calidad es simplemente un conjunto de técnicas, un paradigma, una opción estratégica o una filosofía de dirección<sup>127</sup>. No vamos a volver sobre estas cuestiones, pero sí vamos a dedicar un espacio en este trabajo a estudiar la difusión de los más exitosos sistemas basados en la gestión de la calidad, como son las normas ISO 9000 y el modelo de autoevaluación EFQM. Antes de abordar este estudio comentaremos, brevemente, la evolución histórica de la gestión de la calidad en las organizaciones.

##### **4.1.1. Evolución de la gestión de la calidad en la empresa**

La gestión de la calidad, al igual que otras disciplinas, ha experimentado una importante evolución desde sus orígenes hasta nuestros días, evolución que se ha caracterizado por la incorporación de nuevos aspectos y por el cambio de perspectiva y orientación. Siguiendo a Desmarets (1995, p. 3), en esa evolución podemos distinguir tres<sup>128</sup> etapas o tres grandes formas de gestionar la calidad:

---

<sup>127</sup> Ver apartado 1.2 del capítulo segundo de esta Tesis Doctoral.

<sup>128</sup> Hay autores como Camisón *et al.* (2007), Dale (2003a), Deming (1989) o Juran y Gryna (1993) que añaden una etapa o enfoque posterior al de inspección de la calidad: la etapa de control de la calidad. A partir de los años treinta del siglo pasado se empiezan a emplear gráficos y métodos estadísticos para el control de los productos. Estos procedimientos recibieron un gran impulso durante la segunda guerra mundial. El control de calidad se centra en el control estricto de los procesos. El

1- La inspección de la calidad: En los primeros años de la producción en serie la calidad industrial era sinónimo de inspección realizada una vez finalizada la fabricación. En las empresas surgen especialistas que verifican la calidad de los productos fabricados por el personal de producción, a diferencia de lo que acontecía en periodos anteriores donde el artesano se encargaba él mismo de fabricar e ir verificando la calidad de cada fase de la producción.

El objetivo básico de la inspección radica en evitar que lleguen productos defectuosos al cliente. La manera de proceder consiste en “establecer a priori unas especificaciones de calidad del producto, que deben comprobarse de forma sistemática para verificar la conformidad del producto final y separar los productos defectuosos para su desecho o reproceso” (Camisón *et al.*, 2007, p. 224).

Se trata, por tanto, de identificar los productos no conformes y realizar acciones correctivas sobre ellos. Se produce un gran desarrollo de la metrología y de la metrotecnica, estableciéndose normas de construcción y de calibración de instrumentos de medida y de calibres de verificación utilizados en las inspecciones. Se hizo evidente que “la capacidad de inspección era limitada, no por las aptitudes del individuo sino por la capacidad de las herramientas utilizadas” (James, 1997, p. 30). Este sistema no contempla acciones de prevención, y solo se determina si el producto tiene algún fallo después de haberlo terminado. Las inspecciones de producto implican muchas horas de verificación, lo que significa unos elevados costes de evaluación y, además, no garantiza la existencia de artículos sin defectos.

---

objetivo consiste en detectar los errores cuanto antes y la inspección no se realiza únicamente al finalizar el proceso productivo sino durante dicho proceso. A pesar de todo, al igual que en la etapa de inspección de la calidad, los esfuerzos se focalizan en la corrección de errores o de las fuentes de variabilidad de los productos una vez que han aparecido.

Otros autores, como Desmarests (1995) o Casadesús *et al.* (2005), unifican las fases de inspección y control estadístico de la calidad, pues entienden que las diferencias entre ambas son más de forma que de fondo. De esta forma, en el segundo caso se utilizan métodos y herramientas de una mayor sofisticación estadística pero, al igual que en la fase de inspección, supone detectar errores y fallos durante o al finalizar el proceso productivo, no su prevención.

Por otro lado, Garvin (1988) distingue cuatro etapas en el proceso de evolución de la calidad en la época industrial: calidad mediante inspección (*Inspection*), control estadístico de la calidad (*Statistical Quality Control*), el aseguramiento de la calidad (*Quality Assurance*) y la calidad como estrategia competitiva (*Strategic Quality Management*).

2- Aseguramiento de la calidad: A partir de los años cincuenta del pasado siglo, la calidad comienza a extenderse de la inspección final y de proceso, a la prevención de defectos (Heras *et al.*, 2008a, p. 16). La dirección de la empresa se vio necesitada de un sistema que diera confianza sobre el cumplimiento de los requisitos de calidad de los bienes y servicios producidos, y de los productos adquiridos a proveedores, dando así lugar a los sistemas de aseguramiento de la calidad. Así, la norma ISO 9000 (AENOR, 1994, p. 25), afirma que el aseguramiento de la calidad es el “conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad y demostrables si es necesario para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad”.

Aunque los sistemas de aseguramiento de la calidad pueden establecerse por la propia empresa, lo más frecuente es adoptar la normativa internacional pues su aceptación es generalizada.

Esta etapa implica desarrollar un sistema de calidad basado en una planificación, apoyado en la utilización de manuales y herramientas de calidad para asegurar el proceso productivo y evitar errores, generando calidad en los orígenes del proceso. Lo importante pasa a ser la calidad de los procesos y no tanto su resultado. Los procesos deben sistematizarse y formalizarse para tratar de que la calidad esté incorporada al producto o servicio. Se trata de un sistema preventivo, y no reactivo como el anterior, que pretende encontrar la razón y la procedencia de los problemas, para después poder evitarlos mediante la búsqueda de soluciones y su estandarización, con el fin de evitar que se repita el mismo fallo.

Se trata también de un sistema más amplio que, además de limitarse a controlar el producto final, controla todo el proceso productivo e incluso otros procesos previos, como los diseños, la entrega, etcétera. De alguna manera, se trata de una filosofía de “trabajo bien hecho” en todas las actividades y procesos de la empresa que permita prácticamente evitar la necesidad de la inspección final. Los factores clave que sirven de base a este enfoque son, según Moreno-Luzón *et al.*

(2001, pp. 24-25)<sup>129</sup>: la prevención de errores, el control total de calidad, el énfasis en el diseño de los productos, la uniformidad y conformidad de productos y procesos y, por último, el compromiso de los trabajadores.

En torno a esta filosofía surgen las denominadas normas de aseguramiento de la calidad que proponen procedimientos para evitar que se cometan errores<sup>130</sup>. El objetivo principal de la normalización es la unificación de criterios realizada de manera consensuada entre todos los agentes implicados en la norma en cuestión. Que una norma logre su principal objetivo, dependerá de que su elaboración cumpla una serie de requisitos: a) que su aplicación sea voluntaria, b) que la norma se haya alcanzado mediante un proceso consensuado por todos los agentes implicados, c) que la norma recoja las experiencias y refleje la realidad, d) que la norma esté aprobada por un organismo reconocido por el sector en el que se aplica, y e) que la norma se difunda y sea de conocimiento público y de aceptación general (Camisón *et al.*, 2007, p. 349).

3- Gestión de la calidad total<sup>131</sup>: Se trata de una filosofía de gestión centrada en la calidad y abarca todos los aspectos y ámbitos de la empresa. Aunque comenzó a desarrollarse en Japón con anterioridad no llegó hasta los años setenta y ochenta a Occidente. Según Camisón *et al.* (2007, p. 254), la gestión de la calidad total “consiste en el conjunto de acciones orientadas a planificar, organizar y controlar la función de calidad de una organización, con vistas a la mejora continua de la calidad del producto y de la posición competitiva así como a optimizar la creación de valor para los grupos de interés considerados clave”. La gestión de la calidad total, de

---

<sup>129</sup> Aquí Moreno-Luzón *et al.* siguen a Garvin (1988), Conti (1993), Dale (1994) y Goetsch y Davis (1994).

<sup>130</sup> Una norma es un documento consensuado y aprobado por un organismo reconocido nacional o internacionalmente, dependiendo del ámbito de aplicación de la norma. La traducción más habitual de los términos “standardization” y “standard” por “normalización” y “norma” no se encuentra exenta de problemas, ya que los vocablos castellanos tienen una connotación jurídica y de obligatoriedad que no se corresponde con la voluntariedad en su adopción que han de transmitir, y de la que adolecen sus sinónimos anglosajones. Para una introducción al ámbito de la normalización resulta de interés el artículo publicado por los profesores Escalera y Pascual (2004).

<sup>131</sup> Es habitual referirse a la gestión de la calidad total de forma abreviada con las iniciales GCT o TQM (*Total Quality Management*).

forma sintética, implica (Camisón *et al.*, 2007; Moreno-Luzón *et al.*, 2001; Leal, 1997; Berzosa *et al.*, 2005):

- La implantación de la calidad en todos los departamentos de la empresa.

- La participación activa de todo el personal, que debe tener la habilidad y la posibilidad de realizar cambios en los procesos y proponer soluciones a los problemas. La gestión de calidad total pone el énfasis en las personas. Para motivar al personal es preciso darle la posibilidad de compartir planes y objetivos, y formarlo para que mejoren sus conocimientos y habilidades.

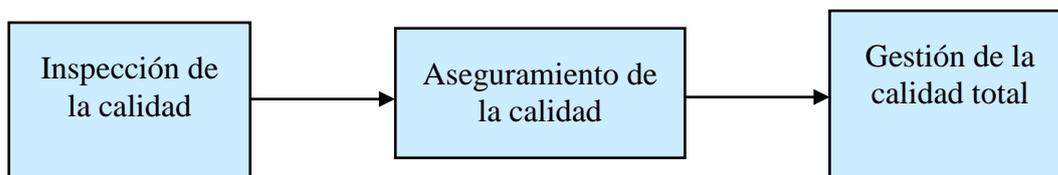
- La mejora de procesos permanente. Los procesos constituyen el corazón de la organización y de las funciones de una empresa. Es necesario aplicar una metodología de mejora continua a los procesos de forma que se proporcionen respuestas eficientes a los requerimientos de calidad de los clientes.

- La búsqueda de la satisfacción de los clientes, tanto externos como internos.

- La obtención de beneficios para todos los componentes de la organización y para el resto de la sociedad.

Como hemos visto hasta el momento, el concepto de gestión de la calidad ha ido evolucionando desde la inspección de la calidad hasta la gestión de la calidad total. Pero ello no supone que la gestión de la calidad total no implique la inspección o el aseguramiento de la calidad, sino que, a medida que el concepto de la gestión de la calidad va avanzando va englobando a los anteriores. Esto se representa en el gráfico 4.1:

**Gráfico 4.1: Evolución de la gestión de la calidad**



Fuente: Desmarets (1995, p. 3).

Como señalan Moreno-Luzón *et al.* (2001, p. 26), la inspección de la calidad y el control de calidad, en realidad, no pueden considerarse como enfoques de

dirección propiamente dichos, ya que están orientados únicamente a la resolución de problemas en el ámbito operativo y tienen poca influencia en el ámbito de la dirección. Por tanto, los dos grandes enfoques del ámbito de la dirección serían el aseguramiento de la calidad y la gestión de la calidad total.

En cualquier caso, no hay que olvidar que los enfoques de inspección y control de la calidad constituyeron la base en la evolución de la gestión de la calidad. Sin embargo, las múltiples limitaciones de los mismos, así como el carácter acumulativo de los enfoques surgidos con posterioridad, han desplazado el interés tanto académico como práctico hacia los enfoques de gestión más recientes, con el salto cualitativo importante que supone pasar de enfoques con orientación reactiva, basados principalmente en la detección de errores, a enfoques con orientación proactiva, basados más en la prevención.

Por tanto, vamos a centrarnos, únicamente, en los dos grandes enfoques de gestión más recientes, el aseguramiento de la calidad y la gestión de la calidad total, que poseen una orientación proactiva y un carácter sistémico, a la vez que incorporan principios y conceptos clave cada vez más acordes con el actual contexto de competitividad.

#### **4.1.2. El aseguramiento de la calidad y las normas ISO 9000**

El aseguramiento de la calidad implica el desarrollo de procesos de planificación y sistematización necesarios para asegurar la calidad en el lugar de fabricación, tales como las normas EN (*European Norms*), BS (*British Standards*), ISO (*International Standardization Organization*), UNE (Una Norma Española), para facilitar la compraventa de productos, para establecer la credibilidad del proveedor en el mercado y para ofrecer la adecuada confianza de que el producto o el servicio cumple los requisitos de calidad necesarios para satisfacer a los usuarios o consumidores (Heras, 2006a, p. 27).

Los beneficios de la normalización y certificación<sup>132</sup>, siguiendo a Claver *et al.*, (2005, p. 87) y Casadesús *et al.* (2005, pp. 122-123), son, entre otros:

- Permite detectar áreas de mejora en la calidad del producto o servicio.
- Aumenta la satisfacción del cliente.
- Se reducen los costes, directos e indirectos, derivados de reclamaciones.
- Permite cumplir con los requisitos, cada vez más exigentes, de los clientes.
- Mejora la productividad y la eficacia en la organización.
- Favorece el comercio internacional, gracias a la supresión de obstáculos originados por las distintas prácticas nacionales.
- Posibilita una mayor competitividad.
- Se reducen costes a través de la economía de esfuerzos humanos, de energía y de materiales y, por tanto, permite obtener mayores beneficios.
- Favorece la estabilidad de la empresa y su futuro.
- Posibilita mejorar la calidad de vida, la seguridad y la protección del medio ambiente.

Según Camisón *et al.* (2007, p. 347), la gestión de la calidad, según los modelos normativos, descansa sobre tres pilares:

1- La definición de una serie de procedimientos estandarizados y bien documentados que detallen la coordinación de recursos y actividades que garanticen la calidad del producto y su ajuste a los requerimientos del cliente.

---

<sup>132</sup> La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad independiente y reconocida para emitir un documento que verifica un bien o servicio acorde a una norma determinada. La certificación permite a la empresa obtener una marca que acredita su calidad y a la vez asegura el cumplimiento de una norma. La certificación se lleva a cabo en sistemas, productos o personas. La certificación de sistemas de gestión consiste en la emisión de un documento que acredita que las políticas, procedimientos e instrucciones de la gestión son acordes con las directrices marcadas por la norma a la que se hace referencia. A nivel general, los principales sistemas de gestión certificados están relacionados con la gestión de la calidad y la gestión medioambiental (Camisón *et al.*, 2007, pp. 350-352).

2- La documentación de los requisitos de comportamiento en un “manual de calidad”.

3- El cumplimiento de las directrices indicadas en los procedimientos.

De esta forma, cuando un producto cumple la norma se dice que es un producto de calidad. Del mismo modo, cuando un método de producción de trabajo o de servicio se adecua a una norma se podría garantizar que el sistema de gestión es de calidad.

En España para actuar en materia de normalización y certificación se creó, en 1986, AENOR (Asociación Española de Normalización). Esta organización persigue aumentar la competitividad de las empresas españolas mediante la mejora de la calidad y la seguridad de los productos y servicios.

Las normas de la serie ISO 9000 son las normas internacionales con más relevancia. Las normas ISO<sup>133</sup> adoptadas por los países de la Unión Europea, han sido emitidas por el Comité Europeo de Normalización. En España el organismo encargado del desarrollo, incorporación y traducción de normas es AENOR<sup>134</sup>.

Las normas ISO 9000 son un conjunto de normas utilizadas para el desarrollo de sistemas de aseguramiento de la calidad que pueden ser utilizadas por cualquier organización, independientemente del tamaño o sector en el que opere. Es importante señalar el hecho de que un producto o servicio que haya sido certificado según alguna de las normas ISO, no supone necesariamente que posea una calidad superior

---

<sup>133</sup> Las siglas ISO corresponden a la *International Organization for Standardization*. Se trata de una federación mundial de organismos nacionales de normalización, con sede en Ginebra, especializada en la elaboración de estándares que son publicados como normas internacionales y cuyo objetivo es la promoción mundial del desarrollo de la estandarización y de otras actividades vinculadas, para facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, y desarrollar la cooperación en actividades intelectuales, científicas-tecnológicas y económicas. La organización se articula en comités técnicos que se encargan de la elaboración de las normas internacionales, y dichos comités están integrados por miembros de los organismos nacionales federados interesados en el objeto de trabajo de la comisión (Moreno-Luzón *et al.*, 2001, p. 391).

<sup>134</sup> AENOR es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lucro que, desde 1986, tiene como propósito contribuir, mediante el desarrollo de las actividades de normalización y certificación a mejorar la calidad en las organizaciones, sus productos y servicios, así como proteger el medio ambiente y, con ello, el bienestar de la sociedad (Lloréns y Fuentes, 2001, p. 222).

a la de otro similar, sino que significa que los productos o servicios ofrecidos por esa empresa se encuentran controlados, reglados, y sujetos a modificaciones controladas.

Las normas ISO 9000 fueron publicadas por primera vez en 1987 y fueron revisadas de forma sustantiva en 1994, 2000, 2004 y 2008, para adaptarse a los cambios del entorno de las empresas. Las revisiones de la norma, que se realizan periódicamente cada cuatro años para determinar si cumplen adecuadamente con la finalidad para la que fueron creadas, han tenido como objetivos más concretos, los siguientes (AENOR, 2005; Lloréns y Fuentes, 2001, p. 245):

- Adquirir un carácter universal, es decir, que sean aplicables a todos los sectores de actividad, a todo tipo de productos y a todo tipo de organizaciones.
- Simplificar su utilización, con un lenguaje más claro y comprensible y más cercano al utilizado en la práctica empresarial.
- Mejorar la relación de los sistemas de gestión de la calidad con los procesos de la organización.
- Orientación hacia la mejora continua y la satisfacción del cliente.
- Compatibilidad con otros sistemas de gestión.

La serie de normas ISO 9000 está constituida por las siguientes normas básicas:

- “ISO 9000: Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario”. Define una serie de conceptos relacionados con la calidad. No es certificable.
- “ISO 9001: Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos”. Especifica los requisitos que debe cumplir una empresa para ajustarse a un sistema de gestión de la calidad, según esta normativa, para su posterior certificación
- “ISO 9004: Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño”. Proporciona directrices para mejorar el funcionamiento de las organizaciones. Se recomienda como guía para aquellas organizaciones que deseen ir más allá de los requisitos de la anterior, persiguiendo la mejora continua del

desempeño. No es utilizada con fines de certificación pero puede utilizarse para la autoevaluación de las empresas.

En las versiones de las normas ISO 9000 de 1987 y 1994, se señalaba que se trataban de normas de aseguramiento de la calidad (SAC), y en la versión de 2000 se le denominaba, de forma genérica, sistema de gestión de la calidad (SGC). Como señalan Casadesús *et al.* (2005, p. 77), el cambio terminológico, que no ha estado exento de polémica, se debe a que, en la versión de 2000, en las normas se subrayan conceptos como el de mejora continua y satisfacción del cliente, que se entienden que van más allá de lo que es el aseguramiento de la calidad, para introducirse en la gestión de la calidad total. De esta forma, el modelo propuesto por la norma ISO 9001:2000 es “un sistema iterativo enfocado a la satisfacción de los clientes, a la mejora continua y a la integración de los sistemas de garantía de la calidad en los procesos de la organización” (Camisón *et al.*, 2007, p.368). Estos autores señalan que la versión de las normas ISO 9000 del año 2000 supuso una aproximación del enfoque de aseguramiento de la calidad a la gestión de la calidad total, introduciendo principios antes ausentes de la certificación y más propios de la segunda perspectiva (Camisón *et al.*, 2007, p.371).

Para McAdam y Fulton (2002) y Dick *et al.* (2001), la aplicación de las normas ISO 9000 constituyen un primer paso para encaminarse hacia la gestión de la calidad total, y Ho (1997, p. 276) va más allá al considerar que la aplicación de la ISO 9000 pertenece realmente al proceso de la gestión de la calidad total.

Los principios sobre los que se basa la norma, tal y como en la propia norma ISO 9000 se señala, son los siguientes (ISO 9000:2000, punto 0.2):

1) Organización enfocada al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes, y por tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacerlas y esforzarse por superar sus expectativas.

2) Liderazgo de la dirección. Los líderes establecen la orientación de la organización. Ellos también deben crear y mantener un clima interno, en el cual el personal pueda implicarse completamente con la consecución de los objetivos de la organización.

3) 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 empresa.

4) Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionados se gestionan como un proceso. Los procesos clave deben de ser identificados, sistematizados y relacionados entre ellos.

5) Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y la eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

6) Mejora continua. La mejora continua del desempeño global de la organización debe ser permanentemente un objetivo. Con el fin de sistematizar la mejora continua puede utilizarse el ciclo PDCA o ciclo Deming<sup>135</sup> en todos los procesos de la organización.

7) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de la información necesaria.

8) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. Una organización y sus proveedores son interdependientes y, por ello, una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. El carácter beneficioso de la relación debe aplicarse también a los proveedores internos de la propia organización.

La orientación de la norma hacia el cliente es una de las novedades e incorporaciones que se realizaron en la versión del año 2000 que ha supuesto, hasta

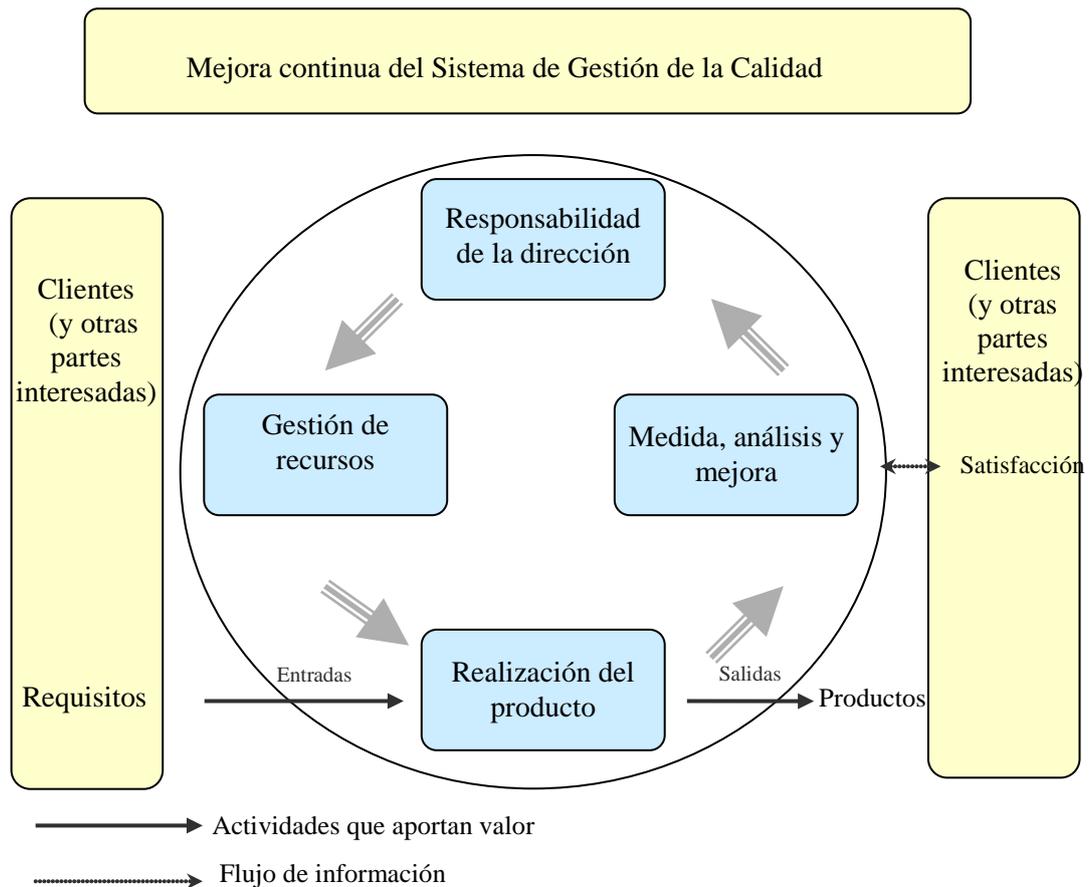
---

<sup>135</sup> La incorporación de la filosofía PDCA, formulada por Deming (1989), inspira la propuesta de mejora continua que realiza la versión del año 2000 de la norma ISO 9000 (Alonso *et al.*, 2006). La norma indica que una vez implantado el sistema de calidad, el camino que aún queda por recorrer es largo y propone la filosofía de mejora continua como camino para asegurar el futuro de la organización y la adecuación a las necesidades de los clientes. El ciclo de mejora continua, PDCA (Plan, Do, Check, Act), supone una metodología para mejorar continuamente: la dirección planifica (plan), el operario hace (do), el inspector comprueba (check) y la dirección corrige (act). La obra de Deming (1989), ha ejercido y sigue ejerciendo una gran influencia sobre la implantación de la gestión de la calidad en las empresas. De hecho, los modelos prácticos de evaluación sobre la implantación de la gestión de la calidad total están basados en muchos aspectos en dicha obra.

la fecha, la mayor y más profunda revisión de la familia de normas. Según la norma, el sistema de gestión de la calidad debe tener como objetivo la satisfacción del cliente ofreciéndole productos y servicios que satisfagan sus necesidades y expectativas. Esta situación implica pasar de un modelo centrado en el producto a otro centrado en las especificaciones solicitadas por el mercado (Badía, 2001).

La visión sistémica de la organización también se puede leer como otra novedad (Camisón *et al.*, 2007, p. 373). La anterior versión se basaba en una imagen mecanicista de la organización mientras que la nueva versión destaca la interrelación de los procesos y la necesidad de una concepción sistémica para conseguir la eficiencia de la organización. Se realiza un esfuerzo para reforzar la lectura “horizontal y transversal” del modelo (Arana, 2003, p. 151).

**Gráfico 4.2: Ciclo de mejora continua de la norma ISO 9001**



Fuente: AENOR (2005).

Con este nuevo enfoque, la norma ISO 9000:2000 adopta la filosofía de la gestión de la calidad total haciendo mayor énfasis en la satisfacción del cliente y en la orientación de los procesos de la organización hacia el ciclo de mejora continua PDCA, tal como se aprecia en el gráfico 4.2.

Como señala Iradi (2006, pp. 40-41), los resultados obtenidos en la aplicación de la norma ISO 9000 dependerán del entorno en el que se aplique. El éxito de la implantación será consecuencia del grado de concienciación y compromiso hacia la calidad que se observe en la organización. Si los responsables de las organizaciones no tienen conocimientos sobre la gestión de la calidad, los resultados logrados a través de la aplicación de la norma serán menores que los que se podrían obtener.

Supone un error presentar la familia de normas ISO 9000 como la herramienta que solucionará todos los problemas de la empresa pero, como señalan Heras *et al.* (2002, p. 72), las normas ISO 9000 son una base sólida para garantizar la calidad de los productos o servicios ofrecidos al cliente así como para asegurar los procesos que permiten ofrecer dichos productos o servicios.

Las motivaciones o razones por las cuales las organizaciones aplican la normativa ISO 9000 son numerosas<sup>136</sup>. Se pueden considerar dos tipos de motivaciones, que se convierten en los beneficios de la certificación, motivaciones internas y motivaciones externas. Las primeras se relacionan con la mejora de los procesos, la eficiencia productiva, la reducción de costes y la mejora de la gestión; mientras que las segundas, las motivaciones externas, con los aspectos relacionados con la imagen de la organización, la satisfacción del cliente o el aumento de la cuota de mercado.

A continuación, una vez revisada la literatura, recogemos las principales motivaciones internas y externas que tienen las organizaciones para obtener la certificación ISO 9000:

---

<sup>136</sup> Diferentes autores centran su investigación en determinar cuáles son las principales motivaciones que llevan a una empresa a certificar su actividad mediante la norma ISO 9000 (entre otros Boulter y Bendell, 2002; Calisir, 2007; Gunnlaugsdóttir, 2002; Heras *et al.*, 2006a; Leung *et al.*, 1999; Magd y Curry, 2003a, 2003b; Sun *et al.*, 2004). A este respecto, resulta recomendable la revisión de la literatura realizada por Molina-Azorín *et al.* (2009).

A- Motivaciones internas:

- Mejora de los procesos<sup>137</sup> .
- Mejora de la eficiencia<sup>138</sup> .
- Disminución de defectos y de costes<sup>139</sup> .
- Mejora de la gestión<sup>140</sup> .
- Mejora del producto o servicio<sup>141</sup> .

B- Motivaciones externas:

- Demanda de los clientes<sup>142</sup> .
- Consecución de nuevos clientes<sup>143</sup> .
- Mejora de la imagen<sup>144</sup> .
- Mejores acciones de marketing<sup>145</sup> .

Son muchos los autores que señalan las ventajas de la aplicación de la normativa ISO 9000. Pero, también, consideramos necesario citar la existencia de

---

<sup>137</sup> Buttle (1997), Jones *et al.* (1997), Lipovartz *et al.* (1999) y Gunnlaugsdóttir (2002).

<sup>138</sup> Jones *et al.* (1997), Singels *et al.* (2001), Gunnlaugsdóttir (2002) y Heras *et al.* (2006a).

<sup>139</sup> Adanur y Allen (1995), Ragothaman y Korte (1999), Withers y Ebrahimpour (2001) y Heras *et al.* (2006a).

<sup>140</sup> Buttle (1997), Ragothaman y Korte (1999) y Singels *et al.* (2001).

<sup>141</sup> Adanur y Allen (1995), Boulter y Bendell (2002) y Heras *et al.* (2006a).

<sup>142</sup> Jones *et al.* (1997), Leung *et al.* (1999), Anderson *et al.* (1999), Gotzmani y Tsiotras, (2002) y Heras *et al.* (2006a).

<sup>143</sup> Beattie y Sohal (1999), Ragothaman y Korte (1999), Withers y Ebrahimpour (2001) y Boulter y Bendell (2002).

<sup>144</sup> Giguere y Smith (1999) y Heras *et al.* (2006a).

<sup>145</sup> Rayner y Porter (1991), Buttle (1997), Lipvartz *et al.* (1999), Giguere y Smith (1999), Najmi y Kehoe (2001), Boulter y Bendell (2002), Stevenson y Barnes (2002), Heras *et al.* (2006a).

desventajas o inconvenientes. Una síntesis de ambas, ventajas e inconvenientes, recogida de la literatura consultada sería la siguiente:

Ventajas<sup>146</sup>:

- Mejora de la organización interna.
- Incremento del compromiso con la calidad.
- Mayor productividad.
- Minimización de controles e inspecciones a proveedores.
- Disminución de los costes debido a reclamaciones.
- Reducción de costes derivados de defectos y errores.
- Coordinación de las diferentes áreas funcionales de la empresa.
- Ventajas respecto a los competidores que no tengan el certificado.
- Mejora de la eficiencia operacional.
- Reunión de forma estructurada de datos dispersos.
- Incremento de la motivación de los empleados.
- Reducción de costes a largo plazo.
- Mejora de la calidad de productos y servicios.
- Mejora de la comunicación interna.
- Incremento de la satisfacción y de la fidelidad de los clientes.
- Mejora de la imagen de la empresa.

---

<sup>146</sup> En los últimos años, se han realizado diferentes estudios con el fin de analizar cuáles han sido los beneficios obtenidos por la aplicación de la ISO 9000. Estudios realizados en empresas de Grecia (Lipovatz *et al.*, 1999), Reino Unido (Buttle, 1997), EE.UU. (Skrabec *et al.*, 1997), Singapur (Calingo *et al.*, 1995; Qazi *et al.*, 1998), Hong Kong (Leung *et al.* 1999), Australia (Jones *et al.*, 1997), Taiwan (Huarng *et al.*, 1999) y España (Casadesús y Giménez, 2000), entre otros, indican que la aplicación de la norma puede ser beneficiosa para las organizaciones y un primer paso para desarrollar una gestión orientada hacia la calidad total. Heras *et al.* (2002, 2008a) condicionan dicha afirmación al hecho de que las compañías más rentables son las que cuentan con una mayor propensión a aplicar la norma.

Inconvenientes<sup>147</sup>:

- Incremento de la burocracia.
- Autocomplacencia.
- Dificultad de adaptación a los cambios rápidos.
- Coste elevado, sobre todo para las pequeñas y medianas empresas.
- Excesivo consumo de tiempo de los directivos
- Mayor énfasis en los procesos que en los resultados.

Como señalan Casadesús *et al.* (2005, p. 124), las críticas al estándar van más allá, pues se le acusa de ser una mera moda, un factor de rigidez, una fuente de descalificación de los trabajadores, un retorno al taylorismo y que, además, no garantiza la calidad del producto.

Calingo *et al.* (1995, pp. 175 y ss.), hacen referencia a las principales dificultades que se encuentra la empresa en la aplicación de la norma: la falta de implicación de la dirección, la resistencia al cambio del personal, la falta de conocimiento de lo que supone la normalización y certificación, la falta de recursos, la falta de formación del personal y la falta de claridad de los resultados que se obtienen con la certificación.

La primera de las dificultades citada, la falta de implicación de la dirección, es especialmente preocupante, porque la norma establece una serie de responsabilidades de la dirección. Como dicen Camisón *et al.* (2007, p. 378), la dirección debe crear “un entorno interno en el que el personal se encuentre totalmente involucrado y en el cual un sistema de gestión de la calidad pueda operar eficazmente”. Por tanto, es fundamental que la dirección se implique y facilite los recursos necesarios para orientar los requisitos de la norma hacia los intereses de la organización (Olsen *et al.*, 1994).

---

<sup>147</sup> Para otros autores, los beneficios que aporta la aplicación de la norma ISO 9000 no son tan claros (Hua *et al.*, 2000; Aarts y Vos, 2001, Martínez-Lorente y Martínez-Costa, 2004, Van der Wiele *et al.*, 2000). Por su parte, Lee (1995) y Jones *et al.* (1997), condicionan los beneficios obtenidos por la norma a las razones por las cuales ésta se aplica.

Otro motivo que dificulta la aplicación de la norma ISO 9000 es su orientación hacia empresas de una dimensión determinada y su menor adecuación a empresas de pequeño tamaño (Casadesús y Heras, 1999). Existen autores, como McTeer y Dale (1994), que señalan que las pymes aplican la norma ISO 9000 principalmente por exigencias de los clientes y que son pocas las empresas pequeñas que se embarcan en un proceso de calidad total.

Para Boulter y Bendell (2002, pp. 37-41), la aplicación de la norma en las pequeñas empresas puede ser positiva ya que permite trabajar en un marco más estructurado que puede facilitar su desarrollo hacia la mejora continua. Pero hay empresas que por sus dimensiones y medios no pueden embarcase en la aplicación de los modelos de gestión de calidad genéricos como la norma ISO 9001 o el modelo de autoevaluación EFQM.

#### **4.1.3. La gestión de la calidad total y el modelo EFQM**

El segundo enfoque de gestión de la calidad que vamos a tratar en este trabajo es el de gestión de la calidad total, que hemos definido anteriormente. Este enfoque proporciona una visión más global que el anterior y más orientada a los aspectos humanos y hacia la mejora de los procesos de dirección en las organizaciones. Como señalan Maqueda y Llaguno (1995, p. 333), el paradigma de la calidad total “pretende ser un modelo integral de dirección de empresas, que resuelve, coordina e integra, los diferentes aspectos y funciones de la empresa, así como a sus personas, con una finalidad común: conseguir la calidad total de todas sus actividades para que el producto o servicio por ellas generado sea, también, de calidad total”.

Resulta difícil establecer los orígenes del término gestión de la calidad total, aunque Martínez-Lorente *et al.* (1998, p. 378) señalan que el término y su filosofía como un conjunto aparecen a mediados de los 80. Desde un punto de vista académico, será a partir de los años 90 cuando comience a desarrollarse un cuerpo teórico y empírico amplio, incrementándose notablemente el número de trabajos sobre este particular (Lemak *et al.*, 1997).

Hay autores que formulan los principios de la calidad total a partir de los elementos señalados por los teóricos más reconocidos como Juran, Deming y Crosby (Waldman, 1994; Anderson *et al.*, 1994). Otros, por el contrario, intentan elaborar el “constructo calidad total” a partir de entrevistas con altos ejecutivos de multinacionales (Mohr-Jackson, 1998) pues “los gurús de la calidad, los expertos y los consultores han creado confusión inventando distintos marcos teóricos cada uno de ellos” (Mohr-Jackson, 1998, p. 16). En el caso de este último autor, su “constructo calidad total” (1998, p. 15) se basará en los cuatro pilares siguientes: el compromiso en toda la organización por la calidad, la mejora continua, la calidad percibida por el cliente y, finalmente, la satisfacción del cliente.

Otros autores intentan eliminar la carga filosófica o ideológica de la calidad total y utilizan el término refiriéndose a prácticas de trabajo concretas y operativas, “prácticas TQM con el propósito de mejorar la calidad de bienes y servicios” (Flynn *et al.*, 1995b, p. 1327). Estas prácticas incluirían las siguientes tres dimensiones: el control estadístico de procesos, la calidad mediante el diseño y la orientación al cliente.

Los profesores Lloréns y Fuentes (2001, pp. 47-48) señalan, como aspectos fundamentales de la gestión de la calidad total, los siguientes:

- La mejora de la calidad es una prioridad dominante en la organización, vital para su efectividad y supervivencia futura.
- La satisfacción del cliente.
- La gestión de la calidad total desdibuja los límites entre la organización y el entorno. Las entidades que anteriormente se consideraban externas a la organización (proveedores, clientes) pasan a considerarse parte de ésta.
- El papel de los directivos es determinante en la idea de la mejora del producto o servicio, así como en el desarrollo de un sistema que pueda generar resultados de calidad.

- Los empleados son reforzados en la toma de decisiones, en la construcción de relaciones y en la ejecución de las acciones necesarias para mejorar la calidad dentro del sistema diseñado por la dirección.
- La organización es reconfigurada como un conjunto de procesos horizontales que se inician con el proveedor y finalizan con el cliente.
- Se fomenta el cambio, la mejora continua y la formación del personal.

Para Lloréns y Fuentes (2001, p. 40), la satisfacción del cliente es uno de los objetivos básicos de la calidad total. Así, estos autores indican que los niveles de satisfacción del cliente son ampliamente aceptados como los mejores indicadores de los futuros beneficios de una organización.

Para Dow *et al.* (1999, pp. 25-26) el enfoque hacia el cliente, el compromiso de todas las personas que trabajan en la organización y la visión compartida de la organización son los únicos factores que inciden en la mejora de la calidad de los productos.

Dale (2003a, p. 27) afirma que, a pesar de la divergencia de visiones sobre lo que constituye la calidad total, existe una serie de elementos clave en las diferentes definiciones, que serían, en su opinión, los principios de la calidad total. Estos elementos clave serían los siguientes: el compromiso y liderazgo de la alta dirección; la planificación y organización; la utilización de herramientas y técnicas; la educación y formación; la implicación de los empleados; el trabajo en equipo; la medida a través de indicadores y retroalimentación; y el cambio cultural (Dale, 2003a, pp. 27-30).

También existen autores, como Ritchie y Dale (2000, p. 241), que enfatizan el proceso de autoevaluación y la presentación a los premios correspondientes (EFQM, Malcolm Baldrige o el Premio Deming) como uno de los caminos principales para alcanzar la calidad total. Pero, independientemente de la presentación de candidaturas a los premios, los criterios que subyacen a los premios sirven de base a las empresas como modelo de lo que debe ser su gestión de la calidad total y ayudan a su mejor comprensión. Consideramos conveniente tener presente que los premios

de calidad deben ser contemplados como medios para conseguir un fin y no como un fin en sí mismos.

De la literatura analizada extraemos, a continuación, los que pueden considerarse principios básicos de la gestión de la calidad total. Son, por tanto, los principios más comúnmente aceptados y que adquieren gran importancia pues la gestión de la calidad total podrá ser definida, identificada y caracterizada en función de la implantación que realice la dirección de estos principios en la empresa. Estos principios básicos son, en definitiva, los siguientes: la orientación al cliente, la mejora continua, el liderazgo y compromiso de la dirección, el compromiso y participación de los empleados, el trabajo en equipo, la formación, la gestión de procesos, la cultura organizativa y la responsabilidad social. Seguidamente, y de manera sintética, vamos a comentarlos.

1- El primer y más importante principio de la gestión de la calidad total es la orientación al cliente. Se basa en la creencia de que la satisfacción del cliente es el requisito más importante para el éxito a largo plazo de una organización y que esta satisfacción requiere que toda la organización se centre en sus necesidades. Por ello, una adecuada comprensión del entorno y de las necesidades de los diferentes clientes de la organización se considera crítica para la gestión de la calidad.

2- La mejora continua significa examinar constantemente las técnicas y los procesos administrativos en búsqueda de los mejores métodos. En el modelo de gestión de la calidad total la idea de mejora se aplica a todos los niveles de la organización. La mejora continua siempre va orientada a realizar cambios en la organización para remover los obstáculos que se interponen en el camino hacia la calidad.

3- El compromiso y liderazgo de la dirección, es un factor clave para el éxito de la implantación de la gestión de la calidad total en la organización. Deming (1989) resalta la importancia de la participación de todas las personas que trabajan en una organización y, sobre todo, resalta la importancia que tiene el liderazgo de la dirección, es decir, la necesidad del compromiso de la dirección hacia la calidad total. Del mismo modo, para Dale (2003b, p, 35) el liderazgo y el compromiso de la

dirección constituyen un principio motor de cuyo nivel de cumplimiento se derivarán consecuencias para el desarrollo de otros principios. El personal directivo debe ejercer el liderazgo necesario para apoyar, comunicar, formar y motivar al personal de la organización en la implantación de sistemas de calidad. Ese compromiso se concreta en el establecimiento de un departamento o comité de calidad en la organización, respaldado por grupos de mejora en las distintas áreas (Berzosa *et al.*, 2005, p. 34).

4- El compromiso y participación de los empleados. El enfoque de gestión de la calidad total requiere también de la implicación, participación y compromiso de todos los miembros de la organización. Se considera a las personas que trabajan en la empresa como inversores que aportan a la empresa una serie de conocimientos y habilidades personales que inciden directamente en los resultados obtenidos por la organización. El compromiso y la sensación de pertenencia a la organización son fundamentales para conseguir los resultados deseados. Como señala Merli (1995, p. 15), “los mayores resultados de mejora se derivan de la capacidad de comprometer a todos los niveles de la compañía en el proceso de mejora”. Las personas de la organización adquieren una importancia capital en el contexto de la calidad, y los líderes y personal directivo deben brindarles oportunidades para expresar sus intereses y ser escuchadas, además de proporcionarles apoyo, reconocimiento y recompensa y garantizar su implicación, su pleno desarrollo personal y profesional y su satisfacción (Berzosa *et al.*, 2005, p. 38).

5- El trabajo en equipo. Supone la estrecha colaboración entre directivos, empleados, clientes y proveedores. Para Moreno-Luzón *et al.* (2001, p. 39), constituye un principio fundamental en la gestión de la calidad total, y las empresas que lo fomentan consiguen un ambiente de armonía y resultados beneficiosos.

6- La formación. Se debe formar a todos los empleados en los conceptos de calidad y asegurar que posean las aptitudes (manejo de las herramientas y técnicas de la calidad) y actitudes (escucha activa y cooperación), para poder aplicar una filosofía de mejora continua (Randolph, 1995b, pp. 30-31). Esta formación debe ser constante en el tiempo y debe ajustarse a las necesidades de cada trabajador. La

formación debe estar correctamente planificada, con la adecuada dotación de recursos y debe contarse con la colaboración y compromiso de todos los empleados de la organización.

7- La gestión de procesos. Para comprender y transformar el funcionamiento ordinario de la organización, el modelo de gestión de calidad total presta una atención preferente a los procesos que se dan en la empresa y, en definitiva, a la cadena de valor que, en una sucesión de proveedores y clientes, termina en el cliente final. Gibbs (1997, p. 59) señala que “para reinventar un proceso de manera adecuada hay que valorar el proceso desde la perspectiva del consumidor”. Desde la gestión de la calidad se alerta permanentemente del riesgo de que la especialización y la departamentalización funcionales se conviertan en un obstáculo que impida el flujo y la sinergia de los procesos que añaden valor y que desembocan en los clientes y en su satisfacción. Por eso se pone énfasis en considerar los procesos, describirlos, analizarlos, y simplificarlos, o incluso, como decía Gibbs (1997, p. 59), en reinventarlos.

8- La evaluación con indicadores. Si se busca la satisfacción de los clientes y, en general, la consecución de resultados en un entorno cambiante, resulta fundamental la obtención sistemática de datos que permitan una evaluación permanente. La obtención de evidencias sobre los procesos y resultados se basará en el establecimiento de indicadores. Desde los modelos de calidad, el énfasis se pone en la medida de la satisfacción de los clientes, aunque se establecen, también otra serie de indicadores de proceso y de resultados basados en criterios técnicos de diferente tipo. La gestión de la calidad conduce al manejo de un cuadro de mando en el que además de figurar datos económicos figuren otros de diversa índole. Los indicadores se convierten en la base para procesos de evaluación comparativa en busca de las mejores prácticas (*benchmarking*).

9- La cultura organizativa. Este principio hace referencia a que la cultura de la organización debe estar orientada hacia la calidad. El cambio de la cultura de la organización hacia la gestión de la calidad total no resulta un proceso rápido y fácil pues, generalmente, exige cambios sustanciales en las herramientas de gestión

utilizadas, en las estructuras organizativas, en las actitudes y en los comportamientos de todos los miembros de la empresa.

10- Responsabilidad social. El éxito de la organización depende de observar una conducta ética en sus actividades y de la atención y superación de los requisitos legales y reglamentarios asociados a sus productos, procesos e instalaciones. Para Berzosa *et al.* (2005, p. 40), “la responsabilidad social y ética presupone el reconocimiento de la comunidad y de la sociedad como partes interesadas de la organización, con necesidades que deben ser identificadas, comprendidas y atendidas”.

De forma esquemática vamos a señalar, siguiendo a Moreno-Luzón *et al.* (2001, p. 91), las fases fundamentales que encontramos en un proceso de implantación de la gestión de la calidad total. Estas serían las siguientes:

- Primera fase: La toma de conciencia de la dirección de la empresa respecto a la importancia de implantar un sistema de gestión de la calidad total. Esta fase es indispensable pues la falta de compromiso de la dirección es uno de los factores más importantes que explican el fracaso de los sistemas de gestión de la calidad<sup>148</sup>.

- Segunda fase: Diseño del sistema de objetivos de forma que todas las iniciativas que se desarrollen en la empresa estén coordinadas de forma coherente con vistas a la consecución de un propósito común<sup>149</sup>.

- Tercera fase: Planificación, organización y control del sistema de gestión de la calidad total. Es la fase más compleja<sup>150</sup>.

El desarrollo que ha tenido el concepto de calidad total ha dado lugar a que hayan surgido diferentes modelos de excelencia preparados para servir como

---

<sup>148</sup> Esta fase consta de dos puntos o ítems principales: el nivel de compromiso que deben alcanzar los miembros de la organización con la gestión de la calidad total y la formación que deben recibir para facilitar el conocimiento de los aspectos esenciales del sistema de calidad.

<sup>149</sup> Los objetivos más relevantes del sistema incluyen: la satisfacción del cliente, la mejora continua y el compromiso, participación y cooperación de todos los miembros de la organización.

<sup>150</sup> Esta fase de implantación consta de los siguientes ítems: planificación y diseño de procesos, diseño de la organización, establecimiento de formas de participación, establecimiento de equipos de trabajo, formación y diseño de indicadores y sistemas de evaluación.

instrumento de autoevaluación en las organizaciones. Como subrayan Casadesús *et al.* (2005, p. 157), estos modelos han cumplido una labor muy importante a la hora de divulgar los principios y los objetivos de la gestión de la calidad total.

Camisón *et al.* (2007, p. 702) señalan que los diferentes premios a la excelencia tienen como principal propósito otorgar un reconocimiento a las empresas que son ejemplares en gestión de la calidad. Además, aportan un método para medir el progreso de la empresa hacia la gestión de la calidad total. Para estos autores otros motivos que los justifican son (Camisón *et al.*, 2007, pp. 702-703):

1) Los modelos de excelencia contemplan todos los elementos fundamentales que las empresas deben adoptar para conseguir la gestión de la calidad total.

2) Los modelos de excelencia son una vía para la integración de los sistemas de gestión.

3) Los modelos de excelencia basan la mejora en la autoevaluación, elemento que constituye una guía para identificar las fortalezas y debilidades organizativas, lo que, a su vez, permitirá fijar acciones de mejora y el aprendizaje continuo.

4) Los premios buscan una concienciación de cualquier organización sobre la importancia que una gestión de la calidad total tiene para conseguir la competitividad y rentabilidad futura de la organización.

Los organismos encargados de la gestión de dichos modelos utilizan, como elementos de difusión de los mismos, la entrega anual de unos "premios a la excelencia de la gestión". Los beneficios que pueden derivarse de su utilización para las organizaciones son, entre otros (Camisón *et al.*, 2007, p. 31):

A- Como sistemática de autoevaluación:

- Establece una referencia de calidad para la organización.
- Permite detectar puntos fuertes y puntos débiles en la empresa.
- Permite conocer el camino de la mejora continua en los aspectos que conforman el modelo.

B- Como candidatos al premio:

- Realización de un diagnóstico por expertos externos de forma rigurosa y objetiva que puede aportar múltiples líneas de mejora.
- Unión de la organización para lograr un objetivo común.
- Oportunidad de aprender de las buenas prácticas de otros.
- De obtenerse el premio, efectos positivos sobre la imagen de la empresa y publicidad derivada de su consecución.

**Tabla 4.1: Modelos de excelencia más difundidos**

Modelo	Fecha creación	Organismo que lo gestiona
Deming	1951	Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros - JUSE (Japón)
Malcolm Baldrige	1987	Fundación para el Premio de Calidad Malcolm Baldrige (EEUU)
EFQM	1988	Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (Europa)

Fuente: Elaboración propia.

A nivel internacional, los tres modelos de excelencia más difundidos son los siguientes (tabla 4.1): el modelo Deming en Japón y en su zona de influencia económica; el modelo Malcolm Baldrige, que tiene su origen en los Estados Unidos de América y ha tenido una gran difusión tanto en el resto de los países norteamericanos como en Centroamérica y Sudamérica; y el modelo de la European Foundation for Quality Management.

A continuación se comentarán muy brevemente los dos primeros modelos para centrarnos en el tercero, el modelo europeo de gestión de la calidad total o modelo EFQM, por ser el modelo imperante en nuestro ámbito territorial, por constituir el camino europeo hacia la calidad y por el alto interés despertado por el mismo.

### **A- El modelo Deming**

Este modelo, desarrollado en Japón en 1951 por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (JUSE), recoge la aplicación práctica de las teorías japonesas del control total de la calidad o control de la calidad en toda la empresa.

El enfoque básico del modelo es la satisfacción del cliente y el bienestar público. La base de este modelo es el principio de la reacción en cadena, que viene a señalar que calidad y productividad no son incompatibles. A través de una mejora constante en la calidad de los productos y servicios se puede llegar a conquistar el mercado desplazando a los competidores con un producto de mejor calidad y de menor costo. La mejora constante en la calidad hace decrecer los costos porque hay menos equivocaciones, menos retrasos y pegas, y se utiliza mejor el tiempo-máquina y los materiales. Este modelo recoge diez criterios de evaluación de la gestión de calidad de la organización (Deming, 1989):

- 1- Políticas y objetivos.
- 2- Estructura organizativa y dirección.
- 3- Recogida y comunicación de información interna y externa.
- 4- Sistema de estándares adecuado y procedimientos para revisarlos.
- 5- Recursos humanos: formación, conciencia de calidad y motivación.
- 6- Gestión del sistema de aseguramiento de la calidad.
- 7- Control de la calidad.
- 8- Mejora: métodos para determinar actividades y problemas principales.
- 9- Resultados tangibles e intangibles. Satisfacción de empleados y clientes.
- 10- Planes futuros.

## **B- El modelo Malcolm Baldrige**

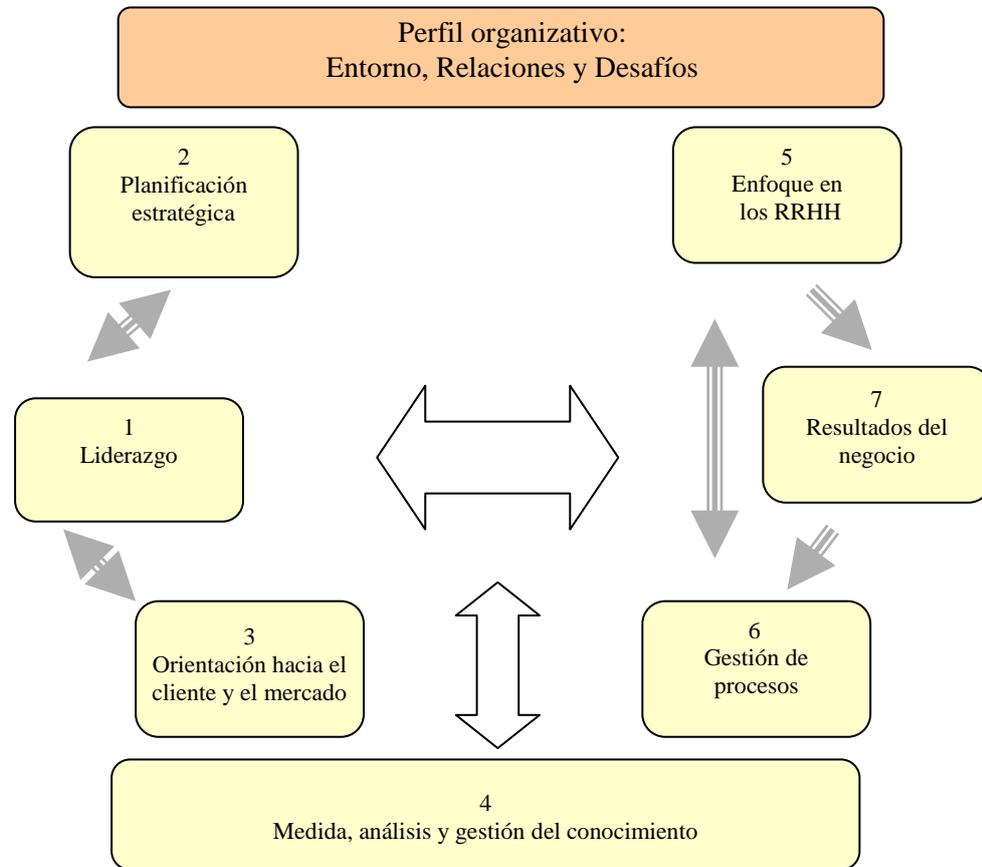
En 1987, el Congreso de los Estados Unidos, ante el reconocimiento de la calidad como elemento estratégico clave para la competitividad de la industria norteamericana, establece el premio Malcom Baldrige National Quality, con el objetivo de sensibilizar a las empresas promocionando la utilización de la calidad total como método competitivo de gestión empresarial y disponer de un medio de reconocimiento formal y público de las empresas que los hubieran implantado con éxito. Este premio supone la declaración oficial de la importancia que adquiere la gestión de la calidad total (Martínez-Lorente *et al.*, 1998) y ayudará a popularizar estos sistemas de gestión.

El premio Malcom Baldrige evalúa a las organizaciones a través de los siguientes siete grandes factores de rendimiento (ver gráfico 4.3):

- Liderazgo (110 puntos).
- Planificación estratégica (80 puntos).
- Orientación hacia el cliente y el mercado (80 puntos).
- Medida, análisis y gestión del conocimiento (80 puntos).
- Enfoque en los Recursos Humanos (100 puntos).
- Gestión de procesos (100 puntos).
- Resultados del negocio (450 puntos).

Hay autores como Garvin (1988), que han considerado el premio Malcom Baldrige como el más importante catalizador en la transformación de las empresas norteamericanas. En esta misma línea, Townsend y Gebhardt (1996, pp. 6-7) subrayan la importancia y la repercusión del premio sobre la economía norteamericana, por su capacidad de haber introducido a gran número de organizaciones de variada tipología en una dinámica de mejora.

**Gráfico 4.3: Modelo Malcolm Baldrige**



Fuente: Traducido y adaptado de *Baldrige Nacional Quality Program* (2006).

Camisón *et al.* (2007, p. 714), señalan algunos de los beneficios que las organizaciones pueden obtener aplicando este modelo: una mejora en la relación con los empleados, una mayor productividad, una mayor satisfacción de los clientes, un incremento en la cuota de mercado, una mayor rentabilidad y una mejor identificación de sus fortalezas y de sus oportunidades de mejora.

### C- El modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)

Desde su creación, en 1990, el principal objetivo del Premio a la Calidad Europea (*European Quality Award*) ha sido reconocer la excelencia organizativa entre las empresas europeas. El modelo de excelencia propuesto por la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) ha sido el marco en que se ha basado

el premio y se ha convertido en el modelo de gestión de la calidad total —o de excelencia, de acuerdo a la terminología utilizada por la propia Fundación—, más extendido en Europa.

El modelo puede aplicarse con varias finalidades, tales como: la realización de una autoevaluación, la realización de una evaluación por parte de una tercera persona, la realización de actividades de *benchmarking* o su utilización como base para la presentación de la candidatura al Premio Europeo de la Calidad (Camisón *et al.*, 2007, p. 715).

El modelo EFQM permite determinar un marco de referencia objetivo, riguroso y estructurado para la autoevaluación de una organización. La idea central en la que se basa este modelo de gestión de la calidad es la siguiente (EFQM, 2003, p. 5): “los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa, se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se hará realidad a través de las personas, las alianzas y recursos, y los procesos”.

La filosofía del modelo EFQM de excelencia se basa en los principios de la gestión de la calidad total, también denominados conceptos fundamentales de la excelencia, y que pueden ser considerados como el compendio de las “mejores prácticas” en el ámbito de la gestión de organizaciones. Esos conceptos, que se consideran fundamentales para que la organización se convierta en excelente, son los siguientes (EFQM, 2009, pp. 8-9; 2003, pp. 6-8)<sup>151</sup>:

1- Conseguir unos resultados equilibrados: Los resultados de la organización deben satisfacer las necesidades de todos los grupos de interés de la organización. La organización debe mostrar agilidad y adaptación ante el entorno cambiante y debe replantear sus resultados ante los cambios del entorno. Como señala Camisón *et al.* (2007, p. 724), “se recomienda la recogida de información de las expectativas actuales y futuras de los grupos de interés de la organización”.

---

<sup>151</sup> El conjunto de ocho conceptos se ha mantenido en la revisión de 2010, pero se les ha dado un título renovado y más dinámico a la vez que se ha enriquecido su contenido, que ahora se presenta de forma más estructurada.

2- Añadir valor al cliente<sup>152</sup>: El modelo orienta sus actividades hacia la satisfacción del cliente y, por tanto, se convierte en su principal referencia. Las organizaciones deben conocer a sus clientes y sus necesidades y preferencias, y el mejor modo de retenerlos es mediante una orientación clara hacia sus necesidades actuales y potenciales. Será determinante comunicar con claridad la propuesta de valor así como la participación activa de los clientes en los procesos de diseño del producto y del servicio.

3- Liderar con visión, inspiración e integridad: Los líderes de la organización excelente deben tener una capacidad de visión que les permita orientar a la organización hacia la excelencia y motivar a todas las personas que componen la organización. Los líderes deben ser capaces de reaccionar y de ganarse el compromiso de todos los grupos de interés a fin de garantizar la continuidad del éxito de la organización.

4- Gestión por procesos: Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas son gestionadas de manera sistemática. Los procesos deben ser claros e integrados y las decisiones deben apoyarse en información fiable y basada en datos.

5- Alcanzar el éxito a través de las personas: Debe conseguirse un pleno desarrollo de las personas en la organización con el fin de que contribuyan a la excelencia. Las personas de la organización tienen que estar motivadas y compartir los valores propios de la organización. Debe existir un equilibrio entre las necesidades estratégicas de la organización y las expectativas y aspiraciones personales de las personas al objeto de garantizar su compromiso y participación.

6- Fomentar la creatividad y la innovación: La organización excelente no debe conformarse con su posición actual, debe desarrollar una cultura que promueva el cambio y el aprendizaje continuo. Se considera necesario integrarse en redes y hacer participar a todos los grupos de interés como fuentes potenciales de creatividad e innovación.

---

<sup>152</sup> Denominado “orientación al cliente” en las versiones anteriores del modelo.

7- Construir alianzas: La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con proveedores, agentes sociales o incluso competidores unas relaciones basadas en beneficios mutuos sostenibles. Estas alianzas estratégicas duraderas aportarán valor a la organización e implicarán una mejor satisfacción de las necesidades de las empresas participantes en la colaboración.

8- Responsabilizarse de un futuro sostenible: El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y el marco regulador mínimo de la comunidad, y debe comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen sus grupos de interés gestionando su impacto en la comunidad. Las organizaciones excelentes poseen un carácter ético altamente desarrollado que beneficia a su imagen e incrementa el valor de su marca.

El modelo EFQM busca identificar los puntos fuertes y débiles de la organización, considerando la relación entre su personal, sus procesos y sus resultados. Los nueve elementos que constituyen el modelo se dividen en agentes y resultados<sup>153</sup> (Camisón *et al.*, 2007, p. 716).

Los aspectos relacionados con los agentes se refieren a cómo realiza la organización excelente las actividades clave, cómo se organiza para alcanzar los resultados previstos. El modelo señala cinco criterios relacionados con los agentes: liderazgo, personas, estrategia, alianzas y recursos, y procesos, productos y servicios. (EFQM, 2010, p. 12). Los aspectos relativos a los resultados hacen hincapié en lo que ha conseguido la empresa con los agentes y mide los resultados obtenidos en las personas que forman la organización, los clientes, la sociedad, así como en los resultados que la organización considere claves (EFQM, 2009, p. 10).

El modelo establece una ponderación entre cada uno de los criterios, siendo el 50% del total para los agentes facilitadores y el otro 50% para los resultados. Mediante la autoevaluación y la ponderación de cada criterio, las organizaciones

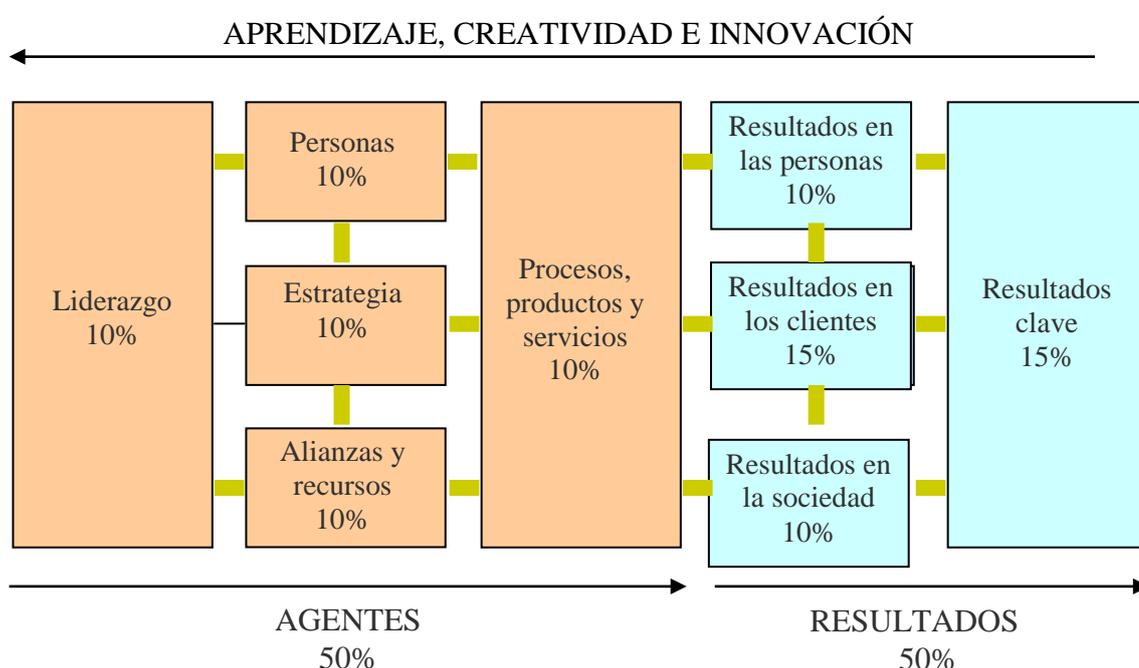
---

<sup>153</sup> Los cuatro criterios de resultados y los cinco de agentes se mantienen en la versión de 2010, pero ahora tienen un nombre más adecuado, una mayor coherencia interna, se solapan menos y su contenido se ha actualizado.

obtendrán una puntuación, sobre 1.000 puntos, que les servirá como referencia para establecer sus criterios de mejora en cada uno de los apartados.

El modelo (ver gráfico 4.4), realiza una descripción para cada uno de los nueve criterios y los porcentajes que se señalan son los utilizados para evaluar las solicitudes del Premio Europeo a la Calidad y reflejan la importancia relativa concedida a cada criterio en el modelo (EFQM, 2009, p. 7; EFQM, 2003, p. 12)<sup>154</sup>.

**Gráfico 4.4: Criterios del modelo EFQM**



Fuente: EFQM (2009, p. 7).

1- Liderazgo (10% - 100 puntos): Evalúa cómo desarrollan y facilitan los líderes la consecución de la misión y la visión, la manera en que desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo y cómo implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta<sup>155</sup>.

<sup>154</sup> A su vez los criterios se dividen en subcriterios que facilitan a la organización una mejor comprensión de su significado.

En periodos de cambios los líderes excelentes “son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de personas” (EFQM, 2003, p.13).

2- Estrategia (10% - 100 puntos): El modelo considera fundamental que las organizaciones se planteen la manera con la que desarrollan sus estrategias y cómo incorporan el concepto de misión y visión en ellas<sup>156</sup>.

Las organizaciones excelentes establecen su misión y su visión desplegando “una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia” (EFQM, 2003, p. 13).

3- Personas (10% - 100 puntos): El modelo considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales. Se identifica a las personas como el principal activo de la organización y pone de relieve la importancia que la organización permita desarrollar sus habilidades, aptitudes y actitudes mejores en beneficio de todos. Por otro lado, estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades<sup>157</sup>.

“Las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de

---

<sup>155</sup> Este criterio se divide en cinco subcriterios que destacan la importancia de que los líderes desarrollen la misión, la visión y los principios éticos, impliquen al personal, interactúen con los grupos de interés, refuercen la cultura de la excelencia y tengan capacidad de tomar decisiones a la hora de comprender e impulsar el cambio en la organización.

<sup>156</sup> Para su evaluación el modelo divide este criterio en cuatro subcriterios que destacan la necesidad de que la organización determine las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, establezca medidas que le informen del rendimiento, estudie la sostenibilidad de la estrategia y establezca un plan de comunicación.

<sup>157</sup> El modelo propone cinco subcriterios dentro del criterio *personas* que destacan la necesidad de: planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos de la organización; identificar, desarrollar y mantener el conocimiento y las capacidades de las personas; implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas; existencia de un diálogo; recompensa y reconocimiento a las personas de la organización.

equipos de la organización en su conjunto. (.) Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma” (EFQM, 2003, p. 13).

4- Alianzas y recursos (10% - 100 puntos): Estudia la planificación y gestión de las alianzas externas de la organización y de sus recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. El modelo, con este criterio, pone de relieve la importancia de considerar a los aliados como parte integrante del negocio ya que sus relaciones significarán el futuro de la empresa excelente<sup>158</sup>.

Las organizaciones excelentes, durante el proceso de planificación, y conforme gestionan sus alianzas y recursos, establecen “un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente” (EFQM, 2003, p. 14).

5- Procesos (10% - 100 puntos): Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y la manera en que éstos se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes. Es el criterio con mayor peso en el grupo agentes y pone de relieve la importancia de la gestión por procesos<sup>159</sup>.

Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos “para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez un mayor valor para ellos” (EFQM, 2003, p. 14).

---

<sup>158</sup> Para la evaluación del criterio, el modelo lo divide en cinco subcriterios que hacen hincapié en la gestión de las alianzas externas; la gestión de los recursos económicos y financieros; la gestión de los edificios, equipos y materiales; la gestión de la tecnología; y la gestión del *know-how* de la organización.

<sup>159</sup> Para su despliegue se divide en cinco subcriterios que analizan cómo la organización diseña y gestiona los procesos; cómo introduce las mejoras necesarias en los procesos tras su evaluación a fin de satisfacer las necesidades de los clientes; cómo diseña y desarrolla los productos y servicios de la organización para que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes; cómo produce y distribuye los productos y servicios de la organización; y cómo gestiona y mejora las relaciones con los clientes.

6- Resultados relativos a los clientes (15% - 150 puntos): Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes. Los clientes son el eje fundamental del modelo y este criterio es el que mayor peso tiene en el modelo<sup>160</sup>.

“Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes” (EFQM, 2003, p. 14).

7- Resultados relativos a las personas (10% - 100 puntos): Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero, en este caso, en relación a los profesionales de la organización. De igual manera, se contemplan las percepciones respecto a la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores internos de rendimiento<sup>161</sup>.

“Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran” (EFQM, 2003, p. 15).

8- Resultados relativos a la sociedad (10% - 100 puntos): Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, etcétera<sup>162</sup>.

“Las Organizaciones Excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad” (EFQM, 2003, p. 15).

9- Resultados clave (15% - 150 puntos): El modelo considera que la organización, a partir de su planificación estratégica, debe considerar cuáles son los resultados estratégicos clave para conseguir la excelencia para, posteriormente,

---

<sup>160</sup> El criterio se divide en dos subcriterios que hacen referencia a las percepciones y a los indicadores de rendimiento.

<sup>161</sup> Por tanto, se divide en dos subcriterios: las percepciones y los indicadores de rendimiento.

<sup>162</sup> Al igual que los demás criterios de Resultados, los subcriterios que propone el modelo son las percepciones y los indicadores de rendimiento.

evaluar los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información<sup>163</sup>.

“Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia” (EFQM, 2003, p. 15).

La autoevaluación, utilizando los criterios señalados, facilita una evaluación y control sistemático conforme a un modelo de excelencia y es una buena herramienta para que las organizaciones conozcan sus puntos fuertes a la vez que las áreas susceptibles de mejora.

De forma sintética, según este modelo la satisfacción de los clientes y las personas de la organización, así como la obtención de un impacto positivo en la sociedad, se consigue mediante un adecuado liderazgo de los directivos en el constante proceso de adaptación de la empresa a su entorno, por medio del establecimiento de unas políticas y estrategias coherentes, gracias a un eficiente uso de los recursos y alianzas de la empresa y, todo ello, mediante una visión sistémica que propicie la gestión por procesos. De esta forma, la organización conseguirá alcanzar los resultados que considere relevantes para cada grupo de interés.

La herramienta básica a utilizar durante el proceso de autoevaluación por parte de las organizaciones es la llamada lógica REDER<sup>164</sup> que corresponden a las siglas de Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Refinamiento.

La lógica REDER (ver gráfico 4.5) implica, en primer lugar, el establecimiento de los Resultados y objetivos a alcanzar por la organización, o por el criterio que se está evaluando. A continuación se desarrollarán una serie de Enfoques para alcanzar los resultados previstos. Son las estrategias que la empresa seguirá para conseguir los objetivos. Posteriormente la organización Desplegará las acciones

---

<sup>163</sup> Los dos subcriterios en que se divide se corresponden con los resultados estratégicos clave y los indicadores clave del rendimiento.

<sup>164</sup> RADAR en inglés (*Results, Approach, Deployment, Assessment, Refinement*).

precisas de manera sistemática para conseguir los objetivos y por último *Evaluará y Refinará* los enfoques adoptados así como el despliegue llevado a cabo basándose en el seguimiento y el análisis de los resultados logrados y en las actividades continuas de aprendizaje. A partir de aquí, se deberán identificar y establecer prioridades así como planificar e implantar posibles mejoras.

**Gráfico 4.5: La lógica REDER**



Fuente: Elaboración propia.

El proceso de autoevaluación, por tanto, ofrece a las organizaciones la oportunidad de conocer y aprender sobre sus puntos fuertes y débiles, sobre lo que significa la “excelencia” para ella, sobre la distancia que ha recorrido y la que le queda por recorrer en su camino hacia la excelencia, y cómo se compara con otras organizaciones. Las conclusiones obtenidas de esta evaluación servirán de base para el aprendizaje, con la consiguiente mejora continua en las actividades (EFQM, 2003, p. 9; Camisón *et al.*, 2007, p. 728)<sup>165</sup>.

<sup>165</sup> Esta herramienta es considerada, por autores como Alonso *et al.* (2006), como una adaptación del ciclo de mejora PDCA de Deming. De esta forma, los autores consideran que el primer elemento Resultados tiene que ver con el grupo de Resultados del modelo EFQM mientras que cuatro de los cinco aspectos de la lógica REDER están relacionados con los Agentes (Enfoque, Despliegue, Evaluación y Refinamiento). Estos últimos cuatro aspectos se corresponderían Enfoque-Plan, Despliegue-Do, Evaluación-Check y Refinamiento-Act.

Las principales diferencias que recoge este modelo con respecto a los modelos Deming y Malcom Baldrige, anteriormente comentados, radica en la consideración, como criterios independientes y con cierta relevancia, de la satisfacción del personal y del impacto social (Dale, 2003). De este modo se valora en el modelo europeo la aceptación por parte de los empleados de las iniciativas de la dirección en materia de calidad. También se valora la aceptación social de la empresa por parte de la comunidad en la que se desenvuelve, entendiéndose que una relación beneficiosa para ambas partes es propia de una organización excelente (Moreno-Luzón (2001, p. 378).

Las modificaciones que ha ido sufriendo el modelo en las actualizaciones que periódicamente se realizan, la última en 2010, suponen cambios que no alteran su contenido básico. Estos cambios tienen como objetivo fundamental adaptarse a los retos de los nuevos tiempos, realizar aclaraciones y hacer más asequible y universal el modelo<sup>166</sup>.

Por todo lo señalado, podemos entender el modelo EFQM como una guía que, entre otros propósitos, puede ser utilizada para la autoevaluación de la organización y, de esta forma, comprender mejor su posición actual y planificar la mejora continua.

Casadesús *et al.* (2005, p. 185), señalan que “toda la filosofía en la que se sustenta el esquema de reconocimiento responde a la idea de que su obtención, que se debe conseguir con esfuerzo y se ha de merecer, es el reconocimiento a una buena gestión empresarial, distinción y relevancia frente a un entorno competitivo”.

Heras *et al.* (2006a, p. 819), señalan cinco razones para implantar el modelo EFQM: decisiones corporativas, mejora de la motivación de las personas de la

---

<sup>166</sup> La versión del modelo de 2010, que está completamente operativa desde 2011, supone un intento de simplificar la redacción y adecuarse a los retos específicos que las organizaciones están viviendo incorporando, de esta forma, una fuerte tendencia a la innovación, la creatividad, la gestión del riesgo y la sostenibilidad. Al mismo tiempo, trata de aumentar su practicidad, para que sea utilizado como referencia por cualquier tipo de organización. La revisión implica una leve actualización de los principios de la excelencia, de las áreas a abordar de los diferentes subcriterios, de la ponderación de los diferentes criterios y del contenido de los formularios de evaluación REDER.

organización, creación de un marco estratégico, mejora de la gestión y organización y mejora de la imagen de calidad de la empresa.

Diferentes autores han estudiado los principales beneficios que supone la adopción del modelo EFQM en las organizaciones (entre otros, cabe mencionar los trabajos realizados por Lloréns Montes *et al.*, 2003; Bou-Llusar *et al.*, 2005; Tarí, 2006; Camisón *et al.*, 2007; Conti, 2007; Eskildsen *et al.*, 2001; Hendricks y Singhal, 1997; Heras *et al.*, 2006a; y Wongrassamee *et al.*, 2003).

Un beneficio señalado por la mayoría de estudios radica en que el modelo permite distinguir claramente las fortalezas y debilidades de la organización, poniendo especial enfoque en las relaciones existentes entre el personal, los procesos y los resultados (Camisón, 1996; Conti, 2007; y Wongrassamee *et al.*, 2003).

Camisón *et al.* (2007) sostienen que con la adopción del modelo EFQM las organizaciones pueden conseguir beneficios que van más allá de los resultados económicos, como pueden ser (Camisón *et al.*, 2007, p. 731):

- La determinación de las fortalezas y debilidades de la organización así como la medida periódica de su progreso.
- La mejor determinación y desarrollo de la estrategia de la compañía.
- Un mayor compromiso de las personas de la organización al entender cuál es su papel en la mejora continua de la organización.
- La utilización de un lenguaje común y un marco conceptual a la hora de gestionar la organización.
- La integración de la mejora continua en la gestión operativa de la compañía.
- La utilización de unos criterios que permiten la comparación con otras normas y organizaciones europeas.
- El aprendizaje de las buenas prácticas de otras empresas solicitantes.
- El reconocimiento nacional e internacional, en caso de la obtención del premio.

Hemos querido destacar las ventajas o beneficios que tiene la implantación del modelo EFQM, pero también es importante señalar su elevada tasa de fracaso. Como señala Camisón (2007, p. 794), “la atribución a la gestión de la calidad total de una virtud milagrosa como pócima para resolver todos los problemas ha generado una expectativas infladas, que han sido seguramente decepcionantes”. Muchas empresas subestiman el tiempo y el esfuerzo necesarios para avanzar hacia la gestión de la calidad total, esperando resultados a corto plazo, olvidando que el cambio de una cultura organizativa lleva tiempo.

Una causa del fracaso del modelo puede ser la adopción de soluciones absolutamente estandarizadas para la gestión de la calidad, independientemente del sector o tipo de empresa. Se piensa que los principios y prácticas de las empresas excelentes son aplicables por cualquier otra organización para mejorar su desempeño. Las recetas genéricas pierden validez en favor del desarrollo por parte de cada organización de un modelo propio, que puede apoyarse en los principios generales que han sido comentados, pero aplicándolos a las circunstancias especiales de la empresa y del sector al que pertenece<sup>167</sup>.

Por otro lado, resulta evidente que el fracaso en la implantación del modelo será más probable si se hace de él un uso inapropiado, es decir, si se pretende que la obtención del reconocimiento externo sea un fin en sí mismo. En estos casos, las evaluaciones se convierten en una farsa y, en cuanto finalizan, la empresa vuelve a los métodos y procedimientos habituales. Pensamos que esto ocurre con demasiada frecuencia y que, por supuesto, se trata de un gran error. La motivación externa (imagen, presión de clientes, etcétera) puede ser un incentivo pero, en nuestra opinión, no debe ser el único. Si no existe una motivación interna la adopción de éste u otro modelo de gestión de la calidad podrá traducirse en algo simbólico, nominal o ficticio, no se integrará en el trabajo diario de las organizaciones y difícilmente podrá tener una influencia en la mejora de su gestión<sup>168</sup>.

---

<sup>167</sup> Sobre esta idea volveremos más adelante cuando nos refiramos a la implantación de modelos de gestión de la calidad en centros residenciales para personas mayores.

<sup>168</sup> En relación a la motivación, externa o interna, de las empresas para adoptar la norma ISO 9000 puede verse la revisión de la literatura que realizan Heras *et al.* (2010).

También es causa del fracaso la complejidad del modelo, que requiere cambiar la cultura de la organización e instalarla en una deriva de cambio con las resistencias lógicas que se generan en la empresa. Por ello, se echa en falta la existencia de instrumentos de gestión del cambio, que permitan alcanzar la calidad total venciendo estas resistencias que, sin duda, surgirán en la organización.

Igualmente, el fracaso o el éxito del modelo pueden depender de la dirección de la empresa como agente en el proceso de cambio e implantación del modelo, pues si la dirección fracasa la gestión de la calidad no se logrará. Podemos afirmar que no es posible impulsar cambios sustanciales en la cultura de la organización en ausencia de liderazgo y, por ello, su ausencia conducirá a la falta de aceptación del modelo por parte de los empleados (Díez de Castro, 1992, p. 68; Camisón *et al.*, 2007, p. 1031).

Además, si los importantes cambios organizativos a realizar desbordan la capacidad de la dirección, el fracaso de la implantación del nuevo modelo puede provocar frustración y hacer surgir “la sensación de futilidad y la pérdida de finalidad y de sentido, tan estrechamente vinculadas al síndrome del quemado”<sup>169</sup> (Elgoibar, 1994, p. 167).

Para Grant *et al.* (1994, p. 26) la mayor parte de las veces que fracasa la implantación de modelos de gestión de la calidad es debido a la responsabilidad de la dirección. En opinión de Keating *et al.* (1999), el problema de la adopción de la gestión de la calidad residirá en la complejidad inherente al cambio y a la capacidad directiva para gestionar ese cambio. Destacan estos autores que “la mejora de procesos ha llegado a ser un imperativo para la búsqueda de la ventaja competitiva en los negocios y es preocupante como solo pocas organizaciones tienen éxito en el uso de proceso de mejoras como la gestión de la calidad total y la reingeniería” (Keating *et al.*, 1999, p. 120).

Para Noci y Toletti (2000) la dificultad de la gestión de la calidad estará en la toma de decisiones por parte de la dirección, pues “no solo es difícil distinguir entre

---

<sup>169</sup> El síndrome del quemado o *burn out* produce una pérdida progresiva de idealismo, de energía, de sentido de finalidad y de ilusión. “La persona afectada por este síndrome suele quedar inmersa en un sentimiento de inutilidad del esfuerzo y de falta de reconocimiento del mismo, lo que se traduce en un gran desinterés y una profunda desmotivación” (Elgoibar, 1994, p. 165).

“qué es calidad” y “qué no lo es”, sino también comprender los significados de la “buena” y la “mala” calidad. Esas ambigüedades hacen la identificación de los objetivos de calidad y la medida de los rendimientos alcanzados procedimientos muy complejos” (Noci y Toletti, 2000, p. 114).

Por tanto, hay que tener presente que la adopción de modelos de gestión de la calidad total requiere abordar un complejo proceso de cambio organizativo y cultural, y que esto exige tiempo y esfuerzo. También hay que considerar las características y necesidades de la organización y los deseos y necesidades de sus clientes. Es necesario creer en la nueva filosofía si se quiere tener éxito en su adopción y no preocuparse excesivamente por la consecución del reconocimiento. Consideramos importante tomar la decisión relativa a la adopción de estos modelos de manera reflexiva y justificada, alejándonos de modas e imitaciones. Efectivamente, si la organización decide construir su propio modelo tomando del modelo de gestión de la calidad total aquello que le resulte interesante según sus necesidades, aunque sea en perjuicio de la consecución de un reconocimiento externo, estará demostrando que realmente cree en la filosofía de la gestión de la calidad.

#### **4.1.4. La política de promoción de la calidad en la CAPV**

El desarrollo de la gestión de la calidad entre las empresas de la CAPV en los últimos años está siendo muy importante. Por ejemplo, si en el año 1996 la intensidad de certificaciones conforme a la normativa ISO 9000 era inferior a la media de la UE, en el año 2001 la CAPV pasó a ser una de las regiones europeas con mayor intensidad certificadora<sup>170</sup>.

Asimismo, resulta destacable la importancia que está adquiriendo entre las empresas vascas el modelo de gestión de la calidad total EFQM, ya que cada vez son más el número de empresas que lo utilizan como marco de referencia. La labor de promoción y apoyo llevada por la Administración Vasca en general, y en particular

---

<sup>170</sup> Para un completo estudio del análisis de la incidencia de la gestión de la calidad en las empresas de la CAPV se puede seguir a Arana (2003), Arana *et al.* (2003) y Heras *et al.* (2002, 2008a).

la llevada a cabo por la Fundación Vasca para la Calidad, Euskalit, ha resultado fundamental para su difusión.

La UE viene mostrando un interés estratégico por la calidad desde mediados de la década de los años ochenta, como un factor crítico para la mejora de la competitividad del tejido empresarial europeo. Las políticas de promoción y fomento de la calidad, y en especial, las políticas de promoción de los estándares internacionales, tuvieron una gran importancia en la construcción y armonización del mercado unificado comunitario. De forma paralela, los distintos Estados miembro comienzan a desarrollar políticas nacionales dirigidas a generar un entorno propicio para la gestión de la calidad, entorno en el que las empresas, especialmente las pymes, las consideran realmente como fuente de ventaja competitiva (Heras *et al.*, 2008a, p. 88).

A mediados de los noventa, la Política Europea de Promoción de la Calidad se enfocaba hacia dos ámbitos de actuación (Comisión Europea, 1995): por un lado, se trataba de adoptar una visión estratégica de la calidad, estableciéndose tres objetivos generales:

- Crear y potenciar una sólida imagen y cultura de la calidad europea, que fuera la base de la mejora competitiva de la empresa europea.

- Establecer un marco de referencia que asegurara la coherencia entre las distintas dimensiones de la calidad en Europa.

- Desarrollar una metodología basada en la búsqueda de la mejora continua y la excelencia, y unas prácticas que pusieran su énfasis en la satisfacción de los clientes y en la motivación y satisfacción del personal de las empresas.

Por otro lado, se estableció un Programa Europeo de Promoción de la Calidad, que incluía una estrategia de acción unificada y coordinada, tanto en lo que respecta a los diferentes Estados miembro, como a los distintos agentes públicos y privados con intereses en calidad.

En este ámbito también se establecían tres objetivos generales:

- Incrementar el compromiso, la motivación y el desarrollo del capital humano.
- Mejorar la calidad de los sistemas productivos europeos.
- Desarrollar la cohesión de todos los agentes implicados alrededor de una imagen y cultura de la calidad europea.

Como resultado, la UE impulsó con fuerza “en un primera fase, la difusión de la ISO 9001 y sus equivalentes nacionales, y, en una segunda fase, promocionó la adopción del modelo EFQM, difusión que también ha sido fuertemente promocionada por una parte importante de las políticas de promoción de la calidad de los distintos Estados miembro” (Heras *et al.*, 2008a, p. 88).

Este impulso de la UE puede que sea una de las causas de que “la preocupación por la calidad en el tejido empresarial español sea innegable, como apuntan los datos referentes al volumen de certificaciones<sup>171</sup>” (Santos y Álvarez, 2007, p. 86).

En relación a la CAPV, hay que decir que la política de promoción de la gestión de la calidad del Gobierno Vasco ha sido muy activa y ha trascendido a otros ámbitos además del industrial, llegando con fuerza a otros sectores como los de la educación, el turismo o la sanidad. Esta apuesta ha redundado en una especial sensibilización hacia la calidad entre las organizaciones y la ciudadanía de la Comunidad Autónoma.

La política de promoción de la gestión de la calidad en las organizaciones vascas ha sido promovida por el Departamento de Industria del Gobierno Vasco a través de diferentes Programas de Promoción de la Calidad en el Sector Industrial<sup>172</sup> de la CAPV. Han sido cuatro los programas específicos puestos en marcha desde 1992: el PPCSI 1993-1996; el PPCSI 1997-2000; el PPCSI 2001-2004 y el PPCSI 2005. El objetivo básico del último programa específico consistía en tratar de

---

<sup>171</sup> Así, por ejemplo, en relación a la evolución de certificaciones ISO 9001:2000, en España se pasó de 12.576 certificaciones en el año 2000 a 40.972 en 2004 (Santos y Álvarez, 2007, p. 80).

<sup>172</sup> Conocidos por el acrónimo PPCSI.

conseguir que las empresas que hubieran alcanzado niveles significativos en la implantación de los principios y metodologías de la calidad total siguieran avanzando hasta conseguir los niveles de reconocimiento establecidos, que les garantizaran una mayor competitividad y unos mejores resultados.

Por otro lado, es necesario hablar de la Fundación Vasca para la Calidad, Euskalit, creada en 1992 a instancias del Gobierno Vasco por una serie de organismos públicos y privados de la CAPV. Euskalit tiene como misión la promoción de la calidad total y la excelencia en todos los ámbitos de la sociedad vasca.

Los objetivos de la Fundación Vasca para la Calidad se dirigen a fomentar la mejora y la innovación en la gestión a través de la promoción de la cultura de la calidad total, con el fin último de contribuir al desarrollo y la competitividad de las empresas vascas. Destaca la tarea de difusión que la Fundación realiza para dar a conocer los conceptos y herramientas relacionados con la calidad. Merecen también mención los cursos formativos y de apoyo organizados por Euskalit con objeto de dar a conocer en detalle las herramientas y metodologías relacionadas con la calidad para su posterior aplicación en las organizaciones vascas (Heras *et al.*, 2008a, p. 93).

El servicio de evaluación externa basado en el modelo EFQM también resulta digno de mención, observando la proyección de las organizaciones vascas hacia los reconocimientos otorgados por la propia EFQM. Euskalit cuenta con un “club de evaluadores” compuesto por más de 1.500 personas, entre profesionales y directivos, procedentes de diferentes sectores, aunque mayoritariamente del ámbito de los servicios, y, en especial, del sector educativo<sup>173</sup>. Este club de evaluadores representa el soporte que ofrece el servicio de evaluación externa<sup>174</sup>.

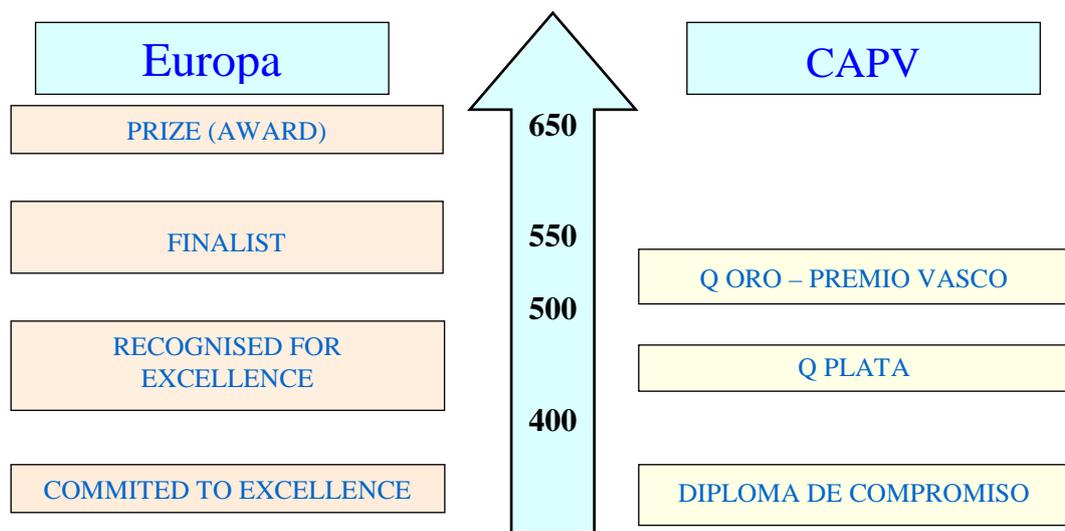
---

<sup>173</sup> El Club de evaluadores colabora altruistamente con Euskalit en las labores de evaluación de las organizaciones que se presentan al Premio Vasco a la Calidad de Gestión. De las más de 1500 personas que lo forman un 21% son Gerentes o Directores, un 55% Directores o responsables de área o departamento y un 24% técnicos.

<sup>174</sup> En el periodo comprendido entre 2000 y 2006 se realizaron un total de 239 evaluaciones externas, con un crecimiento importante desde las 15 evaluaciones llevadas a cabo en 2000 a las 51 que se realizaron en 2006 (Heras *et al.*, 2008a, p. 95).

A partir del año 1998, Euskalit se encarga también de gestionar los reconocimientos autonómicos a la gestión de la calidad y la excelencia en sus dos modalidades: la Q de Plata, destinada a premiar la labor de las organizaciones vascas que en la evaluación externa realizada por el club de evaluadores superan los 400 puntos del modelo EFQM; y la Q de Oro o el premio vasco a la calidad de gestión, reconocimiento que se otorga a aquellas organizaciones que en la evaluación externa superan los 500 puntos (ver gráfico 4.6).

**Gráfico 4.6: Reconocimiento vasco a la excelencia**



Fuente: Elaboración propia.

Euskalit ofrece también un servicio de contraste externo que tiene por objetivo ayudar a la organización en el progreso hacia la excelencia, apoyándole en la fase de consenso de su autoevaluación, gracias a las ideas, buenas prácticas y experiencia de un equipo de personas del club de evaluadores de Euskalit. Si la organización cumple los requisitos establecidos, el contraste externo da pie a la obtención del Diploma de compromiso con la excelencia a aquellas organizaciones que así lo deseen.

El Diploma de compromiso tiene como objetivo reconocer a aquellas organizaciones vascas que utilizan el modelo EFQM como marco de referencia para la mejora de su gestión y se han comprometido a avanzar hacia la calidad

total/excelencia en la gestión mediante la ejecución de un plan plurianual que les permitiría en un plazo máximo de 3 años solicitar a Euskalit la evaluación externa.

Esta sensibilización hacia la calidad en las organizaciones de la CAPV que se traduce en una participación cada vez más importante de empresas en procesos formales de calidad (ISO y EFQM) también es señalada por Aguirre *et al.* (2006, p. 341). Los autores, además de destacar esta “tensión por la mejora continua y la calidad” de las empresas vascas, resaltan la calidad del liderazgo de las empresa de la CAPV. Sin embargo, también destacan algunas dimensiones importantes en la gestión de la calidad donde es preciso realizar mejoras a corto plazo como “la gestión de personas, la captación y sistematización de la información externa para la adopción de decisiones y la cooperación interempresarial, aspecto éste de máxima relevancia dado el tamaño reducido de la mayoría de las empresas locales” (Aguirre *et al.*, 2006, p. 342).

Para valorar, en términos generales, el modelo de promoción de la gestión de la calidad de la Administración Autonómica podemos acudir a Heras *et al.* (2008a, pp. 104-112). Los autores constatan que las presiones externas se configuran en unos acicates importantes para que las empresas implanten y adopten estos sistemas y modelos. Heras *et al.* (2010) realizan una revisión de la literatura y destacan muchos estudios que comprueban la ineficacia de muchas implantaciones motivadas por factores externos (exigencias de los clientes, imagen externa, etcétera), que tan solo se quedan en una implantación simbólica de los sistemas y modelos, no integrada en el trabajo diario de las organizaciones, y que, por consiguiente, difícilmente puede tener una influencia para mejorar la gestión de las mismas. La motivación externa, por tanto, no debe ser el único estímulo si, como hemos señalado con anterioridad, no queremos que la implantación del modelo fracase.

Al igual que los autores mencionados, mostramos nuestras reticencias con respecto a los resultados que se pueden obtener de un modelo de promoción de la gestión de la calidad total y la excelencia basado en las exigencias externas. Somos de la opinión de que la motivación por la que las empresas se involucran en la

adopción de estos modelos afecta de forma trascendental a los resultados que se obtienen al utilizarlos en el día a día.

Quizá uno de los aspectos que ha suscitado mayor reflexión en la labor de Euskalit es el relacionado con las dificultades de dicha organización para dinamizar a las empresas industriales hacia la cultura de la calidad total. En efecto, existen muchos datos objetivos que confirman que el avance de las organizaciones vascas en el camino de la calidad total en la gestión se ha centrado, sobre todo, en sectores no industriales como el de la educación, la sanidad o el de los servicios<sup>175</sup>.

Siguiendo a Heras *et al.* (2008a, pp. 108-109), los principales motivos por los que las empresas industriales vascas no se ven atraídos hacia la adopción de modelos de gestión de la calidad total y excelencia son los siguientes:

- Ni el mercado ni las Administraciones Públicas exigen el modelo.
- En las empresas industriales, sobre todo en las pymes y micropymes, existe una carencia de conocimientos y de medios físicos y humanos para introducir el modelo EFQM.
- Existe temor a las posibles consecuencias que pueda tener la aplicación de los principios de la calidad total en unas organizaciones jerarquizadas y resistentes al cambio. Existen directivos que la adoptan, pero no acaban de creer en ello y no se comprometen plenamente.
- El modelo EFQM se percibe como un elemento que da más trabajo al día a día de la empresa, y no se ve como herramienta de gestión integrada en la empresa.
- Existen conflictos de base, en las relaciones laborales y la negociación colectiva, que dificultan poder avanzar hacia la excelencia.
- El modelo EFQM se ve como un modelo muy generalista, complejo y difícil de adoptar.

---

<sup>175</sup> Si se analiza la procedencia sectorial de los socios colaboradores de Euskalit se constata que la mayor parte provienen del sector de la educación, de empresas consultoras, de entidades no lucrativas, de las Administraciones Públicas y del sector sanitario. Sucede algo similar con la procedencia de las personas que han participado en los cursos de formación: en el periodo 2000-2006 participó un total de 5.475 personas en dichos cursos. De ellos, tan solo 391 pertenecían a empresas industriales (Heras *et al.*, 2008a, p. 107).

- Los reconocimientos otorgados por la Administración Pública no tienen atractivo. Además, en un mercado globalizado, un reconocimiento local no aporta ventajas competitivas a la empresa industrial.

- El mensaje institucional que se transmite parece orientarse a una empresa mediana o grande.

- Las empresas industriales se encuentran cada vez más implicadas con la implantación e integración de los sistemas de gestión medioambiental y sistemas de gestión de prevención de riesgos laborales, y su mantenimiento requiere de grandes recursos.

Otra cuestión que puede ser interesante comentar es la relacionada con la manera en la que se materializa la ayuda a las empresas que desean implantar un sistema de calidad en sus organizaciones. Por lo general, tanto en la CAPV como en otras Comunidades Autónomas, la ayuda se otorga como un porcentaje del presupuesto de los gastos externos de implantación y certificación del estándar, con un límite máximo. Puede constatarse, y así lo hacen Heras *et al.* (2008a), que en muchas ocasiones los presupuestos de implantación y certificación se exageran para que la ayuda alcance un porcentaje superior al que en teoría se establece como máximo en la convocatoria de ayudas. Los autores señalan, igualmente, que los gastos satisfechos se suele falsear a través facturas inexactas. Esta picaresca en la tramitación de las ayudas, en gran medida promovida por algunas empresas de consultoría, juega en contra de la eficacia y eficiencia última de los programas de ayudas (Heras *et al.*, 2008a, p. 112).

Son muchas las empresas que se benefician de las subvenciones que reciben de la Administración Autonómica, pero también son muchas las empresas que se incorporan al programa con un nivel reducido de convicción. A su vez, este reducido nivel de convicción, provoca que el nivel de calidad del propio servicio de consultoría y asesoría externa tienda a reducirse, lo que, en síntesis, puede incidir en el fracaso último del programa.

En el ámbito de los Servicios Sociales, como señalaremos más adelante, la utilización de modelos de gestión de la calidad han tenido una importancia

fundamental pues han servido para profesionalizar la gestión y ha supuesto un elemento motivador para muchas personas involucradas en la gestión de las organizaciones del sector.

A pesar de que algunas de las cuestiones comentadas nos puedan generar, lógicamente, un cierto grado de escepticismo, queremos resaltar lo que nos parece más importante y es el hecho de que, en términos generales, la introducción de la corriente de la calidad ha sido muy positiva para muchas organizaciones en nuestro entorno. Consideramos interesante, por tanto, que desde el ámbito académico se continúe analizando la incidencia de estos modelos de gestión en nuestras empresas, tratando de estudiar en profundidad los factores relativos a las motivaciones para implantar la gestión de la calidad, los principales problemas que aparecen en dicho proceso, así como su influencia en los resultados empresariales.

#### **4.1.5. El futuro de la gestión de la calidad**

Aunque la calidad ha sido una cuestión que siempre ha estado presente en las empresas, la difusión de los sistemas basados en la gestión de la calidad ha ido crecido fundamentalmente durante las dos últimas décadas de manera que la gestión basada en el aseguramiento de la calidad o en la calidad total es un hecho en un gran número de organizaciones. La extensión de estos sistemas, como ya hemos comentado, se ha basado, fundamentalmente, en dos grandes pilares: por un lado, en la difusión exitosa de las normas ISO 9000 para la implantación y certificación de sistemas de gestión de la calidad, y, por otro, en la también exitosa difusión del modelo de autoevaluación EFQM (Heras *et al.*, 2008a, p. 9). Simultáneamente, el mercado de servicios de consultoría y certificación ligado a estos sistemas ha ido creciendo, al igual que también a crecido el número de expertos en esta materia. Resultado de este proceso ha sido la creación de una comunidad profesional, que ha encontrado apoyo en asociaciones dedicadas a la promoción de la gestión de la calidad y la excelencia, así como en diversos premios que reconocen trayectorias destacadas en este campo.

Como señalan Heras *et al.* (2008a, p. 9), y hemos visto en el epígrafe anterior, son muchas las organizaciones de todo tipo de la CAPV, pequeñas o grandes, tanto de carácter público como de carácter privado, que se han involucrado en la gestión de la calidad. En efecto, ya señalábamos que la CAPV cuenta con unos indicadores de difusión de estos sistemas y modelos que la sitúa muy por encima de la media de la UE.

Todo ello debiera haber supuesto que esta materia se convirtiese en un terreno propicio para la investigación científica por su interdisciplinariedad, por la complejidad de los temas que aborda y por sus efectos en los resultados y en la competitividad empresarial. Por ello, en opinión de Camisón (2009, p.9), sorprende la escasa penetración en la comunidad académica de estas ideas como temática interesante para la investigación, con la excepción de los investigadores interesados en la calidad de servicio y por aquellos que trabajan en el ámbito de la dirección de operaciones. El autor señala que “la percepción de estos sistemas y de la gestión de la calidad como campo de especialización se ha caracterizado, mayoritariamente, por un cierto menosprecio, minusvalorando su importancia y despreciándola como un tópico para gurús, consultores y profesionales (...) con poco reconocimiento en el mundo universitario” (Camisón, 2009, p. 9).

Sin embargo, esta situación debería cambiar pues como continua señalando Camisón (2009, p. 9), “no podemos permanecer de espaldas a practicas que son del interés del mundo de la empresa. Esta cerrazón no puede sino perjudicar el ejercicio profesional eficaz al frenar el aprendizaje y la difusión de las mejores prácticas de gestión en esta función”.

En estas líneas, se puede argumentar que son muchas las personas, profesionales del ámbito empresarial o no, que asocian el “movimiento de la calidad” a una moda que, tarde o temprano, remitirá. Por ejemplo, Medina (1999a, p. 13) se pregunta “¿Por qué se ha intensificado este énfasis sobre la calidad? ¿Por una simple moda?”. Es difícil responder a estas preguntas pero en nuestra opinión, es cierto que

puede que haya algo de efecto *moda del management* en todo este movimiento de la calidad, pero también es cierto que no todo parece que sea una moda<sup>176</sup>.

La adopción de modas empresariales suele responder a la necesidad de superar errores anteriores, al deseo de los directivos de la empresa de parecer innovadores, a la necesidad de los directivos de diferenciarse respecto a los competidores o, incluso, a la necesidad de legitimar su actividad o de mejorar su reputación. Ahora bien, ¿es éste el caso de la gestión de la calidad?

En la actualidad, la certificación y la consecución de reconocimientos, es una ventaja competitiva ya que aporta un valor añadido respecto a la competencia y, en ocasiones, su inexistencia supone una barrera de entrada para aquellas empresas no certificadas o reconocidas (Casadesús *et al.*, 2005, p.86). Sin embargo, es inevitable pensar que en el momento en el que las certificaciones y los reconocimientos se hagan extensivos a un conjunto amplio de organizaciones que compiten en el mercado, se reduzca el papel de los sistemas de gestión de la calidad para diferenciar a las empresas y proporcionarles ventajas competitivas. Es decir, la difusión excesiva de los sistemas de gestión de la calidad, además de crear una cierta confusión,

---

<sup>176</sup> El término “moda de gestión” (*managerial fad*) fue popularizado por el profesor Abrahamson, quien estudió en detalle el proceso de la generación y validación de nuevas creencias colectivas sobre técnicas, modelos y herramientas de gestión (Abrahamson, 1991; Abrahamson y Eisenman, 2001). Abrahamson y sus seguidores analizaron la existencia de un número importante de modas de gestión empresarial en los años 80 y 90 del siglo pasado: los círculos de calidad, la reingeniería, la dirección por objetivos, el *empowerment*, la gestión de la calidad total, la *excelencia*, el cambio cultural, la gestión del conocimiento, Seis Sigma y otras tantas técnicas y herramientas de gestión. Ahora bien, como subraya Heras (2008), resulta muy importante realizar una serie de matizaciones con respecto a esta línea de investigación que tanto peso está adquiriendo en los últimos años.

Se podría afirmar, de hecho, que la propia línea de investigación sobre las modas en gestión empresarial está viviendo una auténtica “moda”, que, como no podría ser de otra forma, ha producido cierta vulgarización y “trivialización” en los conceptos que dicha línea ha tratado de analizar. Tal y como lo señala el propio profesor Abrahamson, “las modas empresariales no son cosméticas y triviales”, sino que estas modas “determinan las técnicas de dirección que miles de directivos utilizan de cara a afrontar los retos y problemas directivos complejos” (Abrahamson, 1996, p. 256). Estos directivos, como señalan los profesores Albizu y Olazarán (2003), han de enfrentarse a demandas cada vez más exigentes del entorno (demandas técnicas, económicas y sociales), lo que les hace estar inmersos en continuos procesos de cambio y diferenciación. Es decir, los directivos, público objetivo de las herramientas e ideas de gestión empresarial, y muchos de ellos, recordémoslo, sin formación académica específica en dirección y gestión de empresas, precisan de herramientas e ideas de gestión en su actividad diaria, herramientas e ideas que pueden resultar trascendentales para una dirección eficiente y que redunde en la mejora de la capacidad competitiva de las empresas.

pueden llegar a saturar el mercado y, por ello, aportar un menor valor añadido (Heras, 2006a, p. 54).

Heras *et al.* (2008a) en su informe “Gestión de la calidad y competitividad de las empresas de la CAPV”, constatan que hace tiempo que ya existen algunos agentes, pertenecientes al mundo de la promoción de técnicas y herramientas de gestión, que han decretado el fin de la calidad como filosofía de gestión y presagian el surgimiento nuevas filosofías. Ha sucedido algo parecido con las herramientas y modelos del propio ámbito de la gestión de la calidad. Así, las normas ISO 9000 fueron muy criticadas por quienes defendían la supremacía de la gestión de la calidad total, primero, y la excelencia, después, algunos de los cuales destacaron posteriormente la superioridad de Seis Sigma<sup>177</sup> (Heras *et al.*, 2008a, pp. 43-44).

La publicidad negativa causada por las críticas académicas y por las revistas de negocios en los años noventa en los EEUU llevó a muchas empresas de dicho país a cuestionarse la relación existente entre la gestión de la calidad total y la mejora del desempeño organizativo. La corriente de escepticismo y crítica proveniente del mundo anglosajón, donde se denunciaban debilidades del movimiento por la calidad, tuvo su eco en nuestro entorno.

De esta forma, hay autores que llegan a predecir la desaparición o pérdida de relevancia de la función de calidad (como, por ejemplo, Adamson, 2005 o Ryan y Hurley, 2004). Estos autores consideran que la gestión de la calidad no es más que una moda que poco a poco será reemplazada por nuevas formas de gestión como, por ejemplo, la gestión del conocimiento o la reingeniería de procesos de negocios, pues los sistemas relacionados con la calidad no serán capaces de adaptarse al actual entorno cambiante. Pese a estas opiniones, los principios de la calidad total como, por ejemplo, orientación al cliente o el trabajo en equipo, son incorporados a los nuevos desarrollos teóricos, por lo que más que reemplazarla y superarla, en nuestra opinión, nos encontraremos con nuevas versiones de la gestión de la calidad total.

---

<sup>177</sup> Seis Sigma es una metodología de gestión de la calidad desarrollada por Motorola en los años ochenta y se centra en el control de procesos con el objetivo de disminuir el número de defectos en la entrega de un producto o servicio al cliente.

En efecto, otros autores consideran que la función de calidad no desaparecerá sino que se irá transformando para adaptarse a las nuevas exigencias (por ejemplo, Phillips-Donalson, 2006 o Bayo y Merino, 2003).

Sin embargo, el crecimiento de los sistemas de reconocimiento a través de premios impulsados en todo el mundo, la demanda de formación sobre gestión de la calidad que no parece cesar, las revisiones periódicas que sufren estos modelos y el gran número de metodologías e ideas de consultores y autores que continuamente surgen, parecen revelar que la popularidad del enfoque no está disminuyendo.

No obstante, la aparición de nuevas fórmulas de gestión ha restado popularidad a la gestión de la calidad total en algunos colectivos susceptibles a las modas, como es el caso de algunos decisores de las Administraciones Públicas. Hay que tener en cuenta que buena parte de estas innovaciones, como señalábamos anteriormente, son derivados de la gestión de la calidad total. Es el caso de Seis Sigma, que ahora es reivindicado por algunos consultores como un nuevo paradigma para la gestión de la calidad. Como nos señalan Heras *et al.* (2008a, p. 44), “la experiencia, la práctica y el trabajo del día a día de cientos de organizaciones de sectores muy diversos de nuestro entorno confirman que la calidad ha enraizado con fuerza en la gestión empresarial”. Así, por ejemplo, en el ámbito sociosanitario que analizaremos seguidamente, los avances y la profesionalización de la dirección y gestión de centros se han producido, en gran medida, de forma paralela al proceso de introducción de sistemas y modelos de gestión de la calidad.

En opinión de Heras *et al.* (2008a, p. 40), se podría afirmar que algunas herramientas y técnicas concretas asociadas a la calidad han vivido periodos de auge y de declive muy acentuados, muy característicos de las modas como, por ejemplo, los círculos de calidad. Heras *et al.* (2008a, pp. 41-43), analizan la evolución de estos conceptos según los resultados obtenidos para las búsquedas<sup>178</sup> realizadas en la base

---

<sup>178</sup> Una herramienta utilizada en el ámbito académico para medir los cambios de fase o ciclo en la difusión de las diferentes herramientas o metodologías de la gestión de empresas consiste en analizar la evolución de su citación en los diferentes medios de comunicación escrita ya sean éstos de carácter académico o profesional (ver, por ejemplo, David y Strang, 2006).

de datos ABI-*Inform Global Edition*<sup>179</sup>. La gestión de la calidad total experimentó su periodo de auge, de acuerdo con las citaciones recogidas, a principios de los años noventa. Se percibe que, a partir de finales de los noventa, prácticamente desaparece de las publicaciones no académicas con una caída fulminante, y es en las publicaciones de carácter académico donde la citación del término ha tenido una reducción mucho más paulatina. En el caso de las normas ISO 9000 se constata que en las publicaciones no académicas su citación experimentó su periodo de auge a principios de los años noventa, de forma similar a lo que sucedía con el término de la gestión de la calidad total. Sin embargo, se comprueba que, a partir de dicho auge, las referencias comienzan a reducirse con fuerza. La alusión a las normas ISO 9000 en las publicaciones de carácter académico ha tenido una mayor estabilidad y ha perdido fuerza en los últimos años pero con una mayor suavidad.

En el caso de la metodología Seis Sigma, cuya introducción y popularización ha sido más reciente, los autores comprueban que su difusión se encuentra en una fase muy diferente de su ciclo de vida, ya que, tanto en las publicaciones académicas como no académicas se encuentra todavía en una fase de crecimiento<sup>180</sup>.

Pensamos, para finalizar, que es necesario realizar una autocrítica antes de valorar de forma adecuada las metas alcanzadas por el llamado movimiento de la calidad, y por lo que en un futuro puede resultar alcanzable. Aunque existan algunos “iluminados” defensores a ultranza de este movimiento o, por otro lado, acérrimos críticos, no debemos olvidar, como señalan Casadesús *et al.* (2005, p. 277), que “todo el conjunto de conocimientos desarrollados en los últimos años en este ámbito no son más que unos medios para conseguir unos fines”.

---

<sup>179</sup> Se trata de una base de datos documental que contiene resúmenes o *abstracts* de artículos de más de 1.000 revistas internacionales sobre negocios y gestión de empresas.

<sup>180</sup> Como los autores del estudio señalan, las evidencias aportadas se han de tomar con cautela pues la base ABI-*Inform Global Edition* cuenta con un claro sesgo hacia las publicaciones anglosajonas, por lo que los resultados se han de interpretar con dicho matiz. Además, puede cuestionarse la validez de la metodología utilizada para la medición de la difusión de las distintas técnicas y herramientas del *management*. En cualquier caso, pensamos que este sencillo estudio proporciona una información interesante

## **4.2. La gestión de la calidad en el sector de los Servicios Sociales**

En el capítulo segundo ubicábamos el subsector de los Servicios Sociales y el de los servicios sanitarios dentro del sector sociosanitario, aunque solo nos estemos refiriendo en este trabajo al primero de ellos. Sin embargo, algunas de las reflexiones y aportaciones que seguidamente vamos a realizar en relación a la cuestión de la calidad, provienen más del ámbito sanitario que del ámbito de los Servicios Sociales, debido al mayor desarrollo experimentado por el paradigma de la calidad en el subsector sanitario respecto al de los Servicios Sociales. No obstante, consideramos que muchas de estas reflexiones son extrapolables al ámbito de los Servicios Sociales.

### **4.2.1. La calidad asistencial en los servicios sociosanitarios**

Al referirnos a la cuestión de la calidad en el sector sociosanitario es conveniente comenzar destacando, aunque esta cuestión fuera abordada sucintamente en el tema anterior, las diferencias más significativas entre la forma de entender la calidad en la atención sociosanitaria respecto a la forma de entenderla en el sector industrial.

De esta forma, podemos señalar como un primer elemento diferenciador el hecho de que, mientras en el ámbito industrial la correcta gestión empresarial implica la reducción de costes, en el ámbito sociosanitario puede suponer un aumento del gasto. Para Sacanell (1995, p. 71) en los servicios personales la rentabilidad que aporta una mayor calidad tiene un carácter social, ya que desde el punto de vista económico implica un incremento de los gastos (mayor formación, mayor tiempo dedicado a cada persona atendida, etcétera).

Otro factor diferenciador al hablar de la calidad en el sector sociosanitario es la responsabilidad frente a la sociedad que asumen los profesionales que trabajan en este sector. Los objetivos de salud y bienestar social, son objetivos que trascienden la suma de las necesidades concretas expresadas por las personas, constituyendo una

demanda social de mayor dimensión. Esto se refleja “tanto en las implicaciones éticas que pueden tener alguna de sus acciones, como en la consideración de que su preocupación no debe terminar con la persona que se está atendiendo, ya que ha de buscarse una equidad en la distribución de los recursos siempre escasos que gestiona” (Sacanell, 1995, p. 71).

Llegamos, por último, al factor diferenciador que consideramos sustancial cuando hablamos de calidad en el sector sociosanitario: mientras en el ámbito empresarial el concepto de la calidad de servicio está absolutamente unido a la satisfacción del cliente, en el ámbito sanitario aparece otra dimensión, estrechamente relacionada a su vez con el concepto de calidad asistencial, como es la calidad técnica. Consideramos conveniente incidir en esta cuestión y aclarar, en la medida que seamos capaces, el carácter multifactorial de la calidad asistencial, donde la calidad técnica es uno de los factores que la componen.

No existe consenso sobre cómo definir la calidad asistencial, debido a la diversidad del lenguaje utilizado para describir este concepto<sup>181</sup>. Los profesionales de la salud, de forma natural, tienden a definir la calidad asistencial en relación con la calidad técnica; así, generalmente, el médico considera alta calidad “hacer bien lo que es adecuado” para sus pacientes (Blumenthal, 1996, p. 892).

La Organización Mundial de la Salud, se refiere a la calidad asistencial en los siguientes términos: “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite” (García Navarro *et al.*, 2006, p. 95). Esta definición pone énfasis en que para obtener una buena calidad asistencial, hay que asignar los recursos necesarios. Es decir, sin recursos no es posible ofrecer una buena calidad asistencial. Sin embargo, en ocasiones, a pesar de asignar los recursos necesarios la calidad puede ser deficiente, pues es necesario

---

<sup>181</sup> Algunos autores a los que se puede acudir para ampliar esta cuestión son, entre otros, Blumenthal (1996), Brook *et al.* (1996), Donabedian (1989), Saturno *et al.* (1997), Evans *et al.* (2001), Medina (2000), Shaw y Kalo (2002), Suñol y Bañeres (2005) y Villegas y Rosa (2003).

garantizar la correcta formación del personal y que posean los conocimientos actualizados.

El Consejo de Europa define la calidad asistencial como el nivel de calidad de un tratamiento dispensado que aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de obtener unos resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual (Consejo de Europa, 1998a, p. 51).

Osborne y Thompson (1975) señalan que la calidad asistencial incorpora un método científico en los cuidados de la salud, detectando los problemas mediante correctos diagnósticos y recomendando la terapia adecuada en función de las necesidades del usuario. Además, la asistencia se deberá prestar con efectividad y documentarse adecuadamente.

Sin embargo, en los últimos años han surgido otras perspectivas diferentes de la calidad asistencial que deben ser consideradas. En este sentido, se ha producido una conciencia creciente de que es preciso que la asistencia satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema, que no siempre son exactamente coincidentes con lo que es correcto desde un punto de vista médico (Concenjo, 1997, p. 10).

En esta línea, Mira *et al.* (1998, p. 93) señalan que la definición de una atención de calidad, de acuerdo con los nuevos principios de la mejora continua de la calidad, incluye como elemento indispensable, además del criterio del profesional acerca de las necesidades del usuario, el punto de vista del propio usuario -y, añadimos, incluso sus familiares y otros grupos de interés- en la prestación sociosanitaria.

En palabras de Villegas y Rosa (2003, p. 52), “la óptica del paciente o modo de entender la calidad desde el punto de vista del paciente está consolidándose actualmente como un factor esencial”. De este modo, en los últimos años asistimos a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sociosanitarios de manera que el usuario pasa a ser el centro de la atención, y la calidad solo se mejora cuando los procesos están diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas (Mira, 1999, p. 782).

Como señalan Villegas y Rosa (2003, p. 54), podemos apuntar que los usuarios han pasado a desempeñar un rol de “coproductores” de los servicios de salud, siendo necesario contar con su opinión, así como promover en ellos decisiones responsables sobre su salud. Por otro lado, en los últimos años se están recibiendo señales evidentes de la participación del ciudadano en la asistencia sociosanitaria: el desarrollo del consentimiento informado, el cuidado de aspectos relativos a la privacidad e intimidad de los usuarios, la atención prestada a las reclamaciones y la medición del grado de las expectativas y de la satisfacción del usuario son una buena muestra de ello.

No obstante, aún queda mucho camino por recorrer para conseguir que las opiniones de los usuarios provoquen cambios en los aspectos organizativos de nuestro sistema sociosanitario (Villegas y Rosa, 2003, p. 54).

Consideramos obligado citar una de las aportaciones fundamentales al estudio de la calidad en la atención sociosanitaria como es la realizada por Donabedian<sup>182</sup> (1989, pp. 4-8), quien teniendo en cuenta su carácter multifactorial, identificó los siguientes tres componentes de la calidad asistencial:

#### 1- El componente técnico

Supone la aplicación de los conocimientos teóricos y metodológicos de las ciencias aplicadas a la acción social, de una manera que rinda el máximo de beneficios para el desarrollo personal y social, sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad, por lo tanto, sería la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios utilizando los conocimientos técnicos existentes. Se incluye, en este componente técnico al prestador de los servicios, que se espera cuente con conocimiento y habilidades que le permitan realizar los procedimientos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del usuario. Este componente de la calidad asistencial es lo que anteriormente hemos denominado “calidad técnica”.

---

<sup>182</sup> Avedis Donabedian es conocido como el padre de la moderna concepción de la calidad de la atención sanitaria. Sus trabajos abordan todos los aspectos y campos en los que la calidad ha sido desarrollada y tratan de ofrecer modelos que hagan posible su práctica en los sistemas o servicios de salud.

Esta delimitación de la calidad técnica es muy genérica y requiere de un desarrollo más concreto que la haga operativa. Ese desarrollo, en opinión de Sacanell (1995, p. 83), pasa por tres aspectos bastante problemáticos en el campo de los Servicios Sociales:

a- La definición operativa de los factores o criterios esenciales para valorar la calidad de una intervención social.

b- La capacidad diagnóstica de los problemas sociales, con un mínimo de fiabilidad (es decir, si se repite el procedimiento con situaciones análogas el resultado debería ser el mismo diagnóstico) y de validez (es decir, que los diferentes profesionales realicen un diagnóstico similar ante problemas similares). Es fácilmente comprensible, por tanto, la dificultad que tiene realizar un diagnóstico de un problema social.

c- El establecimiento de procedimientos de intervención mínimamente normativizados para problemáticas específicas diagnosticadas.

## 2- El componente interpersonal

Este componente es expresión de la importancia que tiene, aceptada de forma unánime, la relación personal, respetuosa y cordial, entre el prestador del servicio sociosanitario y el usuario. Se corresponde con la que, en el capítulo tercero, denominábamos “calidad de trato”, es decir, la empatía, la capacidad de escuchar, la capacidad para transmitir acogimiento o apoyo, la comunicación verbal y no verbal que se establece, etcétera.

Este componente interpersonal posee una importancia clave en el trabajo social, ya que una falta de confianza, o la sensación de no ser entendido, puede imposibilitar cualquier intervención. La importancia de la calidad técnica, más fácil de medir y controlar, no debe reducir la importancia de esta dimensión.

En términos generales, consideramos que esta dimensión de la calidad es la que más sensibilidad despierta entre los usuarios de los Servicios Sociales y, por tanto, tiene una importancia transcendental, en nuestra opinión, a la hora de percibir el servicio recibido como un servicio “de calidad”.

### 3- El componente ambiental o de entorno

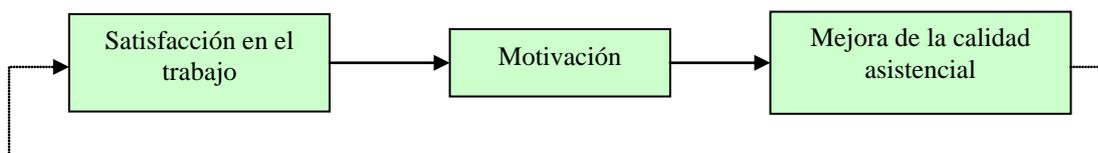
Este componente se relaciona con las comodidades y facilidades que recibe el usuario en la atención, así como con las características físicas del lugar y las condiciones de limpieza, iluminación, ventilación, etcétera, del ambiente<sup>183</sup>.

Estos dos últimos componentes, el interpersonal y el ambiental o de entorno, determinarían la calidad funcional a la que nos referíamos en el capítulo anterior<sup>184</sup>.

Otros aspectos a considerar en lo que se refiere a la calidad asistencial, son señalados por Kahn (1990, p. 16), al destacar que “la calidad asistencial se conseguirá únicamente con una motivación y un compromiso profundos por parte del personal”. Todas aquellas actividades que contribuyan a mejorar la motivación del personal son un elemento esencial de todo modelo de evaluación de la calidad. Por tanto, para esta autora, el factor clave para ofrecer una asistencia de calidad es el factor humano y, por ello, tiene que haber una participación activa del personal en todos los niveles jerárquicos de la organización.

Para Kahn (1990, pp. 37-38), la satisfacción del personal está directamente relacionada con la eficacia del trabajo e implicará una mejora en la calidad del servicio (ver gráfico 4.7). Por ello, hay que establecer indicadores que midan tanto el nivel de satisfacción del usuario y el nivel de satisfacción del personal.

**Gráfico 4.7: Feedback de la motivación**



Fuente: Elaboración propia siguiendo a Kahn (1990, p. 40).

Para la doctora Kahn, el concepto de atención, uno de los términos más utilizados en el vocabulario sociosanitario, abarca las aptitudes y actitudes del

<sup>183</sup> El componente ambiental de la calidad asistencial incluye también aspectos como: una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, unas camas cómodas, buena alimentación, las características estéticas de las instalaciones, etcétera.

<sup>184</sup> Recordemos que Grönroos (1994, pp. 37-39), diferenciaba entre calidad técnica y funcional. Por tanto, observamos que los componentes que estamos señalando, en relación a la calidad asistencial, no son exclusivos del ámbito sociosanitario, sino que están presentes en todos los servicios en general.

personal y el componente ambiental (ver tabla 4.2). Y, por encima de todo ello, considera que, como factor más determinante para lograr la satisfacción del cliente, debe existir “una auténtica comunicación por parte del cuerpo médico y del resto del personal” (Kahn, 1990, p. 15).

**Tabla 4.2: Niveles del concepto de atención según Kahn**

Aptitudes del personal	Actitudes del personal	Componente ambiental
↓	↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concebir un sistema que garantice que todo el personal haya demostrado las aptitudes y competencias esenciales para desempeñar su trabajo.</li> <li>- El sistema debe garantizar que esas competencias serán aplicadas con eficacia, controladas y autoevaluadas de manera periódica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El sistema debe garantizar un comportamiento del personal apropiado. El sistema debe ayudar a identificar y eliminar todo comportamiento que se considere inaceptable en relación al trato con los usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El sistema debe asegurar la calidad del ambiente del centro: mantenimiento del terreno y edificio, limpieza, buen estado de los equipos y materiales, seguridad de los locales, etcétera.</li> </ul>
Comunicación de todo el personal		

Fuente: Elaboración propia siguiendo a Kahn (1990, pp. 14-15).

En un sector como el sociosanitario, en el que la prestación del servicio exige un contacto con el cliente elevado, la actitud del personal es muy importante. En un estudio realizado por Oswald *et al.* (1998, pp. 18-22) se determina que en los pacientes hospitalarios las percepciones de la calidad del servicio recibido están íntimamente relacionadas con las percepciones de las instalaciones y del factor humano.

Marion *et al.* (1998, pp. 386-389) inciden en lo mismo al afirmar que los centros residenciales deben satisfacer no solo las necesidades técnicas sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida como la seguridad, la fiabilidad, la accesibilidad, la capacidad de respuesta, el trato o la empatía.

Como vemos, en la literatura especializada se recoge que el concepto de calidad asistencial va mucho más allá que el de un sistema de calidad estandarizado y que pueda ser certificado. La calidez<sup>185</sup> de los ambientes, las relaciones sociales y afectivas, los procesos de comunicación entre personas, el derecho a la intimidad y otros factores similares son aspectos cualitativos que, tal como apuntaba Donabedian (1980), tienen gran importancia al hablar de la calidad de la atención.

En los Servicios Sociales, la relación con los clientes es distinta al resto de organizaciones prestadoras de servicios. Normalmente, se trabaja con un tipo de usuarios que, en muchas ocasiones, tienen mermadas sus capacidades reivindicativas. Por otro lado, en muchas ocasiones, pueden considerarse usuarios cautivos, es decir, sin alternativas de servicio, lo que podría explicar un menor desarrollo de la gestión de calidad en este sector. Los usuarios y sus familiares, en situación de angustia y necesidad, y considerando que, en muchos casos, la demanda de plazas es claramente superior a su oferta, pueden tener la idea de que son ellos quienes deben adaptarse al servicio. Esta situación explica que, en caso de no ser satisfactorio el servicio, casi nunca se generen quejas por parte del cliente. Por otro lado, la necesaria privacidad en la prestación de los Servicios Sociales puede evitar que queden al descubierto malas prácticas.

Además, hay que tener en cuenta que en algunas situaciones, en el ámbito sociosanitario o, en concreto, en el ámbito de los Servicios Sociales, la evaluación de calidad asistencial deberá realizarse por los profesionales pues los usuarios pueden no tener los conocimientos técnicos necesarios para emitir un juicio sobre los beneficios alcanzados por la asistencia. Es fácil encontrarnos con situaciones en las que satisfacer los deseos del usuario, implicaría una deficiente calidad en su

---

<sup>185</sup> El término calidez se utiliza aquí en su sentido habitual, es decir, sin otra connotación (término de la familia de cálido, de acuerdo al Diccionario de María Moliner). Ahora bien, este término, y más en concreto, el término de “calidez asistencial” o incluso el de “calidez total”, también comienza a contar con cierta difusión en el ámbito de los Servicios Sociales, en general (ver, por ejemplo, Fantova, 2000), y más aún en el de los servicios residenciales para personas mayores, en particular (ver, por ejemplo, Martínez Blanco *et al.*, 2010), para subrayar la importancia de la relación que debe existir entre la mejora de la calidad de la gestión y la calidad y la calidez en la atención a los usuarios. En este sentido, resulta muy interesante la aportación de Barriga (2000).

componente técnico e, incluso, podría resultar contraproducente para la persona que los solicita<sup>186</sup> (Sacanell, 1995, p. 71).

No obstante, como indica Medina (1999a, p. 22), y ya señalábamos en el capítulo tercero, en la mayoría de las ocasiones, cuando hablando de Servicios Sociales, los usuarios o, desde luego, sus familias, sí pueden tener el criterio e incluso los conocimientos necesarios para mantener una opinión definida sobre la calidad de la asistencia recibida.

Las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales se encuentran, en nuestra opinión, ante el reto de considerar el punto vista, las demandas y la expresión de satisfacción o insatisfacción de sus destinatarios. Se trata, por tanto, de integrar las dimensiones de la calidad técnica y de la calidad percibida.

Posiblemente, ha sido tradición en los Servicios Sociales basarse en indicadores de calidad técnica pero, en la actualidad, la influencia de la gestión de calidad está llevando a dar más peso a los indicadores de calidad percibida.

Consideramos importante combinar indicadores y estándares de calidad técnica, vinculados a prescripciones normativas de carácter científico, estratégico, ético, técnico u operativo, e indicadores y estándares de calidad percibida, vinculados a la expresión directa de la satisfacción de los usuarios (Fantova, 2005, p. 4).

Tanto el Insalud como los diferentes Gobiernos Autonómicos han incorporado la satisfacción del usuario como un indicador del resultado de la asistencia sociosanitaria y, en algunos casos, incluso se han destinado dotaciones económicas al cumplimiento de objetivos relativos a esta dimensión de la calidad. Esto puede ser debido, a nuestro parecer, a que la gestión de la calidad, sus principios y su filosofía, están cada vez más presentes en el sector sociosanitario. El concepto de calidad total implica que el cliente, tanto externo como interno, es el centro de la atención, quien justifica la actividad de la organización. Por ello, “las necesidades y

---

<sup>186</sup> Por ejemplo, tomar una medicación o el propio ingreso en un centro residencial puede no ser deseado por el usuario. Además, un residente puede sentirse insatisfecho con la asistencia recibida por parte de profesionales muy competentes, o, por el contrario, puede quedar satisfecho con los servicios prestados por profesionales no tan competentes (Kahn, 1980, p. 88).

expectativas del cliente deben guiar las actividades de la organización, siendo la satisfacción del cliente un elemento irrenunciable” (Villegas y Rosa, 2003, p. 54).

Como señala Méndez de Valdivia (1999, p. 88), para implantar la gestión de calidad en los Servicios Sociales es necesario contrastar permanentemente el nivel de calidad que las administraciones se comprometen a tener, frente a las demandas presentadas por parte de los ciudadanos y la satisfacción manifestada por los mismos una vez prestados los servicios. La autora señala (1999, p. 89) unos principios que el gestor de la calidad, en cualquier marco institucional, debe tener en cuenta para medir el éxito de la gestión de la calidad de los Servicios Sociales. Éstos son los siguientes:

- Escuchar permanentemente al usuario, porque éste es el eje hacia el cual debe dirigirse cualquier acción.

- Saber adaptarse a las situaciones, estructurando las acciones sociales en función de los intereses de los ciudadanos.

- Anticiparse a los problemas, mediante la adopción de estructuras flexibles, descentralizando las decisiones y acercándolas a los puntos donde surgen los problemas.

- Saber comunicar e informar al usuario.

- Formar a los trabajadores, descentralizar la organización e incentivar el logro de resultados.

En unos términos más prácticos y operativos, la calidad asistencial se debe definir en criterios o variables que puedan ser medidos. Estos criterios de calidad pueden clasificarse de la siguiente manera (García Navarro, 2002, p. 112):

#### 1- Criterios de estructura

Estos criterios se refieren a aquellos atributos de un programa o servicio sociosanitario que tienen que estar disponibles para realizarse de forma adecuada. Abarcan, por tanto, cuestiones como: la formación del personal, los ratios de personal, la estructura física de una planta residencial, la tecnología necesaria para

realizar el servicio, e incluso ciertas estructuras organizativas (comités de ética, procedimientos de atención de urgencias, etcétera). Se incluyen también temas como el tamaño y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el sistema retributivo y la organización formal del personal sociosanitario.

El examen de la estructura sociosanitaria constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo.

## 2- Criterios de proceso

Hacen referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un usuario. Supone asumir que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología de manera racional y planificada. Las peculiares características de la asistencia sociosanitaria, donde no cabe el error, obligan a planificar e instaurar procesos correctamente definidos y controlados, garantizando su alta calidad técnica, y con unos resultados que deberán ser evaluables en función de unos estándares definidos y satisfactorios para los usuarios (Lorenzo, 1999, p. 243).

De esta manera, se pretende disminuir, en la medida que sea posible, la variabilidad de la práctica sociosanitaria, evitando que se produzcan diferencias en la forma de abordar un mismo problema. La mejor manera de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica clínica<sup>187</sup> (Saura, 1997, pp. 73-74).

## 3- Indicadores de resultado

---

<sup>187</sup> Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los usuarios en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención sanitaria adecuada para unas circunstancias sanitarias concretas. Las guías constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos, y parten del supuesto de que, si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo.

Un resultado es la situación final que se ha producido tras una actuación sociosanitaria (García Navarro, 2002, p. 113). Hacen referencia, por tanto, a los logros, tanto relativos a la salud, como en relación a los resultados económicos o a la valoración por el usuario y el profesional de lo que se ha alcanzado tras una prestación sociosanitaria determinada.

Son los indicadores más difíciles de establecer por atender a usuarios con diferente complejidad, evolución y complicaciones. Además, los resultados sociosanitarios dependen no solamente del tratamiento aplicado sino de otras variables, como el entorno del paciente, la situación de partida o la presencia de otros problemas o enfermedades asociados (García Navarro *et al.* 2006, p. 99).

La evaluación de resultados presenta múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los resultados cuando éstos no son óptimos, por la intrínseca dificultad de medir la salud y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira *et al.*, 1992, pp. 65-66). Téngase en cuenta, además, que aunque la estandarización del proceso facilita medir resultados (Arcelay, 1999, p. 245), se requieren estudios muy complejos para establecer comparaciones entre distintos centros sociosanitarios.

#### **4.2.2. La mejora de la calidad en el sector de los Servicios Sociales**

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que la corriente de la calidad ha alcanzado al sector sociosanitario y, en concreto, ha conseguido introducirse en el ámbito de actuación de los Servicios Sociales. En las Administraciones Públicas también se han iniciado los procesos de aplicación de sistemas de calidad, pese a sus resistencias tradicionales a los procesos de cambio<sup>188</sup>. Normas ISO 9001, modelo EFQM, equipos de mejora, cartas de servicio, etcétera, son términos que cada vez son más habituales para los profesionales que desempeñan su labor en el sector.

---

<sup>188</sup> En este sentido, en 2000, el Ministerio de Administraciones Públicas publicó el *Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos* (MAP, 2000), en el que se analizan los desafíos de la Administración en las próximas décadas, se sitúa al ciudadano en el centro de las decisiones de la administración y se destaca la promoción de la gestión de la calidad como elemento esencial para hacer frente a las demandas de los ciudadanos.

Sin embargo, resulta complicado obtener una información fidedigna de todo lo que se está realizando en relación a la calidad en el sector de los Servicios Sociales, por la diversidad de entidades y servicios a los que nos referimos. No obstante, pensamos que se puede afirmar, sin equivocarnos, que el interés por la gestión de la calidad es amplio y su crecimiento, aunque lento, es imparable en todos los ámbitos y niveles del sector de los Servicios Sociales (centros de Servicios Sociales comunitarios, de base o atención primaria, centros residenciales, centros de acogida, empresas de Servicios Sociales tanto públicas como privadas, departamentos de bienestar social, etcétera).

Esta lentitud en el crecimiento del interés por la calidad en los Servicios Sociales puede deberse a que, en gran medida, se trata de servicios que se otorgan a una clientela cautiva, y donde, en numerosos casos, el precio que los consumidores tienen que pagar por el servicio que reciben se encuentra fuertemente subvencionado por las Administraciones Públicas. Por ello, se puede pensar, en nuestra opinión de manera errónea, que no puede solicitarse una calidad como la exigida a las empresas privadas de bienes y servicios, donde el cliente paga por lo que compra y, por tanto, exige que lo adquirido cumpla sus expectativas.

Igualmente, como ya señalábamos con anterioridad, la existencia de usuarios cautivos, es decir, sin alternativas de servicio, puede explicar el menor desarrollo de la gestión de calidad en el sector de los Servicios Sociales. No obstante, los ciudadanos poco a poco exigen a los centros y programas de Servicios Sociales el mismo esfuerzo que a otros tipos de servicios.

La implantación de nuevos sistemas de gestión en el sector sociosanitario se debe a razones diversas, entre las que Iradi (2006, p. 129), destaca: el compromiso ético de buscar lo mejor para el usuario, la consideración de las organizaciones sociosanitarias como empresas de servicios y la necesidad de contener el gasto creciente en el sector. En efecto, el creciente gasto sociosanitario, fundamentalmente sanitario, en los presupuestos de las diferentes administraciones públicas ha potenciado la utilización de técnicas de gestión dirigidas al ahorro de costes y de ineficiencias.

Por otro lado, las mayores exigencias de los ciudadanos convierten crecientemente la calidad en un factor de competencia entre las diferentes organizaciones. La diferenciación de nuestros servicios respecto a los de los competidores será mayor y más difícil de imitar y, por tanto, más duradera, si se basa en la calidad del servicio ofrecido.

La implantación de sistemas y modelos de gestión en un sector donde la gestión no estaba muy profesionalizada está permitiendo que las diferentes organizaciones que trabajan en el sector se estén integrando lentamente en el mundo de la gestión profesional, un mundo que tiene unas exigencias a las que empresas de otros sectores de actividad ya están acostumbradas.

Consideramos que los beneficios que posibilita la gestión de calidad a las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales se irán notando a medio y largo plazo. Como se señala en la “Guía para la gestión de calidad de los procesos de Servicios Sociales 2006”, (INTRESS, 2006, p. 6), la gestión de calidad permitirá “conseguir mejores rendimientos de los recursos y una mayor satisfacción y prestigio social, lo que redundará un sector moderno, cohesionado y estructurado, en mayores inversiones y mejor desarrollo social”.

No obstante, la variedad de la tipología de Servicios Sociales y la heterogeneidad de las organizaciones que los prestan, hace difícil la consecución de un consenso, deseable para la evolución armonizada del sector, en lo relativo a la calidad (Escobar, 2006, p. 39).

A pesar de la existencia de una gran diversidad de modelos que pueden actuar de referente a las entidades prestadoras de Servicios Sociales, ha tenido gran aceptación entre las mismas el modelo basado en la familia de normas ISO 9000. La razón de esta aceptación es, fundamentalmente, su carácter certificable, su amplia aplicabilidad y su reconocimiento internacional, que generan confianza dentro y fuera de la organización.

Por otro lado, tienen cada vez una implantación mayor los modelos de excelencia que añaden la inclusión de todas las partes, actividades y agentes de la organización (empleados, clientes internos y externos, accionistas, proveedores o la

sociedad en general). Estos modelos también son de amplia aplicabilidad y de reconocimiento internacional. En España, el más implantado es el modelo europeo de excelencia (EFQM), que ha sido estudiado con anterioridad en este capítulo.

Se puede puntualizar (Fundación Edad & Vida, 2008, p. 38), sin embargo, que la mayor parte de las entidades que optan por un modelo de excelencia han partido previamente de un modelo de calidad basado en la norma ISO 9001. Por otro lado, la adopción de modelos específicos sectoriales, no es, como veremos más adelante, nada habitual en nuestro país, si bien algunas organizaciones han empezado a definir sus estándares asistenciales según estos modelos.

Una vez estudiada la calidad asistencial y su medida, como cuestión específica del sector sociosanitario e, igualmente, comentada la creciente importancia de la corriente de la calidad en el sector de los Servicios Sociales, abordaremos la aplicación de los dos modelos de gestión de la calidad genéricos más utilizados en el sector, es decir, las normas ISO 9000 y el modelo de autoevaluación EFQM. Posteriormente nos referiremos a otros modelos, nacionales e internacionales, específicos del ámbito sociosanitario.

#### **4.2.3. La aplicación de las normas ISO 9000 en el sector de los Servicios Sociales**

El gran éxito de las normas ISO 9000 ha provocado que se hayan promulgado normas de gestión certificables que pertenecen a ámbitos muy diversos (como la prevención de riesgos laborales, la gestión medioambiental, la responsabilidad social corporativa, etcétera). Igualmente, como veremos más adelante, se están introduciendo normas específicas en el sector sociosanitario. Sin embargo, a pesar de la existencia de estas normas específicas, en el sector es más frecuente la utilización de la norma genérica ISO 9001.

La norma ISO 9001 es de aplicación cuando una organización pública o privada quiere demostrar que es capaz de proporcionar servicios que cumplen con los requisitos que demandan los ciudadanos y que está comprometida con la satisfacción

de los mismos. Los requisitos de esta norma internacional son genéricos y, según autores como Escobar (2006, p. 43), “aplicables a cualquier organización, con cualquier producto o servicio y con cualquier tamaño”.

En España, la aplicación de estas normas a los sistemas sociosanitarios ha sido particularmente compleja debido, fundamentalmente, a la dificultad de adecuar su contenido a las necesidades específicas de las organizaciones del sector. A pesar de estas dificultades, en el sector sanitario está bastante extendida la aplicación de los sistemas de calidad conforme a la norma ISO 9001, aunque centrándose, sobre todo, en aquellos ámbitos hospitalarios<sup>189</sup> más proclives a ser procedimentalizados. Según se recoge en la literatura, son pocos los centros en los que la norma ISO 9001 abarque al conjunto del centro sanitario. Sin embargo, tan solo recientemente se está produciendo un desarrollo en la implantación de estos sistemas en el sector de los Servicios Sociales. En relación a estas afirmaciones, podemos señalar que el decimocuarto informe Forum Calidad, correspondiente al año 2008, señala que en el Estado existían 1.296 certificaciones ISO 9001 en el ámbito de los servicios sanitarios, y tan solo 305 figuraban en una rúbrica sectorial denominada “Administraciones públicas, defensa y Servicios Sociales”. Asimismo, cabe reseñar que existían otras 611 certificaciones correspondientes a una clasificación sectorial denominada “Otras actividades sociales” (Forum Calidad, 2009, p. 24).

Resulta difícil determinar la extensión de esta norma en el sector de los Servicios Sociales, debido a las dificultades habituales para especificar cuál es el campo de actividad de los Servicios Sociales, por la diversidad de entidades y servicios a los que nos referimos y por la dificultad de obtener datos relativos al número total de certificaciones ISO 9001.

La inexistencia de registros completos que reúnan información acerca de las certificaciones/reconocimientos de los sistemas de gestión de la calidad de que

---

<sup>189</sup> La primera metodología internacional para asegurar la calidad en el ámbito sanitario es el denominado “esquema Healthmark”. Se trata de un programa de certificación basado en la ISO 9001, especialmente pensado para organizaciones que prestan servicios sanitarios y para empresas que fabrican productos dirigidos a esta actividad. Por tanto pueden certificarse con este sistema: hospitales públicos y privados, servicios de ambulancia, centros residenciales, organizaciones de promoción de la salud y fabricantes de equipos sanitarios (Camisón *et al.*, 2007, p. 597).

disponen las empresas, las administraciones públicas o las organizaciones no lucrativas, es una dificultad que afrontamos pues los registros existentes son parciales y no ofrecen información diferenciada por lo que respecta al ámbito de los Servicios Sociales.

Esta es una cuestión en la que resultaría necesario avanzar. Disponer de datos sobre la situación en la que se encuentran las empresas prestadoras de Servicios Sociales respecto a la implantación de sistemas de gestión de la calidad parece un punto de partida necesario para poder incidir sobre esta realidad.

Por otra parte, además de constatar cuántas entidades se encuentran en posesión de una certificación o reconocimiento externo, sería importante recoger información sobre otros aspectos vinculados a la implantación de sistemas de gestión de la calidad. Aspectos que, sin traducirse necesariamente en un reconocimiento externo, resultan claves para poder hablar de una excelencia en la gestión. Nos referimos al hecho, por ejemplo, de que las organizaciones realicen, por ejemplo, una gestión por procesos o una planificación estratégica, o bien utilicen herramientas como hojas de sugerencias y reclamaciones, encuestas de satisfacción de usuarios y empleados, cartas de servicios o manuales de buenas prácticas.

Sin embargo, hemos de reseñar que la Asociación Española de la Calidad cuenta con información que recoge de los diferentes organismos certificadores acreditados para certificar la implantación de este estándar, pero, por desgracia, no los facilita a los investigadores académicos<sup>190</sup>. Los únicos datos centralizados públicos que hemos podido recoger son los que provienen del decimocuarto informe Forum Calidad, correspondiente al año 2008, y que hemos señalado anteriormente (Forum Calidad, 2009).

También, hemos acudido al registro RECAS<sup>191</sup> de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, sobre las organizaciones certificadas y acreditadas, para

---

<sup>190</sup> Hemos solicitado esta información formalmente en diversas ocasiones pero la respuesta ha sido siempre negativa.

<sup>191</sup> La Sociedad Española de Calidad Asistencial elabora el Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria (RECAS) como “parte del esfuerzo para caminar hacia la excelencia del sistema sanitario”. El RECAS es una base de datos que acoge sistemáticamente los centros y servicios

constatar que la mayor parte de los registros corresponden a servicios, tanto de atención primaria como especializada, prestados por organizaciones sanitarias. En los próximos capítulos, ya referidos específicamente a los centros residenciales para personas mayores, podremos ofrecer más datos que nos permitan reflejar la extensión de la norma en la CAPV.

Por otro lado, no consideramos necesario para nuestros propósitos incluir en este trabajo el amplísimo contenido de la norma y los requisitos a cumplir por cualquier organización que se quiera certificar. En el apartado 4.1.2 ya hemos señalado los objetivos y principios en los que se basa la norma, así como las ventajas, los inconvenientes y las dificultades que entrañan su aplicación.

En cuanto a la tipología de entidades, destacar que la mayor parte de empresas con un modelo implantado suelen ser grandes entidades del sector sociosanitario. Respecto a pequeñas entidades prestadoras de Servicios Sociales, aunque ha habido un incremento en la implantación de un modelo basado en la norma ISO 9001, la mayor parte de las mismas no tienen adoptado el sistema o al menos se desconoce (Fundación Edad & Vida, 2008, p. 38).

Resulta de interés destacar el debate existente, en la literatura especializada, acerca de la idoneidad o no de extender la utilización de estos estándares de sistemas de gestión de la calidad a ámbitos con importantes especificidades como el de los Servicios Sociales. Esta cuestión, que también abordaremos en el trabajo empírico de esta Tesis Doctoral, cuenta con cierta tradición y nos parece relevante.

En esta línea, Heras (2008a, p. 7) se plantea si la utilización de estos modelos genéricos resultan adecuados o si, por el contrario, es más interesante la utilización de modelos especializados en este ámbito concreto, es decir, modelos que incidan más en la evaluación y mejora de la calidad asistencial, que en la mejora de la gestión”. Sobre este debate, tan interesante y enriquecedor, volveremos más adelante.

---

sanitarios que han conseguido alguna certificación o acreditación. Puede consultarse en: <<http://calidadasistencial.es/seca/recas.php>>.

#### **4.2.4. La aplicación del modelo de evaluación EFQM en el sector de los Servicios Sociales**

El modelo europeo de excelencia es una de las herramientas que puede utilizarse para la evaluación y mejora de las organizaciones que prestan servicios sociosanitarios. En este sentido, constituye un referente que permite aglutinar las mejores prácticas actuales de gestión basadas en los principios de calidad total, es decir, considerando todos y cada uno de los aspectos de la organización como elementos susceptibles de mejora.

En los últimos años, se ha producido un creciente interés por el modelo que se manifiesta en la proliferación de actividades formativas, en su presencia en reuniones científicas y en el número de publicaciones sobre el tema. No obstante, el número de centros que han desarrollado experiencias es todavía escaso, con la excepción de Osakidetza que, desde 1995, ha incorporado la autoevaluación mediante el modelo EFQM como herramienta de su desarrollo estratégico. Como se comentará más adelante, han sido treinta las organizaciones de Osakidetza merecedoras, hasta el año 2008, de los premios concedidos por Euskalit por la calidad en su gestión empresarial (Osakidetza, 2009, p. 13).

Las conclusiones de las organizaciones que han aplicado el modelo son coincidentes a la hora de destacar los beneficios de la utilización del modelo EFQM que, de una manera u otra, subrayan las propias características del modelo: diagnóstico de la situación interna del centro, detección de áreas de mejora, enfoque global y sistemático, orientación al cliente, etcétera.

De todos modos y teniendo en cuenta el origen industrial del modelo, una de las dificultades de la implantación se refiere, por un lado, a la terminología utilizada, la cual está enfocada al ámbito industrial (Moeller, 2001, p. 45), así como, por otro, a las diferentes características en el ámbito de la gestión de los centros residenciales en comparación con las empresas industriales. Iradi (2006, p. 148) apunta que la falta de una profesionalización en la gestión de las organizaciones sociosanitarias y la falta de estabilidad de los equipos directivos, frecuente en el sector público, pueden comprometer la viabilidad de la gestión basada en la calidad total.

Otro problema es señalado por Peters y Sandison (1998, p. 231) cuando afirman que los gestores que no son médicos son incapaces de entender los procesos médicos incluso a nivel únicamente de gestión de la calidad.

Además, existe el riesgo de que la aplicación del modelo se limite al ejercicio de autoevaluación sin que, posteriormente, se considere la elaboración de planes de mejora. La autoevaluación por sí sola no asegura la mejora continua y el verdadero reto reside en la instauración de acciones correctoras y la evaluación periódica del progreso que se consigue.

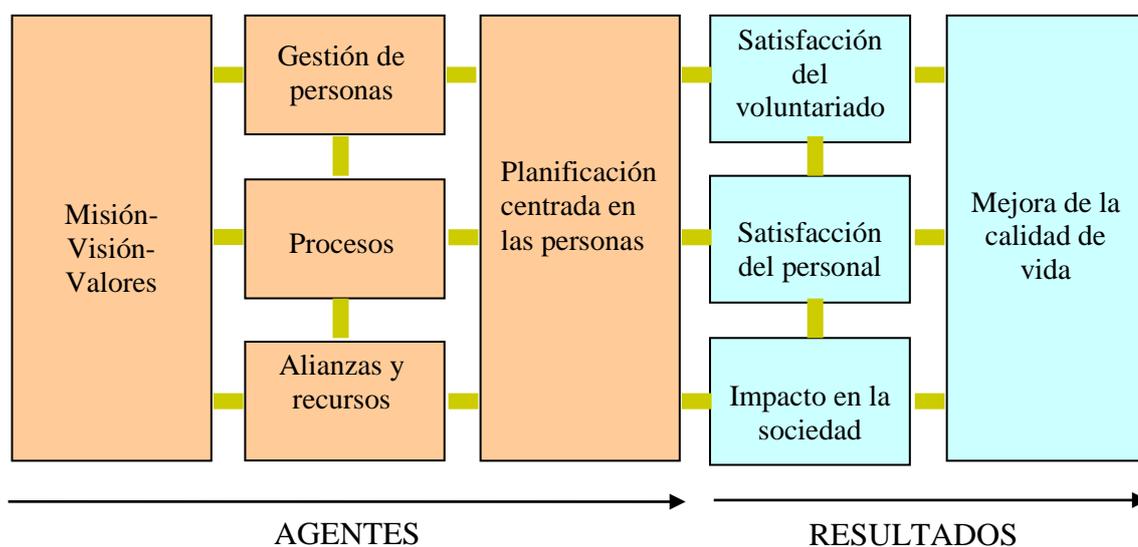
A pesar de las dificultades que la implantación del modelo puede originar, las organizaciones del ámbito sociosanitario que lo han aplicado, en opinión de Iradi (2006, p. 148), animan a extender su utilización y a fomentar la cultura de la gestión de la calidad total, constatando cómo las posibles reticencias iniciales desaparecen a medida que se profundiza en su conocimiento. Como constata el referido autor, en opinión de los directores de centros sociosanitarios que aplican el modelo se trata de una herramienta muy útil, aunque exige un importante esfuerzo de comprensión y aplicación. Permite llevar a cabo un análisis profundo de la organización y representa es un punto importante de partida para iniciar de manera sistemática los esfuerzos hacia la mejora continua.

La introducción del modelo de excelencia EFQM en el sector de atención de los Servicios Sociales se está realizando de forma paulatina. Si bien, al igual que señalábamos anteriormente, no existen datos en relación a la introducción de este modelo en las diferentes organizaciones del sector, tanto en el Estado como en la CAPV, de las diferentes consultas realizadas en el transcurso de la investigación se desprende que la introducción del modelo se está produciendo en organizaciones maduras, donde ya cuentan con experiencia en la implantación de sistemas de calidad conforme a la norma ISO 9001.

Con todo, se ha de reseñar que en opinión de los expertos de este ámbito de estudio, la utilización del modelo EFQM en el sector de los Servicios Sociales está dificultada por el hecho de que no se trata un modelo adaptado específicamente a esta área de actividad.

Fernández-Villarán (2003, p. 102) propone algunas modificaciones en los nombres, conceptos y contenidos de algunos de los criterios, respecto al modelo EFQM original, para adaptarlo al sector de los Servicios Sociales (ver gráfico 4.8).

**Gráfico 4.8: Modelo EFQM adaptado a los Servicios Sociales**



Fuente: Adaptado de Fernández-Villarán (2003, p. 102).

Así, los criterios relativos a resultados, cuando adaptamos el modelo EFQM a las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, deben quedar de la siguiente manera (Fernández-Villarán, 2003):

- Criterios 6 y 7<sup>192</sup>: Satisfacción del personal remunerado y de los voluntarios.

En estos criterios se muestran mediciones directas de satisfacción del personal remunerado y de los voluntarios que trabajan para la empresa, obtenidas fundamentalmente a través de encuestas de opinión, y las mediciones internas de la organización que afectan a la satisfacción del personal<sup>193</sup>.

- Criterio 8: Resultados en la sociedad.

<sup>192</sup> La autora (Fernández-Villarán, 2003, p. 103) se refiere a ambos criterios conjuntamente, suponemos que por simplificación, a pesar de que presentan importantes diferencias en la práctica.

<sup>193</sup> La organización prestadora de Servicios Sociales, debe presentar resultados de la percepción de la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores de rendimiento referidos a los logros, motivación, implicación, satisfacción y servicios que la organización proporciona a las personas que la componen.

En este criterio se mide el impacto en la sociedad. Se concreta en lo que la organización consigue para satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad, en general, incluyendo qué percepción se tiene de la orientación de la empresa hacia la calidad de vida, el medio ambiente y la preservación de los recursos globales, así como las medidas internas de la organización<sup>194</sup>.

- Criterio 9: Mejora de la calidad de vida.

Los resultados en este criterio están relacionados con aquello que la organización ha determinado como logros esenciales. Los resultados de la organización son medidas de la eficiencia y la eficacia en la prestación de servicios y la consecución de metas y objetivos. Estas medidas están directamente relacionadas con la estrategia y con los procesos clave<sup>195</sup>.

La mayoría de organizaciones inicia su andadura por la gestión de la calidad aplicando los grandes modelos genéricos. En nuestra opinión, consideramos conveniente utilizarlos como modelos marco a partir de los cuales la organización debe desarrollar el suyo propio, adaptándolo a sus características específicas.

En el caso concreto del modelo EFQM, consideramos que el modelo general no se adapta a la mayoría de las organizaciones que trabajan en el ámbito de actividad de los Servicios Sociales o, si se prefiere, exige una adaptación a sus particularidades. Otra alternativa consistiría en desarrollar un modelo específico propio que puede recoger del modelo EFQM, y de otros modelos de gestión, aquellos aspectos que le sean de utilidad.

---

<sup>194</sup> Igualmente, la organización debe presentar resultados de la percepción de la organización, esta vez por parte de la sociedad, e indicadores de rendimiento que permitan a la organización supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

<sup>195</sup> La organización debe presentar los resultados clave, económicos y no económicos, del rendimiento de la organización.

#### **4.2.5. Modelos y sistemas de calidad específicos del ámbito sociosanitario**

En los últimos años se han venido desarrollando modelos y sistemas de gestión de la calidad específicos para el ámbito sociosanitario. A continuación, vamos a señalar algunos ejemplos de modelos, nacionales e internacionales, específicos de este sector. Entre los modelos que hemos escogido, y sobre los que no vamos a profundizar, están las normas UNE relativas a los servicios para la promoción de la autonomía personal, el modelo canadiense, el modelo francés y el modelo de Reino Unido, entre otros. Igualmente, aunque se traten de herramientas y no de modelos de gestión, vamos a referirnos a los manuales de buenas prácticas y a las cartas de servicio, por la importancia que estas herramientas tienen o deben tener, en nuestra opinión, en el sector.

A continuación comentamos, brevemente, cada uno de ellos.

##### **1- Normas UNE relativas a los servicios para la promoción de la autonomía personal<sup>196</sup>**

Estas normas regulan los servicios establecidos en la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006, es decir, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y noche y los centros residenciales, correspondiendo una norma para cada uno de los servicios mencionados. Las normas son las siguientes:

- UNE 158101:2008, gestión de los centros residenciales.
- UNE 158201:2007, gestión de los centros de día y de noche.
- UNE 158301:2007, gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- UNE 158401:2007, gestión del servicio de teleasistencia.

Estas normas establecen unos requisitos a cumplir por las entidades prestadoras de servicios en cuanto a su propia gestión (liderazgo, plan de calidad,

---

<sup>196</sup> Estas normas sustituyen a las normas de la serie UNE 158000, que constituyeron un punto de partida para la regulación de la prestación de servicios en el sector sociosanitario en España.

recursos humanos, etcétera) y en cuanto al servicio que presta (recursos materiales, requisitos a cumplir en la propia prestación del servicio, métodos de medición de los procesos, métodos de medición de la satisfacción del cliente, evaluación de la calidad de la atención, etcétera).

Concretamente, la norma UNE 158101, aprobada el 7/4/2008, establece los requisitos mínimos que debe cumplir todo centro residencial de personas mayores y personas en situación de dependencia, independientemente de su titularidad pública o privada, con el fin de garantizar la calidad de la prestación del servicio. El contenido de esta norma y su nivel de implantación en la CAPV se analizarán en profundidad en los siguientes capítulos.

## **2- El modelo canadiense “Continuing Care Accreditation Commission” (CCAC)**

Se trata de un modelo de acreditación para residencias para mayores<sup>197</sup> que tiene como misión ofrecer al público, y concretamente a las personas mayores, la identificación de organizaciones excelentes en la prestación de servicios. Los mayores y sus familias, de esta forma, pueden tener la seguridad de que los centros acreditados por la CCAC han demostrado excelencia, integridad y responsabilidad en todas las áreas de operaciones. La acreditación es realizada por la Comisión a través del establecimiento de estándares de excelencia y promoviendo herramientas educativas de innovación. Este modelo se organiza en tres áreas principales: estructura de organización y su financiación, estrategia y procesos y, por último, los resultados.

La acreditación es un proceso voluntario riguroso que implica la autoevaluación del personal, de los residentes, y de la junta directiva de la

---

<sup>197</sup> La “Continuing Care Accreditation Commission” (CCAC) fue adquirida por la “Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities” (CARF) en 2003. Aunque se utilizan ambas nomenclaturas (CCAC o CARF) para referirse a estas acreditaciones, se tiende a utilizar la segunda para hablar, de esta forma, de empresas CARF-acreditadas.

organización. También exige una revisión “in situ” meticulosa de los evaluadores entrenados de la CCAC<sup>198</sup>.

### **3- El modelo francés (ANAES)**

Francia ha experimentado el relanzamiento de la acreditación de los servicios de salud impulsado por su Ministerio de Salud a través de la Agencia nacional de acreditación y evaluación de servicios de salud (*Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé* - ANAES). La ANAES dispone de un excelente modelo de acreditación de organizaciones sanitarias al que, durante el año 2005, añadió la evaluación de las prácticas profesionales.

La primera versión del modelo de acreditación data de 1999-2003, y en el año 2004 publicaron su actualización que abarca el segundo proceso de acreditación para todos los servicios de salud del país. El manual de acreditación comprende diez referenciales agrupados en tres campos:

- El paciente y su tratamiento.
- La gestión al servicio del paciente.
- La calidad y la prevención.

En el manual de acreditación se incluyen ochenta y nueve referencias y doscientos noventa y ocho criterios. Los criterios son explicaciones de las referencias. El centro u organización puede optar por utilizar otros elementos para responder a las referencias.

La evaluación que permite obtener la acreditación supone el trabajo conjunto de profesionales de diversa índole: médicos, enfermeras y personal no sanitario (técnico o administrativo). Se trata de comprobar todos los trabajos que en el centro sanitario se desarrollan y cuantos servicios ofrecen a sus usuarios se prestan con niveles de calidad suficientes.

---

<sup>198</sup> Para una mayor información puede consultarse la página web: < <http://www.carf.org>>.

Hay que destacar que en el sistema francés, la evaluación es obligatoria para todos los centros y servicios sociosanitarios y, además, todos están sometidos a las mismas reglas. Paul (2007, p. 138), señala que aunque esta decisión, por parte del legislador francés pueda parecer “algo sorprendente”, pues parece ignorar la gran heterogeneidad del mundo sociosanitario, pone de relieve la “idéntica cultura que inspira el conjunto de sus prácticas”.

Por otro lado, el 15 de abril de 2005 se crea el Consejo Nacional de Evaluación Social y Sociosanitaria, que, además de contribuir al fortalecimiento de la cultura de la evaluación, tiene como principal objetivo validar los procedimientos, referencias y buenas prácticas profesionales, en base a los cuales se evaluarán las actividades y la calidad de las prestaciones ofrecidas por los centros o servicios.

Paul (2007, pp. 150-151) se refiere, sin embargo, a los problemas del sistema francés, pues la obligación de someterse a una evaluación externa implica un coste añadido, puesto que cada centro o servicio deberá recurrir a un evaluador externo.

Además, existe el temor a que el Consejo no disponga de suficientes medios económicos para, por ejemplo, validar una recomendación de buena práctica profesional, pues para ello, es necesario proceder a un repaso crítico de la literatura nacional e internacional, realizar encuestas sobre el estado de las prácticas, analizar las actuaciones innovadoras, consultar con un número suficiente de profesionales y usuarios y, tras validar la recomendación, garantizar su difusión.

Otro problema se deriva de que, entre las recomendaciones de buenas prácticas profesionales que el Consejo Nacional pretenda validar, algunas pueden ser muy amplias lo que permitirá, en algunos casos, realizar adaptaciones, con el riesgo de que cada centro acabe creando su propia recomendación, dando así lugar a una autoevaluación demasiado complaciente.

#### **4- El modelo británico de la Sociedad Británica de Geriátría**

El esquema británico es uno de los más desarrollados en Europa. La vinculación entre servicios de atención primaria en todas sus modalidades y servicios hospitalarios, junto a la coordinación con las administraciones locales potencian la calidad de los servicios asentados en la continuidad de los cuidados.

Las normativas nacionales de Inglaterra, País de Gales y Escocia establecen unos protocolos apropiados de asistencia, que serán facilitados por el Servicio Nacional de Salud y los organismos asociados con responsabilidad en materia de Servicios Sociales. En Irlanda del Norte, los servicios sanitarios y sociales se integran para trabajar coordinadamente.

Según este modelo las personas mayores de todo el Reino Unido pueden contar con:

- Acceso a los programas preventivos (promoción de la salud y asistencia sanitaria preventiva).
- El pleno acceso al Servicio Nacional de Salud y a todas sus instalaciones, cuando sea clínicamente apropiado, sin importar la edad.
- Un diagnóstico correcto en el momento en que se presente una enfermedad grave o la pérdida de la independencia.
- La evaluación y el tratamiento por parte de un equipo de disciplinas apropiadas para la recuperación de una enfermedad grave (rehabilitación y cuidados intermedios o asistencia extrahospitalaria).
- El acceso inmediato al equipamiento y a las ayudas necesarias para facilitar la recuperación y promover la independencia.
- Un plan solidario pluri-institucional de asistencia permanente cuando no se consiga la total recuperación y la independencia (asistencia permanente).
- Una muerte tranquila y digna (cuidados paliativos).

La Sociedad Británica de Geriátrica establece unos estándares y unos elementos fundamentales para los servicios especializados dirigidos a las personas mayores. Se establecen unos indicadores clínicos de calidad para la medición de los servicios especializados, como los relacionados con la incontinencia, la asistencia centrada en las personas, el cuidado de los procesos crónicos, los cuidados intermedios y la asistencia permanente, el cuidado de los procesos agudos en el hospital, los servicios relacionados con los accidentes cerebro-vasculares, los servicios relacionados con las caídas, los protocolos de la salud mental, la medicación y los cuidados paliativos <sup>199</sup>.

### **5- El modelo de la *Joint Commission***

El modelo de la *Joint Commission* es el más extendido en el sector salud en Estados Unidos<sup>200</sup> y otros países. La *Joint Commission* es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro, dedicada a la mejora de la calidad de la asistencia de las organizaciones sanitarias. Su creación fue fruto del acuerdo, en 1951, del Colegio Americano de Cirujanos, del Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá.

La misión de esta organización es mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud en la comunidad internacional a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría y evaluación de los servicios. Su programa internacional comenzó a implantarse en Europa en el año 2000<sup>201</sup> y, desde entonces ha acreditado organizaciones en Europa, Medio Oriente, Asia, el Pacífico y Latinoamérica. Actualmente colabora con más de 80 países.

---

<sup>199</sup> Para más información, se puede visitar la página web de la British Geriatrics Society: <<http://www.bgs.org.uk>>.

<sup>200</sup> En 2007, acreditaba a más de 20.000 organizaciones (hospitales, servicios a domicilio, servicios ambulatorios, sanidad mental, servicios residenciales para personas mayores, laboratorios, sistemas de salud, etcétera) en los Estados Unidos (Jaimovich, 2007).

<sup>201</sup> En España la *Joint Commission* está representada por la Fundación Avedis Donabedian (FAD).

El objetivo de la *Joint Commission* en materia de evaluación de servicios sociosanitarios consiste en confirmar el cumplimiento de unos estándares que, consensuados internacionalmente, se refieren a aquellos aspectos que se consideran esenciales para prestar una asistencia de calidad al usuario en una organización segura, eficaz y bien gestionada. El modelo define de forma precisa en qué consiste la atención óptima al paciente. La evaluación es externa y realizada por personal sanitario. Su resultado es la acreditación y ésta abarca a todo tipo de instituciones hospitalarias, de cuidados, ambulatorios, residenciales, etcétera<sup>202</sup> (Fundación Edad & Vida, 2008, p. 36).

## **6- Los manuales de buenas prácticas**

Aunque los manuales de buenas prácticas, al igual que las cartas de servicios que comentaremos seguidamente, puedan ser considerados como simples herramientas de gestión, pensamos que es interesante hacer una breve referencia a los mismos por la importancia que estimamos que pueden tener en el sector.

La elaboración consensuada de protocolos de actuación y guías de buena práctica, que eviten actitudes inadecuadas, improvisaciones y situaciones de inseguridad, constituye una excelente base para la formación de los cuidadores y eleva notablemente la calidad de los servicios prestados. Lo que en el sistema sanitario supone un elemento constitutivo de su cultura asistencial, en el ámbito de los Servicios Sociales es un instrumento a desarrollar dada su escasa implantación. Son muchos los países en los que, como complemento a la normativa específica, política de estándares, procesos de acreditación, etcétera, se proponen estos manuales como vía de solución a los problemas corrientes. Su utilidad está demostrada y constituyen un punto de referencia obligado para asegurar la calidad de los servicios sociosanitarios (Córdoba, 2003a, p. 238).

---

<sup>202</sup> Para una información más detallada puede visitarse la página de la *Joint Commission*: <<http://www.jointcommission.org>>.

El objetivo de estos protocolos y guías de buena práctica es garantizar los niveles mínimos de calidad en la atención, de forma homogénea y sistemática en cualquier servicio de atención sociosanitaria<sup>203</sup>. En su confección, para que resulten operativos, deben centrarse en la recomendación de prácticas posibles, evitando un alejamiento de la realidad. Los manuales establecen los referentes de calidad para los cuidadores, tanto formales como informales, con menores conocimientos profesionales y, por tanto, más necesitados de apoyos metodológicos.

Sin estas buenas prácticas, resulta prácticamente imposible, en el ámbito sociosanitario, pensar en desarrollar un plan coordinado y viable para el desarrollo integral de la calidad. Su implantación, de manera independiente, puede entenderse como un paso previo a la utilización de sistemas o modelos más complejos y exigentes.

## **7- Las cartas de servicios**

Las cartas de servicios se han convertido en una de las herramientas más utilizadas, 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, convirtiéndose en una iniciativa fundamental para la modernización de la gestión de numerosas organizaciones. Cada vez son más las organizaciones de Servicios Sociales que tienen establecidas sus cartas de servicios (Heras y Martiarena, 2007, p. 39). Estos documentos formalizan lo que los usuarios pueden esperar de los servicios ofertados por la entidad y aseguran la total efectividad de sus derechos, así como la mejora de los servicios que reciben<sup>204</sup>. En

---

<sup>203</sup> Por ejemplo, el manual de buena práctica para residencias de personas mayores de la Diputación Foral de Álava incluye unos principios básicos, una tabla de derechos de usuarios, una regulación del proceso de admisión, los criterios para las actividades y prácticas diarias, así como el papel de los familiares y del voluntariado en la residencia.

<sup>204</sup> El objetivo de la norma UNE 93200, consiste en especificar los requisitos mínimos del contenido y del proceso de elaboración, seguimiento y revisión de las cartas de servicios. El cumplimiento de esta norma asegura que las cartas de servicio no se conviertan en meras declaraciones de intenciones, olvidando su verdadero sentido de asumir compromisos de calidad que satisfagan las expectativas de los usuarios.

efecto, las cartas de servicios representan un soporte fundamental en la mejora continua, facilitando las relaciones con los usuarios y sirviendo para definir estándares de servicio.

Las cartas de servicios han tenido una gran acogida en gran parte de los países europeos (Francia, 1992; Portugal, 1992; Italia, 1994; Bélgica, 1993; etcétera). Todas ellas establecen estándares para los servicios, indicadores de calidad y normas de acceso y atención al ciudadano<sup>205</sup>. Esta buena acogida refuerza la idea de que las cartas de servicios suponen una oportunidad para mejorar el control, la responsabilidad y la participación de los usuarios, no solo respecto de los productos o servicios que reciben, sino en las decisiones relevantes sobre su diseño y prestación. De esta forma, la organización demuestra su compromiso con el cliente mediante el seguimiento y mejora de los aspectos que más le interesan pudiendo conseguir, en nuestra opinión, la fidelización del cliente y la diferenciación respecto a la competencia.

Escobar (2006, p. 40), señala la doble vertiente que tienen las cartas de servicios: por un lado una vertiente externa, como medio de comunicación de los compromisos de calidad que las entidades públicas asumen con respecto a los ciudadanos y, una vertiente interna, que obliga al servicio a reconsiderar todos los procesos para asegurar los estándares de una manera fiel, objetiva y medible, así como la realización del seguimiento del grado de cumplimiento de los compromisos, utilizando las acciones de mejora oportunas para su consecución.

En nuestra opinión, una carta de servicios debería describir, como mínimo, las características del servicio, el perfil de sus destinatarios, los requisitos de acceso, los objetivos del servicio, las necesidades a las que responde, los recursos humanos y materiales de los que se dispone y el procedimiento de reclamación.

Una de las más completas cartas de servicios que hemos encontrado, es la elaborada por la Confederación Española de Asociaciones a favor de la Personas con

---

<sup>205</sup> En España las cartas de servicios se establecen con carácter general para la Administración General del Estado en 1999 (R.D. 1259, de 16 de julio).

Discapacidad Intelectual (FEAPS), que establece los siguientes elementos (FEAPS, 2004, p. 12):

- Enunciado del servicio y características generales: enunciado, subtipos, definición, objetivos y proceso de acceso.
- Personas destinatarias: perfil de necesidades de las personas (definición y requisitos) y necesidades específicas que cubre el servicio.
- Áreas de apoyo y funciones.
- Condiciones técnicas y de funcionamiento: de atención directa, complementarias, auxiliares, otros recursos de mantenimiento del servicio, calendario y horario que cubre el servicio, programación y protocolos de atención, organización, coordinación y procesos de participación.
- Condiciones materiales: ubicación, capacidad, dimensión, estructura, tecnología y equipamientos básicos.

\*\*\*\*\*

Para finalizar, queremos subrayar la existencia, al margen de los modelos y herramientas ya señalados, de algunos modelos de calidad específicos del ámbito de las residencias para personas mayores.

Así, a nivel internacional, destaca el modelo británico HAFLI<sup>206</sup> (*Homes Are For Living In*), un modelo que incide más en la evaluación y mejora de la calidad asistencial, que en la mejora de la gestión.

A nivel estatal, aunque el desarrollo de modelos especializados ha sido menor, destacan el modelo SERA<sup>207</sup> (Sistema de Evaluación de Residencias de

---

<sup>206</sup> Publicado en castellano, "Las residencias son para vivir", por el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava (1998).

<sup>207</sup> El modelo SERA es un modelo holístico que tiene en cuenta los aspectos físicos, organizativos y sociodemográficos de las personas residentes, así como elementos psicosociales y personales.

Ancianos, INSERSO, 1995) y el modelo de garantía de calidad *SiiS-Kalitatea Zainduz*<sup>208</sup>, basado en el modelo HAFLI.

También se puede mencionar, en el ámbito específico de los Servicios Sociales, las normas UNE 158101:2008, estándar de gestión específico para el sector de las residencias para personas mayores, y UNE 158201:2007, estándar específico para la gestión de los centros de día y de noche, que han sido citadas anteriormente.

Estos modelos específicos de calidad del ámbito de las residencias para mayores serán objeto de un estudio en profundidad en los próximos capítulos. De esta forma, considerando también la información que recogeremos en el estudio empírico podremos estudiar el interés que estos modelos específicos pueden tener en la gestión de los centros residenciales, el grado de conocimiento que existe acerca de ellos y su nivel de implantación en el sector de residencias para personas mayores de la CAPV.

---

<sup>208</sup> El modelo de garantía de calidad *SiiS-Kalitatea Zainduz* fue creado a finales de los noventa por el Centro de Documentación y Estudios SIIS, dependiente de la Fundación Eguía-Careaga.

### **4.3. La implantación de modelos de gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de servicios sociosanitarios de la CAPV**

En el sector sanitario de la CAPV se ha realizado una fuerte apuesta en la implantación de los modelos de gestión de la calidad y prueba de ello es el elevado número de certificaciones con la norma ISO 9001 en centros sanitarios. En la memoria 2008 de Osakidetza (2009, p. 16), se señala que “el sistema de gestión de la calidad se encuentra certificado según la norma ISO 9001 en 58 (44%) unidades en el alcance área de atención al cliente (AAC) y en 42 (32%) en el alcance total. Un 76% de las Unidades de Atención Primaria han incorporado un sistema de gestión”. Por tanto, podemos afirmar que la norma ISO 9001 está muy extendida en toda la red pública sanitaria de la CAPV<sup>209</sup>.

El proceso que en la actualidad se está aplicando por Osakidetza en el ámbito de la calidad se iniciaba en 1992 con la puesta en marcha del Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios que venía a sumarse a los ya existentes programas de calidad asistencial, aportando una visión más amplia de lo que debía ser la prestación de un buen servicio sanitario.

El Plan se marcaba como objetivos: priorizar la información y el trato al paciente, disminuir las listas de espera, desburocratizar la atención, mejorar los aspectos de hostelería, mejorar el confort de las instalaciones, etcétera, y se empezaba a trabajar en equipo, siguiendo los principios de la calidad total (Iradi, 2006, p. 143).

En 1995, se incorpora el modelo europeo de calidad EFQM a la gestión de la organización. Los procesos de autoevaluación llevados a cabo hasta la fecha han permitido a cada centro hospitalario identificar sus puntos fuertes y las áreas de mejora, y a la organización central, en su papel de facilitadora y de apoyo, diseñar actividades que ayuden a mejorar la satisfacción del cliente.

---

<sup>209</sup> Para comprobar el nivel de implantación de la norma ISO 9001, y de otras certificaciones como la ISO 14001, EMAS, etcétera, se puede acudir a las memorias anuales de Osakidetza, donde se desglosan las certificaciones por centros y servicios. En el momento de escribir estas líneas, además de las memorias anteriores, se ha consultado la memoria correspondiente a 2008, publicada en 2009.

La aprobación del Plan de Calidad 2003-2007, de la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco (Osakidetza, 2002), es consecuencia del Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios y los programas de calidad asistencial citados anteriormente, y aporta una visión más amplia de lo que debía ser la prestación de un buen servicio sanitario.

El Plan de Calidad 2003-2007 se plantea dos tipos de objetivos (Osakidetza, 2002, p. 9): la mejora de la calidad del servicio sanitario y la mejora de la calidad de la gestión. Los primeros, hacen referencia a la calidad técnica y a la calidad percibida. Pretenden, además de mejorar la eficacia y adecuación de las prestaciones sanitarias, incidir en otros aspectos fundamentales para los ciudadanos como: la accesibilidad a los servicios, el control de las demoras en la atención, la seguridad de los pacientes, la continuidad en la atención, el trato, las condiciones hosteleras y la información. Estas cuestiones tienen una alta incidencia en la percepción positiva que los usuarios puedan tener del servicio sanitario.

El segundo tipo de objetivos, está relacionado con la calidad de la gestión, en su sentido más amplio, abarcando todo aquello que diariamente hay que realizar para que la organización funcione mejor. Esto supone la utilización adecuada de los recursos (materiales, humanos, conocimientos y herramientas), para conseguir el mejor servicio posible (Osakidetza, 2002, p. 9).

**Tabla 4.3: Objetivos específicos del Plan de Calidad, 2003-2007, de Osakidetza**

Calidad del servicio sanitario	Calidad de la gestión
- Mejora de eficacia y efectividad de las prestaciones sanitarias	- Liderazgo
- Mejora de la continuidad en la atención	- Política y estrategia
- Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias	- Personas
- Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria	- Alianzas y recursos
- Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias	- Procesos
- Mejora del trato y de las condiciones hosteleras	
- Mejora de la información	

Fuente: Osakidetza (2002, p. 9).

Los dos objetivos generales, la mejora de la calidad del servicio sanitario y la mejora de la calidad de la gestión, pueden desglosarse en diferentes objetivos específicos (ver tabla 4.3).

Tal como se puede apreciar, los objetivos están enmarcados dentro de lo que supone adoptar el modelo EFQM, pues no tiene en cuenta únicamente el servicio asistencial sino todos aquellos factores que entran en juego en la prestación de dicho servicio.

En este Plan de Calidad, los clientes, las personas y la mejora continua de los procesos asistenciales, son elementos clave. El Plan, que plantea como uno de sus objetivos fundamentales la mejora en la calidad de la gestión y apuesta por un modelo de excelencia como el modelo EFQM, puede también contribuir a la creación de un clima de aprendizaje e innovación en Osakidetza, tal como propone el propio modelo.

Como muestra de la implicación de Osakidetza con la gestión de la calidad, podemos señalar que durante el año 2008 ocupó la vicepresidencia primera del Patronato de Euskalit, la Fundación Vasca para la Excelencia. Además, Osakidetza cuenta con 166 evaluadores EFQM acreditados por Euskalit, de los cuales, a lo largo de 2008, 17 han participado en contrastes externos y 32 en evaluaciones externas a organizaciones que deseaban acceder a ser reconocidas como excelentes por el Gobierno Vasco por la calidad en su gestión empresarial (Osakidetza, 2009, p. 13).

Uno de los frutos de esa apuesta por la calidad es el Premio Europeo a la excelencia en la gestión (*Prize Winner*) obtenido el año 2005 por el Hospital de Zumarraga, siendo el primer hospital europeo en conseguir dicho reconocimiento y la primera empresa pública en el Estado.

A lo largo del año 2007, tres organizaciones de Osakidetza fueron merecedoras de los premios concedidos por Euskalit: Una Q de Oro para la Comarca Bilbao, tras superar los 500 puntos en la evaluación externa; y dos Qs de Plata, para los Hospitales de Cruces y la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria, al superar los 400 puntos en la evaluación externa. Estos tres galardones se suman a los veintisiete obtenidos en años anteriores (tabla 4.4):

**Tabla 4.4: Galardones obtenidos por Osakidetza**

<b>Q de Oro (más de 500 puntos)</b>
- Hospital Bidasoa (2002)
- Hospital Zumarraga (2003)
- Hospital Psiquiátrico y SME de Álava (2005)
- Comarca Gipuzkoa Este (2006)
- Hospital Psiquiátrico de Zamudio (2007)
- Comarca Bilbao (2008)
<b>Q de Plata (más de 400 puntos)</b>
- Hospital Bidasoa (2000)
- Hospital Zumarraga (2000)
- Hospital Psiquiátrico y SME de Álava (2001)
- Comarca Gipuzkoa Este (2003)
- Hospital Txagorritxu (2003)
- OSATEK (2003)
- Comarca Uribe (2004)
- Hospital Alto Deba (2004)
- Hospital Santa Marina (2004)
- Hospital Zamudio (2004)
- Hospital de Basurto (2005)
- SME de Gipuzkoa (2005)
- Comarca Álava (2006)
- Comarca Bilbao (2006)
- Hospital Psiquiátrico de Zaldibar (2006)
- Comarca Gipuzkoa Oeste (2006)
- SME de Bizkaia (2006)
- Hospital de Galdakao (2007)
- Hospital Psiquiátrico de Bermeo (2007)
- Hospital de Cruces (2008)
- Escuela de Enfermería (2008)

<b>Premio Europeo (<i>Prize Winner</i>)</b>
- Hospital Zumarraga (2007)
<b>Finalista al Premio Europeo</b>
- Comarca Ekialde (2007)
<b>Q Oro en el Premio Iberoamericano a la calidad</b>
- Hospital Zumarraga (2007)

Fuente: Osakidetza (2009, p. 20).

Como estamos viendo, Osakidetza es un referente en la aplicación de modelos de gestión de la calidad. Tal como se puede apreciar, los conceptos de calidad total están muy presentes en cada uno de los objetivos estratégicos de Osakidetza que a continuación se señalan (Osakidetza, 2002, pp. 10-15):

- Servicio al cliente: Proporcionar al usuario un servicio de asistencia sanitaria integrado, de calidad, personalizado y ágil, que responda a sus necesidades de salud.

- Implicación de las personas: Conseguir que el personal de Osakidetza desarrolle sus propias competencias y capacidades, se identifique con la filosofía y objetivos de Osakidetza como organización y con los de sus respectivos centros y alcance un nivel de satisfacción que incida de manera positiva en sus actuaciones y comportamientos.

- Calidad total: Gestionar las diferentes organizaciones que conforman Osakidetza bajo un modelo basado en la filosofía y en los modelos de la calidad total e introducir la mejora continua como garantía de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios.

- Desarrollo empresarial: Lograr una autonomía económica y de gestión en los distintos niveles de Osakidetza (organización central, centros, unidades y servicios) que permita la asunción responsable de los objetivos y la rentabilización de sus recursos a través de estructuras, sistemas y herramientas de organización y gestión actualizadas y dinámicas.

- Desarrollo tecnológico: Potenciar el desarrollo de la tecnología y de la investigación dentro de la organización, adecuándolas a las necesidades y posibilidades de la misma, propiciando su adecuada evaluación y gestión, así como su difusión en todos los centros.

A pesar de la apuesta de Osakidetza por la calidad, y refiriéndonos a partir de ahora al sector de los Servicios Sociales, podemos hacer mención al análisis DAFO que en relación a este sector y en la CAPV, realizó la Federación de Cajas de Ahorro Vasco-Navarras en 2005. En este análisis se señala, como una de las debilidades del sector, la “escasa incorporación de criterios de calidad en la gestión de los Servicios Sociales. A pesar del incremento del gasto público en el ámbito social, los avances en el campo de una gestión basada en la eficacia y la eficiencia de los recursos es muy limitada” (FCAVN, 2005, p. 125).

Sin embargo, en la misma matriz DAFO, se destaca como oportunidad “la extensión de la cultura de la calidad y excelencia empresarial en la acción social. (...) En el País Vasco ya hay ejemplos de empresas de gestión de centros residenciales que cuentan con certificaciones de calidad pero son todavía minoritarias” (FCAVN, 2005, p. 128).

Como hemos señalado con anterioridad, una dificultad que afrontamos en este trabajo es la inexistencia de registros que reúnan la información acerca de las certificaciones/reconocimientos de sistemas de gestión de la calidad en el sector de los Servicios Sociales en la CAPV. Por ello, no podemos señalar, con datos, si la apuesta realizada por el sistema sanitario público por la calidad se está trasladando al sector de los Servicios Sociales y en qué medida es así.

Una vez realizado el trabajo empírico de la presente Tesis Doctoral, estaremos en mejor disposición de valorar el nivel de implantación de los modelos de gestión de la calidad, así como el grado de utilización de herramientas como las cartas de servicio, las encuestas de satisfacción, etcétera, en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV.

Continuando con los Servicios Sociales, consideramos al igual que Barbero (2008, p. 16), que el sistema público de Servicios Sociales de la CAPV, configurado

como un sistema de responsabilidad pública y gestión mixta, necesita impulsar medidas que promuevan la calidad asistencial, garantizando que los servicios se prestan bajo unos mismos estándares de calidad comunes en todo el sistema, más allá de los requisitos necesarios para la homologación de los servicios y centros, y comenzando por garantizar los estándares básicos contemplados en la normativa reguladora de los servicios de responsabilidad pública (requisitos materiales, funcionales o de personal, derechos de las personas usuarias y derechos y deberes de los profesionales).

En nuestra opinión, las organizaciones deben considerar la oportunidad de implantar un sistema de gestión de la calidad. A aquellas organizaciones que han iniciado este camino, los sistemas de gestión de la calidad les está permitiendo, además de acreditarse y obtener un reconocimiento externo, formalizar su experiencia, introducir una dinámica formal de mejora continua, orientarse en mayor medida hacia el usuario y reforzar el reparto de responsabilidades en la organización y la colaboración en los procesos clave para alcanzar objetivos comunes.

En relación a la implantación de modelos de calidad en los Servicios Sociales es interesante hacer mención al proyecto “Elaboración de un marco orientativo y mejora de los sistemas de apoyo para la implantación progresiva de sistemas de calidad en los Servicios Sociales, de ámbito local, de la CAPV”, que se desarrolló entre 2007 y 2009, y que tuvo como objeto fomentar en los Servicios Sociales Municipales la introducción de metodologías de mejora de la calidad. Durante la realización del mismo, se concluyó que tan solo un 20% de las organizaciones públicas locales que respondieron a la encuesta habían implantado un sistema de gestión de calidad. Las razones aducidas por los departamentos de Servicios Sociales de los ayuntamientos vascos para no implantar estos sistemas fueron, por este orden (Barbero y Díez, 2009, p. 42):

- El tamaño del Ayuntamiento o mancomunidad (26,7% de los casos).
- El tiempo necesario para la implantación (20% de los casos).
- La escasa formación previa en temas de calidad (16,7% de los casos).

- La falta de soportes de apoyo para la implantación (13,3% de los casos).

Sin embargo, desde los departamentos de Servicios Sociales sí se observaba la necesidad de modificar algunos aspectos de su gestión mediante metodologías de mejora. Así, los aspectos que se consideraron más necesarios trabajar fueron, principalmente, la satisfacción de los usuarios y de los trabajadores (mediante la realización de encuestas) y los aspectos relativos a la identificación, análisis y mejora de los procesos.

Los departamentos de Servicios Sociales que sí tenían implantada alguna metodología o sistema de gestión de la calidad, señalaban que el principal motivo para comenzar este camino fueron situaciones de “crisis o bloqueo”. En otros casos, el motor fue la iniciativa de alguna persona, líder o impulsor del cambio, que creyendo en la “bondad” de estos sistemas se convirtió en el tractor del proceso. Las principales aportaciones detectadas por estos departamentos municipales que han iniciado procesos de mejora de su gestión son: mayor claridad en la dirección, mayor confianza en los servicios prestados, ordenación y sistematización, gestión del cambio, identificación de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos, mejora continua de la capacidad y rendimiento de las personas y difusión del conocimiento (Barbero y Díez, 2009, p. 42).

Otras conclusiones del estudio que podemos destacar, y que no nos resultan sorprendentes pues refuerzan afirmaciones que ya hemos realizado en el presente trabajo, fueron (Barbero y Díez, 2009, pp. 44-45):

- El principal factor de éxito de los proyectos de implantación de nuevas metodologías o sistemas de gestión de la calidad es la implicación de la dirección.

- Es importante dedicar tiempo a realizar un diagnóstico previo de la entidad que contemple factores cualitativos como la cultura organizativa, los canales de comunicación y las expectativas.

- Hay que insistir, durante todo este proceso, en el convencimiento en la adecuación y utilidad de la metodología de calidad, y no vivirlo como una imposición o “moda”.

- Es conveniente extender la comunicación respecto al modelo de gestión de la organización a todos los estamentos posibles, intentando alcanzar a largo plazo a la totalidad de profesionales, personas destinatarias, familiares, proveedores, otros agentes sociales o pertenecientes a sistemas con los que se comparten espacios (socio-sanitario, sociolaboral, educativo, etcétera) y recogiendo siempre sus aportaciones.

Como señalábamos anteriormente, no podemos afirmar con datos, si la apuesta realizada por el sistema sanitario público por la calidad se está trasladando al sector de los Servicios Sociales. Pero una muestra de la apuesta del Gobierno Vasco por la calidad en este sector es la creación, comunicada en julio de 2009, de una Alta Inspección, figura que surge de la Ley de Servicios Sociales de la CAPV de diciembre de 2008.

Esta Alta Inspección tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de una mínima calidad en toda la red asistencial. En palabras de la consejera de Empleo y Asuntos Sociales<sup>210</sup> se trata de “una pieza decisiva para garantizar el ejercicio del derecho subjetivo a los Servicios Sociales (...) Se trata de garantizar el derecho de los ciudadanos a los Servicios Sociales. Es una herramienta para que los ciudadanos puedan reclamar si se incumple ese derecho”. Su función consistirá en analizar la red de Servicios Sociales y sacar a la luz sus posibles deficiencias. La Alta Inspección<sup>211</sup> del Gobierno Vasco, que desempeña una función de control de calidad, carece de capacidad sancionadora y sus informes permitirán evaluar si prestan mejor servicio asistencial los centros públicos o los gestionados por empresas privadas.

Para finalizar, la implantación en las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales de modelos de gestión, globales o específicos del sector, puede comenzarse

---

<sup>210</sup> Las palabras de la consejera de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, Gemma Zabaleta, salieron en prensa el 28 de julio de 2009 (El Diario Vasco, pp. 2-3).

<sup>211</sup> A la Alta Inspección le corresponde, según el artículo 83 de la Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre, velar por el cumplimiento de las condiciones básicas que garanticen el derecho a los Servicios Sociales, comprobar la adecuación de los niveles de servicio y prestación ofrecidos por el Sistema Vasco de Servicios Sociales, y comprobar, el cumplimiento en relación a la planificación y programación de los Servicios Sociales, la autorización e inspección y las funciones de valoración y diagnóstico.

en una primera instancia, en nuestra opinión, con la utilización de metodologías más sencillas. De esta forma, salvo en casos muy excepcionales (organizaciones de gran dimensión o departamentos en grandes ayuntamientos, con sistemas de gestión más o menos desarrollados), estas organizaciones podrían acercarse progresivamente a la cultura de la calidad y desarrollar algunos procedimientos y herramientas básicas que preparen la implantación posterior de sistemas de calidad, sin necesidad de iniciar la implantación del sistema en su conjunto.

Por ello, recomendamos empezar a trabajar con la utilización de metodologías de mejora como la reflexión estratégica, las cartas de servicio, el análisis de las expectativas de los usuarios, los cuestionarios de satisfacción dirigidos a clientes y empleados, los sistemas de quejas y sugerencias, la identificación de procesos y la simplificación de los mismos, etcétera. Entendemos que la introducción de este tipo de procedimientos y herramientas supone ya un salto cualitativo y una mejora clara en la intervención y la gestión de estas organizaciones, evitando la complejidad que supone la utilización de los modelos de gestión de la calidad.

Finalmente pensamos, al igual que Consuegra (2003, p. 398), que a pesar de que la implantación de los modelos de gestión de la calidad se puede considerar como positiva, “el mejor servicio que se le puede hacer a la calidad es no convertir sus técnicas en un tótem, en una especie de pensamiento único, acrítico, adoptándolas miméticamente”. Ahora bien, en opinión de este mismo autor, quizás haya que desarrollar modelos alternativos a los sistemas de garantía de calidad, e incluso para el modelo EFQM, que pudieran ser más idóneos y rentables para las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, evitando un exceso de papeles y normas descriptivas, para “concentrar nuestras energías en saber cuáles son nuestros procesos críticos, que precisan de un control riguroso, y donde puede haber una mayor variabilidad y libertad que no reducirá la calidad” (Consuegra, 2003, p. 398).

La discusión y reflexión al respecto parece pertinente, una vez que en el sector se han dado ya los primeros pasos en la implantación y adopción de los citados sistemas y modelos. En definitiva, en nuestra opinión, debería analizarse en profundidad si las herramientas que provienen del ámbito de la normalización de

sistemas de gestión, así como los modelos genéricos de calidad, es decir, aquellos que no están orientados hacia una actividad en concreto, sino que son de aplicación universal y que se pueden aplicar, en principio, en cualquier tipo de actividad, se adaptan de forma adecuada a este ámbito específico de actividad o si, por el contrario, resulta necesario profundizar en el ámbito de los modelos específicos, es decir, en aquellos modelos que están orientados hacia una actividad en concreto.

Según algunos autores (Grint *et al.*, 1997 y Bloor, 1991, entre otros) la idea de que existan estándares de calidad aplicables a todo tipo de sectores es descartable y, por tanto, hay que preguntarse sobre cuáles han de ser los estándares de calidad en cada sector, por ejemplo, en el sector de los Servicios Sociales.

Por otro lado, consideramos necesario hacer referencia a la diferenciación entre conceptos tan elementales como la calidad en la gestión y la calidad asistencial. El esfuerzo realizado en la aplicación de los modelos genéricos puede suponer un avance en relación con la calidad en la gestión pero no verse reflejado en la calidad del servicio. Como señalan Heras *et al.* (2006c, p. 40), “solo muy recientemente parece haberse comenzado a abordar la posible divergencia existente entre los avances relacionados con la calidad en la gestión y la calidad en la asistencia ofrecida en este sector de actividad”.

Finalizamos preguntándonos si la aplicación de los modelos de gestión de la calidad, tanto genéricos como específicos, además de suponer una mejora en la calidad de la gestión de las organizaciones prestadoras de Servicios Sociales, que en términos generales no cuestionamos, afecta positivamente a la calidad asistencial ofrecida por dichas organizaciones. Sobre esta cuestión reflexionaremos en los capítulos sexto y séptimo de esta Tesis Doctoral, por lo menos en lo que se refiere al ámbito de los centros residenciales para personas mayores.

## **CAPÍTULO 5º- LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES**

Iniciaremos este quinto capítulo realizando una referencia al proceso de envejecimiento que está experimentando la población tanto en el conjunto del Estado como en la CAPV. Este proceso, como veremos, está acompañado del aumento de personas con algún tipo de dependencia, es decir, con necesidad de ayuda y asistencia para el desarrollo de sus actividades diarias. Si bien la mejor alternativa que se propone desde distintos ámbitos, como la gerontología o el trabajo social, supone el mantenimiento de las personas mayores en el hogar familiar<sup>212</sup>, los recursos residenciales se conforman en esenciales cuando alcanzan un alto grado de dependencia y, por ello, necesitan de cuidados intensivos de terceras personas.

De esta forma, estudiaremos en profundidad las organizaciones objeto de estudio de la presente Tesis Doctoral, es decir, los centros residenciales para personas mayores, analizando sus características, clasificación, funciones, objetivos, etcétera.

Finalizaremos el capítulo con el análisis en profundidad de las características del sector residencial para personas mayores en la CAPV, ámbito en el que enmarcaremos el estudio empírico cuyo diseño comenzaremos a desarrollar a partir del capítulo octavo.

---

<sup>212</sup> En el segundo apartado del capítulo nos apoyaremos en la literatura para explicar esta afirmación.

### 5.1. El envejecimiento de la población en España y en la CAPV

En los últimos años los cambios demográficos, sociales y económicos están transformando la sociedad española. El envejecimiento<sup>213</sup> de la población y el aumento de personas en situación de dependencia dibujan un escenario en el que la prestación de servicios a estos colectivos se presenta como uno de los ejes de desarrollo primordiales en la evolución del estado del bienestar, provocando, sin embargo, interrogantes sobre la sostenibilidad de los servicios que una población envejecida requiere.

Efectivamente, las crecientes perspectivas de longevidad generan incertidumbre sobre la calidad de vida de las personas mayores durante los años adicionales de esperanza de vida logrados gracias a, entre otros factores, las prácticas preventivas y los adelantos científicos.

La longevidad de la población española es una de las mayores del mundo. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en diciembre de 2009, la esperanza de vida<sup>214</sup> al nacimiento roza los 81 años en España, en 2007,

---

<sup>213</sup> Con el término “envejecimiento” se suele hacer referencia al incremento de la proporción de personas mayores, entendiendo por tales las que tienen 65 y más años, por ser esta la edad más frecuente de jubilación, hasta la fecha, de las personas que han tenido un trabajo asalariado. Se trata, sin embargo, de un concepto, como tantos en ciencias sociales, ambiguo, equívoco y que hace referencia a una realidad heterogénea. Como señala Braña (2004), es difícil establecer el momento en que empieza el envejecimiento de una persona, pues es un concepto biomédico, y no tanto laboral o de edad. Por otra parte, es importante señalar que la utilización de la palabra “envejecimiento”, con sus connotaciones negativas, es desafortunada, puesto que las poblaciones no envejecen realmente, lo que hacen es modificar su estructura por edades (Braña, 2004, p. 725). En este sentido, el Imsero en su informe “Las personas mayores en España”, define el envejecimiento como “un proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición de la estructura por edades de una población” (Imsero, 2009, p. 35).

<sup>214</sup> El indicador de longevidad más conocido es la esperanza de vida al nacer, pero la esperanza de vida a partir de una cierta edad es otra medida alternativa a la anterior, aunque menos conocida. España, que ocupa uno de los primeros lugares en longevidad al nacer, se halla en la novena posición de países del mundo en esperanza de vida a partir de los 80 años (7,51 años para los hombres y 9,01 para las mujeres según datos extrapolados del *Human Mortality Database*, 2005). Contrariamente a lo que se podría pensar, la esperanza de vida a partir de los 80 años no ha cambiado demasiado en las últimas décadas, puesto que de hecho, los aumentos espectaculares en esperanza de vida al nacer que se han experimentado a lo largo del siglo XX se han debido fundamentalmente a la disminución de la mortalidad infantil y, por lo tanto, han modificado esencialmente la esperanza de vida al nacer, pero no tanto la esperanza de vida a partir de edades avanzadas (Bermúdez y Guillén, 2008, p. 20).

con un incremento de casi cuatro años desde 1991. Islas Baleares, Comunidad de Madrid, País Vasco, Comunidad Foral de Navarra y Cataluña han registrado el mayor incremento de este indicador desde 1991, con un aumento de más de cuatro años. En relación a la Unión Europea, las mujeres españolas son las más longevas, con una esperanza de vida al nacer de 84,4 años y, en cuanto a los varones, con una esperanza de vida de 77,8 años, ocupan, junto con los holandeses, la tercera posición a nivel comunitario, por detrás de suecos y chipriotas (INE, 2009). Por otro lado, de mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad sobre la población de España, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría, en 2048, los 84,3 años en los varones y los 89,9 años en las mujeres (INE, 2010, p. 4).

El aumento del número de mayores, combinado con la baja tasa de natalidad, ha aumentado el peso relativo de este grupo en la sociedad española<sup>215</sup>. Además, se prevé un incremento muy importante del peso relativo de este grupo a partir de 2020 cuando los hijos del *baby boom*<sup>216</sup> lleguen a los 65 años. Esto supondrá un espectacular aumento de la población mayor. Este aumento es uno de los grandes problemas a los que se enfrenta la sociedad española. Es importante tener en cuenta el aumento de personas mayores de 80 años, un fenómeno que se conoce con el nombre de envejecimiento del envejecimiento y que es de vital importancia para este estudio ya que se trata del grupo de población con un porcentaje más alto de individuos en situación de dependencia (Deloitte, 2008, p.17).

De acuerdo con la información del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2004) (ver gráfico 5.1), las proyecciones de población para el año 2050 muestran

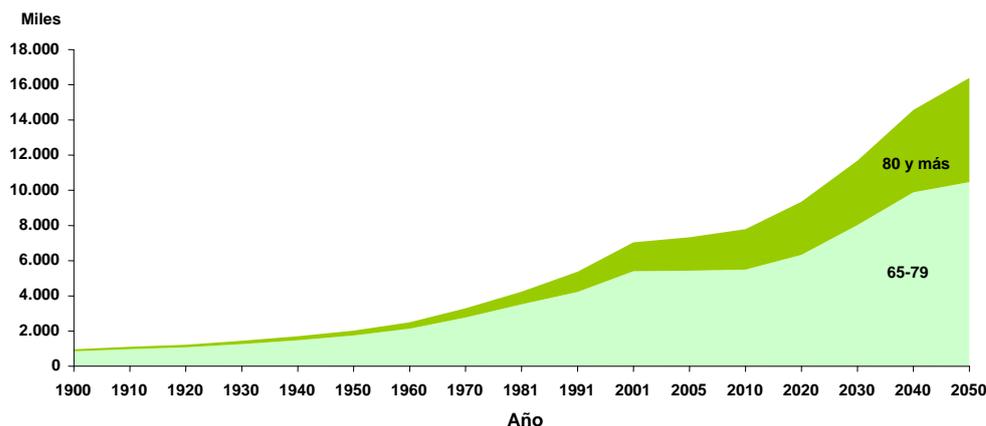
---

<sup>215</sup> Resulta evidente que un menor número de niños hace que el peso relativo de los mayores se incremente.

<sup>216</sup> Se denomina *baby boom* al aumento de la fecundidad durante un período de casi veinte años, que constituyó un hecho histórico en la demografía del pasado siglo XX. El *baby boom* es una explosión demográfica surgida tras la Segunda Guerra Mundial para definir el periodo de tiempo con un extraordinario número de nacimientos que se dio entre 1946 y 1964. En España este fenómeno fue menos pronunciado que en otros países y se desarrolló con una media de diez años de retraso respecto al resto de Europa Occidental y Estados Unidos. El período de mayor natalidad que ha tenido este país se situó entre 1957 y 1977. Durante estos veinte años nacieron casi 14 millones de niños (una media anual por encima de los 640.000 nacimientos), 4,5 millones más que en los veinte años siguientes y 2,5 más que en los veinte años anteriores. Esas generaciones representan actualmente un tercio de toda la población de España (Imsero, 2009, p. 37).

cómo la proporción de población de 65 años llegará a un 28,4% en el caso de los varones, y a un 33,2% en el de las mujeres. Esta cifra resulta todavía más llamativa para las personas de 85 y más años, que pasarán del 1,8% en 2001 al 6,3% en 2050 (Torres *et al.*, 2007, p. 1).

**Gráfico 5.1: Evolución de la población mayor en España, 1900 - 2060 (miles)**

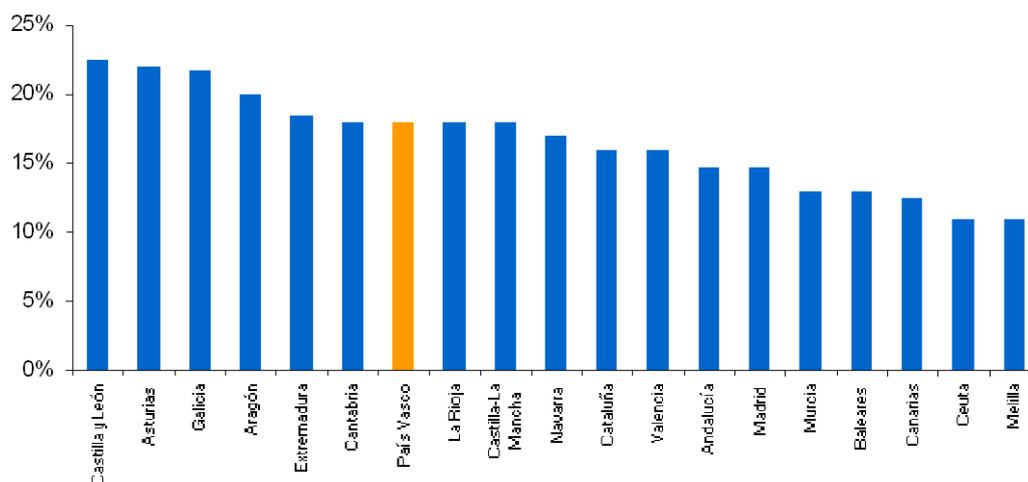


Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE (2008).

En 1900, el número de españoles mayores de 65 años representaba un 5,2% de la población total y la proporción de mayores de 80 años era prácticamente simbólica (Ribera, 2002, p. 6). La proyección de la población de España a largo plazo (2009-2049), realizada por el INE en enero de 2010, confirma los datos anteriores señalando que los mayores crecimientos absolutos y relativos en los próximos 40 años se concentrarán en las edades avanzadas. En concreto, el grupo de edad de mayores de 65 años se duplicaría en tamaño y pasaría a constituir el 31,9% de la población total de España (INE, 2010, p. 3). Por tanto, en 2050, y siempre según fuentes del INE, casi uno de cada tres ciudadanos serán personas mayores.

Esta situación no es muy diferente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, incluso puede considerarse más problemática. Las comunidades autónomas con un porcentaje más alto de población mayor son Castilla y León, Asturias, Galicia y Aragón, por este orden, todas por encima del 20%. A poca distancia se encuentra la CAPV (ver gráfico 5.2).

**Gráfico 5.2: Personas mayores por Comunidad Autónoma, 2007 (porcentajes)**



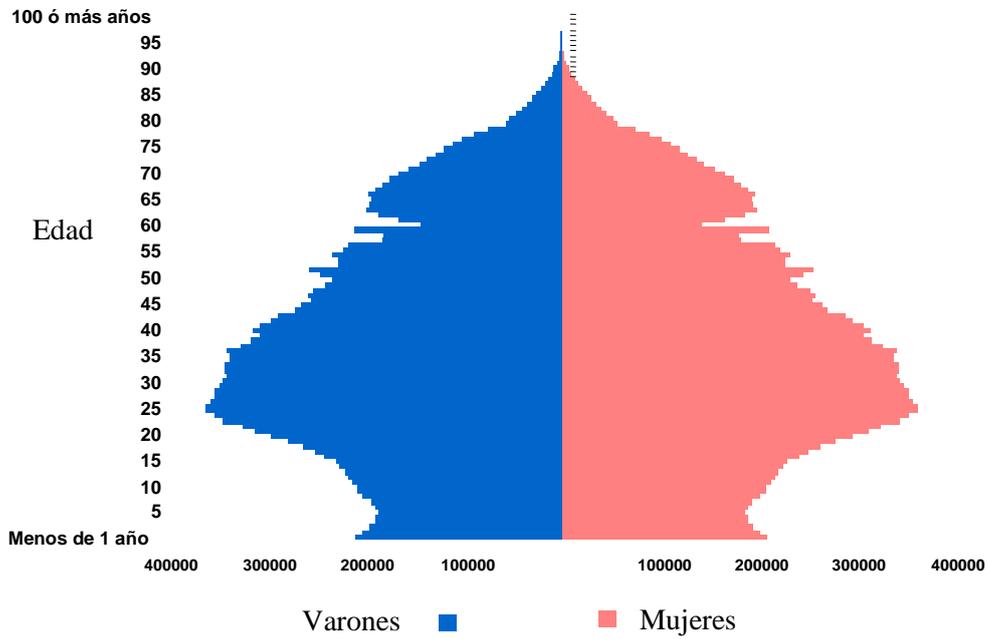
Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE (2007).

El porcentaje de personas mayores en 2007 suponía el 18,5%, superior al 16,7% del total del Estado. Las personas mayores de 80 años representaban el 5% de la población (INE, 2007). La Comunidad Autónoma que ha experimentado un mayor incremento de personas de 80 y más años ha sido Murcia (22,9%), seguida del País Vasco (20,4%) y La Rioja (18,9%) (Imsero, 2009, p. 38).

Un repaso rápido a la pirámide<sup>217</sup> poblacional estimada para 2050 (ver gráfico 5.5) nos refleja la inversión de la estructura demográfica, con más integrantes en la cima que en la base, que ya no tiene forma de pirámide como sucede en las correspondientes al Estado y a la CAPV en 2009 (ver gráficos 5.3 y 5.4). La generación del *baby boom* estará jubilada y la carga sobre el sistema de protección social será máxima (Abellán, 2002, p. 24).

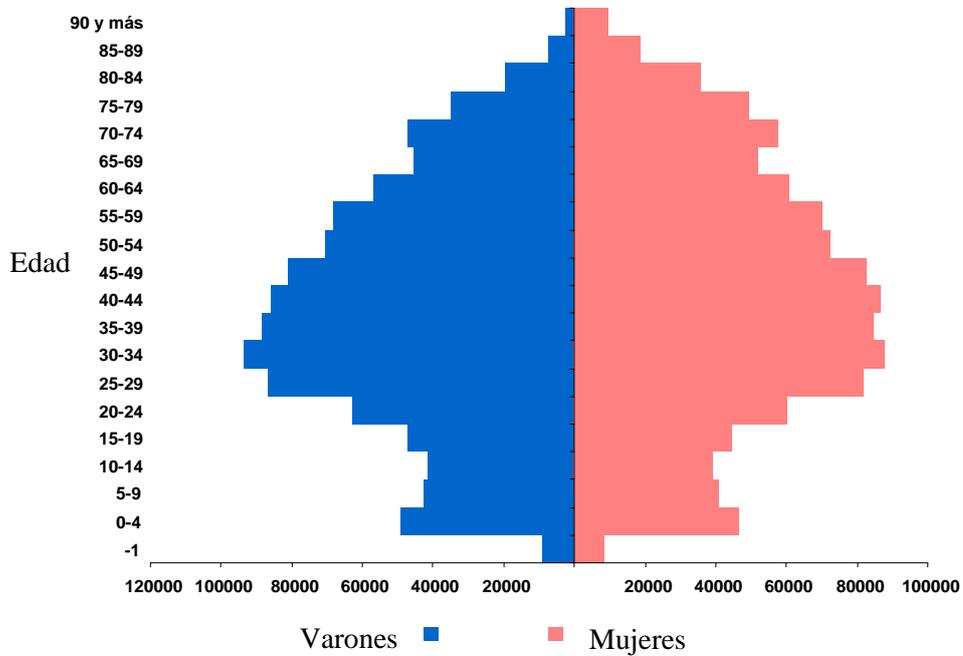
<sup>217</sup> La representación gráfica más usual de la estructura por edades de una población es la pirámide, en la que se recoge en el eje de abscisas el número de personas de un país, una región o incluso una ciudad, distinguiendo entre los hombres, a la izquierda, y las mujeres, a la derecha, y en el eje de ordenadas su edad.

**Gráfico 5.3: Pirámide poblacional de España en 2009**



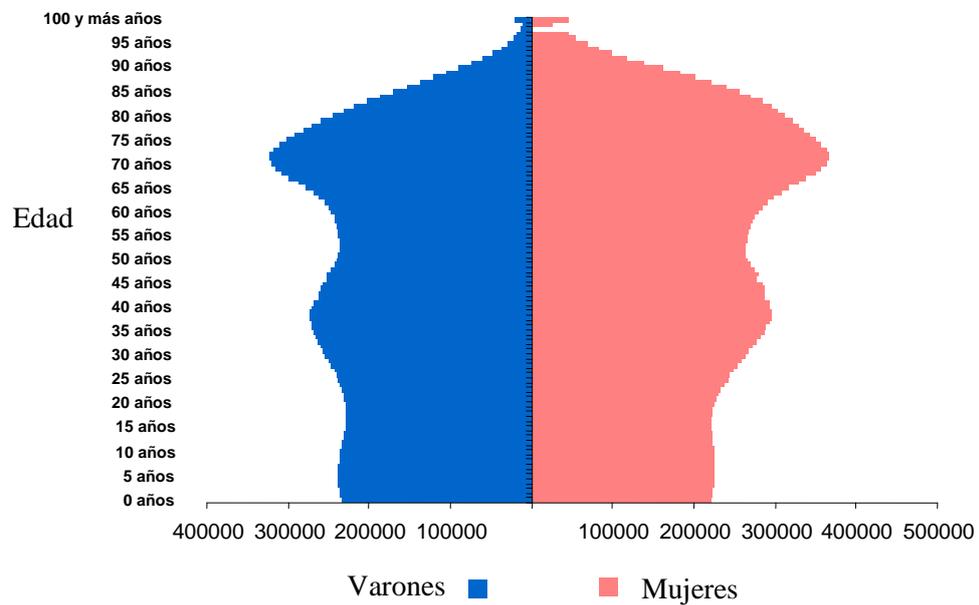
Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE (2009).

**Gráfico 5.4: Pirámide poblacional en la CAPV en 2009**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE (2009).

**Gráfico 5.5: Pirámide poblacional de España en 2050**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE (2010).

La estructura de los grupos envejecidos cambiará en los próximos años: el peso de los octogenarios será mayor que la actual: en 2050 serán uno de cada tres personas. Por tanto, los cambios previstos en la estructura de edad de nuestra población tendrán importantes repercusiones, no solo en el ámbito público, como en el sistema de pensiones o en el de salud, sino que afectarán a prácticamente todas las instituciones sociales, incluyendo empresas y familias (Imsero, 2009, p. 37).

Además, una edad avanzada está a menudo acompañada por la incapacidad de realizar muchas de las tareas de la vida diaria o, en otras palabras, está acompañada de dependencia. Esta dependencia requiere una gran variedad de cuidados y atenciones, a menudo por largos períodos de tiempo. Además, un número importante de los mayores dependientes habrán tenido solo un hijo o ninguno, muchos estarán viudos, no se habrán casado nunca o estarán divorciados. En efecto, la longevidad aumenta y el tamaño familiar disminuye, por lo que es difícil que las familias puedan asumir la carga de cuidados de larga duración que precisan las personas mayores dependientes (Abellán, 2002, p. 24).

Por otro lado, los cambios que se están produciendo en las pautas de vida familiares, como la participación sostenida de las mujeres en el mercado de trabajo o los cambios en el modo de vida de los mayores (el deseo de una mayor independencia o el deseo de no interferir o condicionar la vida de los hijos), hace pensar en una mayor demanda de atención a la población dependiente en los grupos de edad más avanzada (Albarrán *et al.*, 2001, p. 109). Esta carga deberá ser asumida por el sector formal, sea público (con financiación exclusivamente pública o sistemas de copago) o privado. En la actualidad, la mayor parte de los mayores dependientes son atendidos por las redes informales. En unas décadas la carga asumida por el sector formal deberá superar a la ayuda informal o familiar (Abellán, 2002, p. 24).

Los recursos residenciales se conforman en esenciales cuando la persona mayor alcanza un alto grado de dependencia, con necesidad de cuidados intensivos de terceras personas. El cuidado de las personas mayores en el ámbito residencial se convierte en un reto ante la diversidad de atenciones que las personas mayores requieren, cuidados que han de adaptarse a los cambios que se producen en las dolencias propias del aumento de edad (Imsero, 2000, p.13).

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad conllevan un debilitamiento de las estructuras familiares entre las diversas generaciones. Un rasgo de la nueva estructura familiar como resultado del declive de la mortalidad y fecundidad es lo que se denomina “verticalización”, que supone un aumento del número de generaciones vivas, incrementándose las posibilidades de mantener relaciones intergeneracionales, al tiempo que se reducen las relaciones intrageneracionales al disminuir el número de miembros de la misma generación. Es decir, las personas en un futuro próximo envejecerán teniendo más vínculos familiares verticales que horizontales. Pero aunque haya más generaciones, es frecuente en las sociedades contemporáneas que una persona anciana viva sola o con su cónyuge, lo que no significa que no siga manteniendo intensos lazos afectivos y emocionales con su familia (Walker *et al.*, 1993, p.30).

En efecto, la proporción de mayores que viven solos en España está creciendo y se aproxima poco a poco a la tasa media de alrededor del 40% observada en los países de la Unión Europea. Según datos del Imserso (2009)<sup>218</sup>, se constata que las personas ancianas viven notablemente más en su propia casa que en la de otras personas, aunque entre las de más edad la proporción disminuye de forma remarcable, especialmente entre las mujeres.

En cuanto al cuidado familiar de las personas mayores, cada vez hay más miembros de las generaciones ancianas y menos de las jóvenes, que se ocupan de dicha tarea. No poder compartir el cuidado de los ancianos entre hermanos e hijos supone una situación potencialmente conflictiva. La revolución demográfica experimentada ha producido un número de modelos diversos en las estructuras y roles intergeneracionales (Bazo, 2008, p. 75).

A medida que disminuye la edad de la población encuestada, existe mayor aceptación de las residencias de tercera edad como lugar de residencia deseado para la propia vejez.

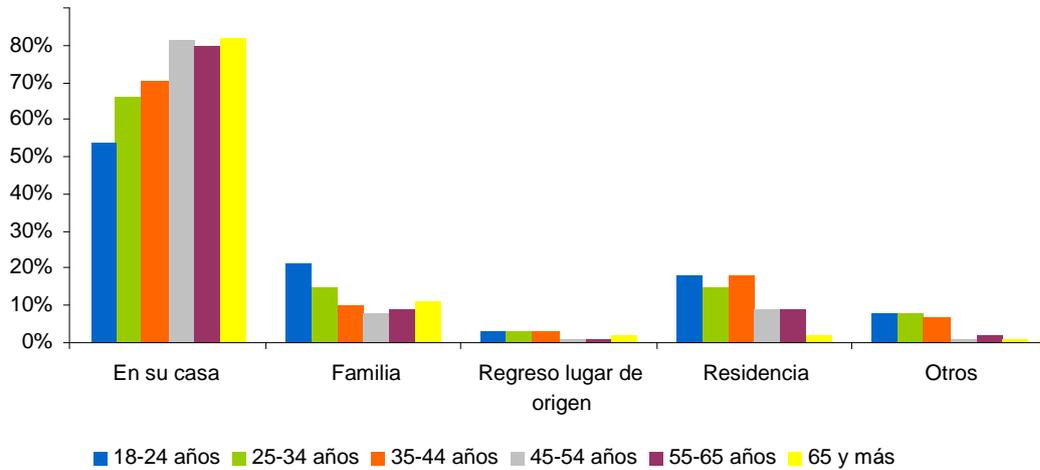
El gráfico 5.6 muestra cómo la población más joven se muestra más favorable al ingreso en residencias. Sin embargo, la población dispuesta a residir en residencias no alcanza el 10% del total, por debajo de los índices europeos. Cabe destacar la poca aceptación de las residencias entre la población mayor de 65 años posiblemente debido a que éstas se asocian a un nivel de dependencia física elevado, a la sensación de enfermedad crónica (Torres *et al.*, 2007, p. 2).

Sin embargo, cuando las personas han ingresado en una residencia, los datos de aceptación cambian: el grado de adhesión a las residencias parece bastante elevado, pues ocho de cada diez internos volverían a elegir vivir en una residencia o lo recomendarían a un amigo, y nueve de cada diez manifiestan que seguirán viviendo en la residencia en los próximos años (Imserso, 2005).

---

<sup>218</sup> Para una mayor información puede consultarse el informe “Las personas mayores en España, 2008”, en <<http://www.imserso-mayores.csic.es>>.

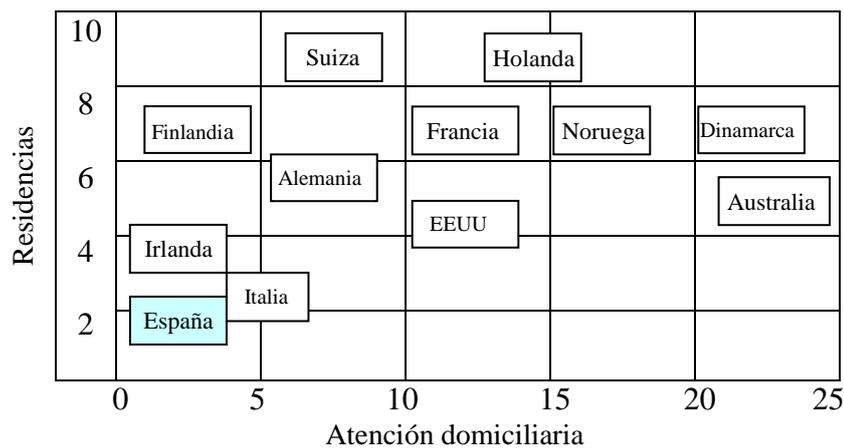
**Gráfico 5.6: Expectativas sobre la forma deseada de residencia para la vejez**



Fuente: CIS (2001).

El gráfico 5.7 muestra el porcentaje de personas mayores que utilizan servicios residenciales y domiciliarios en algunos países de la OCDE. España tiene el menor indicador de utilización de residencias y atención domiciliaria. La tendencia actual es el aumento de ambos servicios, tanto residenciales como domiciliarios (Torres *et al.*, 2007, p. 3).

**Gráfico 5.7: Utilización de residencias y atención domiciliaria en el mundo (porcentaje de población)**



Fuente: Elaboración propia a partir de Casado y López (2001, p. 103).

Junto a la creciente aceptación de residencias, otros productos asistenciales como la atención domiciliaria, las viviendas acondicionadas, los apartamentos tutelados, entre otros, despiertan también el interés de las personas mayores. Se trata de nuevas fórmulas en las que se combina el cuidado y la asistencia sanitaria con la autonomía e intimidad y que están teniendo cada vez mayor aceptación (Torres *et al.*, 2007, p. 4).

## 5.2. La dependencia y las necesidades residenciales de las personas mayores

El envejecimiento está a menudo acompañado por la incapacidad de realizar muchas de las tareas cotidianas o, en otras palabras, está acompañado de una dependencia<sup>219</sup>. La persona mayor dependiente, no puede realizar de forma autónoma los actos esenciales de la vida diaria puesto que sus funciones físicas o mentales están deterioradas, por lo que necesita ayuda permanente para tareas cotidianas como vestirse, alimentarse, etcétera, y/o en los desplazamientos dentro o fuera del hogar (Bermúdez y Guillén, 2008, p. 21). La dependencia, por tanto, se puede entender como la necesidad de ayuda de terceras personas para poder realizar la actividad normal ante la presencia de una discapacidad<sup>220</sup>.

La recomendación 98/9 del Consejo de Europa define la dependencia como un estado en el que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias (Consejo de Europa, 1998b, p. 13).

Por otra parte, la falta de integración social de las personas mayores les lleva a una mayor dependencia. Existen fuertes argumentos, por lo tanto, para la adopción de una definición de dependencia que incorpore el funcionamiento físico, mental, social y económico. Por ello, en opinión de especialistas de este ámbito como O'Shea (2003, p. 8), parece necesario ampliar la definición anterior de la siguiente manera:

“Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y

---

<sup>219</sup> Algunos autores suelen emplear el término “limitaciones en la capacidad funcional” para referirse a los problemas de dependencia (Béland y Zunzunegui, 1995, p. 207). En este trabajo emplearemos, en mayor medida, el término “dependencia”.

<sup>220</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como un término genérico que contempla tanto las deficiencias a nivel físico (problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de la persona), las limitaciones en la actividad (dificultades que el individuo puede experimentar para realizar actividades, tanto cualitativamente como cuantitativamente hablando) y las restricciones en la interacción con otros individuos (problemas del individuo en sus relaciones con la sociedad) (OMS, 2001).

asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores” (O’Shea, 2003, p. 8).

A efectos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, de 14 de diciembre de 2006, se entiende por dependencia 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 otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

La valoración de las funciones físicas y mentales es una tarea muy importante que actualmente es realizada, en todos los países de la UE, por profesionales que utilizan diferentes escalas. En función de los resultados de estos análisis se determinará el apoyo y el tipo de servicio que cada persona debe recibir del Estado, la duración y la localización de ese apoyo. La capacidad de las personas de cuidar de ellas mismas a medida que envejecen determinará si pueden permanecer en sus viviendas o si necesitan cualquier tipo de asistencia de larga duración.

Para fijar los niveles de severidad de la dependencia suele utilizarse el criterio definido por el Libro Blanco de la dependencia (2005). El Libro Blanco antes de definir los niveles de dependencia considera las nueve actividades siguientes como Actividades Básicas de la Vida Diaria<sup>221</sup> (ABVD): 1) lavarse y cuidar del propio aspecto; 2) controlar las necesidades y utilizar el servicio; 3) vestirse y arreglarse; 4) comer y beber; 5) cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo; 6) levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado; 7) desplazarse dentro del hogar;

---

<sup>221</sup> A efectos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, de 14 de diciembre de 2006, se entiende por Actividades Básicas de la Vida Diaria las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia.

8) reconocer personas y objetos y orientarse; 9) entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, cap. 12, pp. 6-7).

El modelo de clasificación que se plantea en el Libro Blanco considera tres niveles o grados de dependencia. En el nivel de mayor gravedad, se sitúa la gran dependencia, donde el individuo requiere de ayuda para realizar diferentes ABVD, diversas veces al día, y debido a su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continua de otra persona. A continuación, la dependencia severa, donde el individuo es ayudado en varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia continuada de una persona encargada de su cuidado. Finalmente, la dependencia moderada, en la cual, hace falta ayudar al individuo a realizar una o varias ABVD, al menos una vez al día. De este modo, el Libro Blanco propone un indicador sintético de la severidad muy vinculado a la necesidad de asistencia personal, que tiene en cuenta el número de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que se pueden realizar y el grado de dificultad para realizar cada una de ellas sin ayuda (Bermúdez y Guillén, 2008, p. 23).

Esta escala no coincide exactamente con la finalmente empleada en la reglamentación posterior a la Ley de dependencia<sup>222</sup> de 2006. En 2007 se aprobó el Índice de Valoración de la Dependencia (IVD), que determina las situaciones de dependencia moderada, dependencia severa y de gran dependencia que se recogen en la Ley, pero, pese a haberse inspirado en el Libro Blanco, se utilizó un nuevo criterio de clasificación. De esta forma, seguiremos hablando de tres grados de dependencia definidos ahora de la siguiente forma:

a) Grado I. Dependencia moderada. La persona necesita ayuda para realizar algunas actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del IVD de hasta 49 puntos.

---

<sup>222</sup> De esta manera se conoce popularmente al texto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, de 14 de diciembre de 2006.

b) Grado II. Dependencia severa. La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un asistente o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del IVD de hasta 74 puntos.

c) Grado III. Gran dependencia. La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Corresponde a una puntuación del IVD de hasta 100 puntos<sup>223</sup>.

La carencia de equivalencia entre las puntuaciones del Libro Blanco y las del IVD origina confusión en las cifras que se acostumbran a emplear. Por lo tanto, conviene prestar atención a la definición de las categorías de dependencia y a las diferencias de criterio según se emplee la clasificación del Libro Blanco o del baremo del IVD. Las diferencias se deben a un menor detalle en las tareas consideradas en este último y en una diferenciación en la importancia de cada una de las actividades a través de la asignación de pesos para obtener la puntuación final (Bermúdez y Guillén (2008, p. 23).

En los próximos años, el aumento en el número de personas con dependencia comportará una mayor demanda de prestaciones sociales y/o sanitarias, que deberán ser coordinadas. Así, se estima<sup>224</sup> que en 2006 el 2,6% de la población total en España eran personas dependientes (Deloitte, 2008, p. 20). Por otro lado, existe un acuerdo generalizado al considerar la existencia de una estrecha relación entre dependencia y edad. Es decir, el porcentaje de individuos que soportan limitaciones

---

<sup>223</sup> La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su art. 26, clasifica cada uno de los grados de dependencia citados en dos niveles, considerando para ello la autonomía de las personas y la intensidad del cuidado que requiere.

<sup>224</sup> En relación a la estimación de dependencia en España se puede acudir al informe “Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España”, de Palacios *et al.* (2008). Este documento presenta diferentes estimaciones de discapacidad y dependencia entre la población española de mayor edad.

en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos segmentos poblacionales de mayor edad, como puede observarse en la tabla 5.1.

**Tabla 5.1: Población dependiente por grados de dependencia y grupos de edad**

	Menores de 65 años	De 65 a 79 años	80 años y más
Grado III	0,09%	0,86%	6,40%
Grado II	0,22%	2,00%	10,03%
Grado I	0,52%	3,93%	8,55%

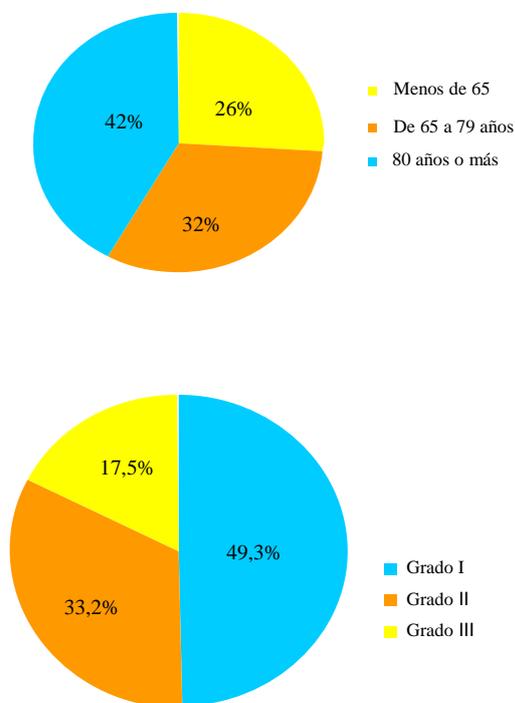
Fuente: Deloitte (2008, p. 20).

Sin embargo, el aumento en el porcentaje de personas dependientes no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad, alrededor de los 80 años, en la que se acelera notablemente. Por ello, si todas las proyecciones demográficas indican un notable incremento en el número de personas mayores, no es extraño que la cuestión de la dependencia sea considerada un problema acuciante, estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico.

Por lo que respecta a los grados de dependencia (ver gráfico 5.8), la población dependiente está dividida al 50% entre personas con nivel de dependencia moderada (Grado I) y el otro 50% dividido entre personas con dependencia severa (Grado II) o gran dependencia (Grado III).

Destaca que mientras que en el grupo de edad de menores de 80 años, la importancia relativa de los dependientes de Grado III se sitúa aproximadamente en el 10%, para los mayores de 80 años se eleva hasta el 25% (Deloitte, 2008, p.21).

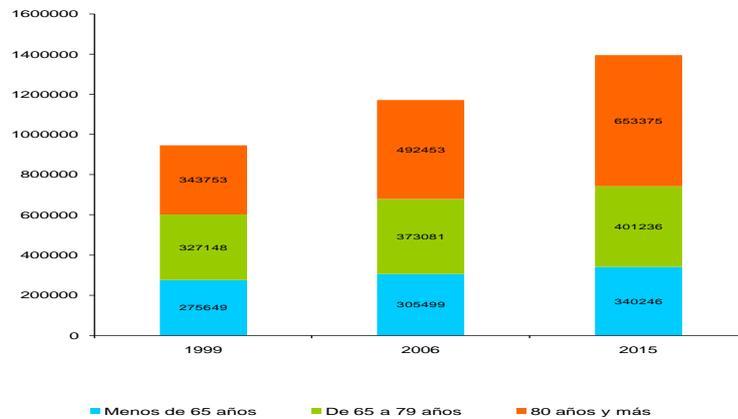
**Gráfico 5.8: Distribución de la población dependiente por edad y grado de dependencia**



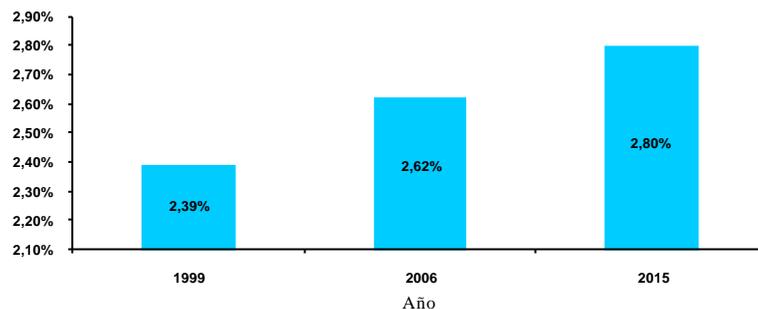
Fuente: Adaptado de Deloitte (2008, p. 21).

En relación a la población dependiente en España, ésta aumentó un 23,7% desde 1999 hasta 2006, mientras que la población total solo se incrementó un 12,7%. Se estima que para el año 2015, la población dependiente llegará a 1.394.857 personas. El grupo de población dependiente que experimentará un mayor aumento más será el de las personas mayores de 80 años. Los otros dos grupos de estudio (entre 65 y 79 años y menores de 65 años) se mantendrán más o menos constantes (ver gráfico 5.9). El porcentaje de personas dependientes sobre el total seguirá creciendo debido al proceso de envejecimiento que sufre la población española y se situará en el 2,8% del total (Deloitte, 2008, p. 22).

**Gráfico 5.9: Evolución de la población dependiente en España**



**% población dependiente sobre el total**



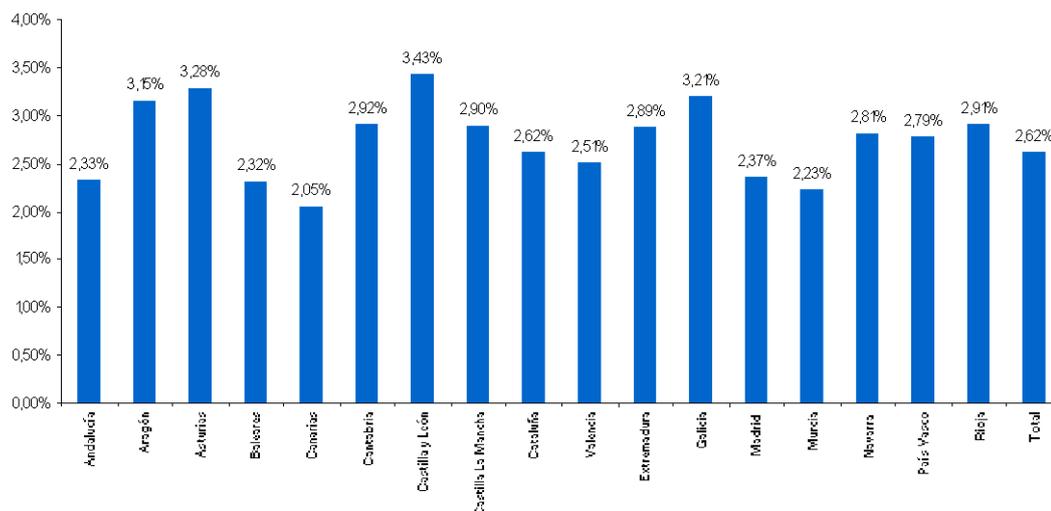
Fuente: Deloitte (2008, p. 22).

Castilla y León (3,43%), Asturias (3,28%), Galicia (3,21%) y Aragón (3,15%) son, por este orden, las comunidades con un porcentaje mayor de población dependiente sobre la población total (ver gráfico 5.10). Igualmente, estas comunidades son las que tienen un porcentaje mayor de población de más de 65 años. En la CAPV el porcentaje de población dependiente es del 2,79% respecto a la población total (Deloitte, 2008, p. 22).

Admitiendo que las proyecciones demográficas fuesen correctas, el argumento que se emplea para inferir el aumento futuro del número de personas mayores dependientes ha sido considerado cuestionable por autores como Casado y López (2001). Aunque la cantidad de personas mayores aumente en el futuro, que es lo único que realmente señalan las proyecciones demográficas, el que esto comporte

un aumento paralelo en el número de personas mayores dependientes dependerá de cómo evolucione la prevalencia de la incapacidad funcional en el futuro. Para los citados autores, admitir que ésta permanecerá inalterada es solo una hipótesis que precisaría de una justificación (Casado y López, 2001, p. 29).

**Gráfico 5.10: Porcentaje de población dependiente en las distintas CCAA**



Fuente: Deloitte (2008, p. 23).

Sin embargo, en los últimos tiempos el debate se ha centrado, más que en evaluar la correlación entre el grado de envejecimiento de las sociedades y su nivel de dependencia, en el modelo de atención a la dependencia que debe adoptar un estado con niveles altos de protección social como el nuestro (Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad & Vida, 2008, p. 7). Como resultado de estos estudios, a finales de 2006 fue publicada la anteriormente mencionada Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Su objetivo es aplicar en España los criterios establecidos por la Unión Europea para regular las políticas de atención a la dependencia: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo<sup>225</sup>.

<sup>225</sup> El estudio sobre la evolución del SAAD realizado por la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, durante el periodo junio 2008 - diciembre 2009, a partir de datos del Imsero y del INE, pone de manifiesto la existencia de Comunidades Autónomas que han aprovechado los tres años de vigencia de la ley para mejorar su gestión, mientras que en otras apenas se ha cambiado nada. Tres años después de ponerse en marcha la Ley de Dependencia, miles de personas, muy necesitadas, aún aguardan la ayuda a la que tienen derecho. El tiempo de espera desde

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto el establecimiento de un marco general para el desarrollo del SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia) común en todas las Comunidades Autónomas, que requiere fijar criterios comunes en cuanto a la calidad y la acreditación de entidades prestadoras de estos servicios, de forma que la atención a las personas mayores en situación de dependencia se ofrezca en condiciones de igualdad, accesibilidad y sostenibilidad, y con prestaciones integrales e integradas.

Igualmente, la Ley menciona, en su exposición de motivos, la necesidad del “compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de Servicios Sociales de calidad, garantistas y plenamente universales”. Son repetidas las ocasiones en las que en el desarrollo de esta Ley se menciona la necesidad de establecer criterios y estándares de calidad, así como criterios de acreditación<sup>226</sup>.

En cualquier caso, las consecuencias que una estructura envejecida de la población puede tener sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas, cuando son tantas las presiones para reducir el tamaño del sector público, ha llevado a las principales instituciones económicas internacionales, y en particular a la Comisión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), a estudiar el futuro de los sistemas públicos de pensiones, de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores<sup>227</sup> (Braña, 2004, p. 726).

---

la presentación de la solicitud hasta la percepción del servicio, en el caso de que se obtuviera una valoración de dependencia con un grado y nivel suficientes, oscila de los 12 a los 18 meses, una media que engordan algunas Comunidades con una gestión muy deficiente. Desde mediados de 2008 hasta principios de 2010, se ha mantenido un número aproximado de 240.000 personas en situación de dependencia reconocida que no recibe ningún tipo de atención derivada de la Ley 39/2006. Es evidente que, después de tres años de vigencia de la Ley de dependencia en España, las expectativas generadas inicialmente en la población, quizá excesivas, se han visto defraudadas en gran medida por la lentitud de los ritmos de gestión. Con respecto al País Vasco, los plazos de atención y los índices de cobertura son muy buenos y, posiblemente, el disponer de un sistema de Servicios Sociales bien dotado y más acostumbrado a las prestaciones y servicios de derecho subjetivo haya colaborado a esta buena situación (Barriga, 2010). Estudio disponible en: <[www.scribd.com/InformeDependencia/d/2596-6107](http://www.scribd.com/InformeDependencia/d/2596-6107)>.

<sup>226</sup> En el apartado 5.5 abordaremos esta cuestión en profundidad.

<sup>227</sup> Pueden verse las comunicaciones presentadas por la Comisión Europea en 2001, 2002 y 2003.

La mayoría de los gobiernos europeos están preocupados por el aumento de los costes de atención a las personas dependientes y por la ausencia de mercados de seguros privados para la atención comunitaria y residencial. La financiación de los sistemas en todos los países es un producto de su historia, cultura y política y solo se someten a cambios radicales bajo circunstancias excepcionales. La mayoría de los países prefiere hacer cambios puntuales a llevar a cabo un cambio global de las estructuras (O'Shea, 2003, p. 6).

De acuerdo a las conclusiones del estudio "Financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia", realizado por las Universidad Pompeu Fabra y la Universidad Católica San Antonio de Murcia, serían necesarios, a comienzos del año 2010, más de 710 millones de euros para poder cubrir las demandas de las personas dependientes en España. Este estudio hace un balance de la gestión de la Ley. Los cálculos establecen que, tras beneficiarse de dos repartos extraordinarios como el Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía (400 millones de euros en diciembre de 2008) y el crédito otorgado por el Consejo de Ministros (283 millones en mayo de 2009), el "déficit" de la financiación sería de más de 710 millones de euros.

En palabras de José Luis Bilbao, diputado general de Bizkaia, y recogiendo, en 2010, una preocupación latente tanto en la institución foral de Álava como en la de Gipuzkoa, "si no se toman medidas urgentes, será imposible mantener en el futuro el nivel actual de prestaciones sociales"<sup>228</sup>. En efecto, por un lado, se desea mantener las actuales prestaciones sociales y, por otro lado, surgen nuevas necesidades a las que hay que responder. El problema radica en cómo financiar los nuevos derechos y cómo hacer frente a un número mayor de beneficiarios de los mismos. Hay que tener en cuenta que, según datos del Imsero (2009), el gasto en protección específica a los mayores, en 2005, equivalía a cerca de 10.000 euros por persona de 65 o más años y el de cuidados de larga duración a unos 6.000 por persona de 85 o más años. La comparación con la Unión Europea muestra que España realizó en 2005 un esfuerzo en protección social inferior, tanto en las

---

<sup>228</sup> Diario Vasco, 18 de enero de 2010.

prestaciones generales como en las que se dirigen más estrechamente a la protección de los mayores, y tanto en términos de esfuerzo (gastos en relación con el PIB) como de intensidad (gasto por habitante). Así, las prestaciones de protección a la vejez por persona de 65 o más años equivalen en nuestro país al 67% de la media europea (Imsero, 2009, p. 136).

La Diputación de Gipuzkoa, en septiembre de 2009, propuso revisar el modelo fiscal para garantizar la atención social dado el incremento de servicios precisos a causa del envejecimiento de la población y al cambio del marco normativo<sup>229</sup> que supone una serie de derechos nuevos que tienen contrapartida económica. Para ello, se planteó debatir sobre los sistemas existentes en la Unión Europea, como, por ejemplo, la implantación de un seguro de dependencia<sup>230</sup>, y definir la participación del usuario en el pago de los servicios<sup>231</sup>.

La crisis económica que estamos atravesando<sup>232</sup> está alcanzando al ámbito de los Servicios Sociales y dificulta el proceso de aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. De esta forma, se han empezado a deslizar algunas propuestas relacionadas con la utilización del copago para determinados grupos de rentas<sup>233</sup>.

---

<sup>229</sup> Nos referimos, fundamentalmente, a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, de 14 de diciembre de 2006, y a la Ley de Servicios Sociales, de diciembre de 2008.

<sup>230</sup> En relación a la implantación de un seguro de dependencia se consideran dos alternativas. La primera de ellas consiste en implantar un seguro público de dependencia con carácter universal. El sector público asumiría los costes de su financiación, que a su vez admitiría dos posibilidades: 1) que el Estado financie los servicios, pudiendo por razones de incentivos y de equidad introducir un sistema de copago por los usuarios, en función de su nivel de renta, lo que tiene también la ventaja de reducir la factura para el Tesoro Público (sería el modelo de Dinamarca), y 2) que el Estado dé la posibilidad a las personas dependientes de recibir las prestaciones en especie u optar por recibir una prestación en metálico, cuya cantidad variaría en función del grado de dependencia (es el modelo de Alemania, Austria y Luxemburgo). La segunda alternativa consiste en implantar un seguro privado de dependencia, asumiendo el Estado parte del coste para los usuarios concediendo beneficios fiscales, así como la cobertura, total o parcial, de aquellas personas que no hubieran podido acceder a suscribir el seguro por falta de recursos.

<sup>231</sup> Diario Vasco, 5 de septiembre de 2009.

<sup>232</sup> Estas líneas están siendo escritas en marzo de 2010.

<sup>233</sup> Murcia o Asturias, por ejemplo, ya han perfilado sistemas de copago para personas dependientes. En Asturias solo aquellos dependientes que ganen menos de 621 euros al mes quedarán exentos de

A pesar de que no hay, en estos momentos, una propuesta de financiación de los servicios derivados del envejecimiento, basado en un estudio de las políticas desarrolladas recientemente en los diferentes países europeos, existen unos indicadores que podrían ser útiles para establecer futuras prioridades (O'Shea, 2003, p. 6):

- El Estado desempeña un papel central en la financiación de los cuidados de larga duración, en su mayoría en el marco de una fórmula de reparto de los costes, que debe animar a las personas a elegir la atención domiciliaria al ingreso en las residencias.

- El seguro privado desempeña un papel menor en la financiación de los cuidados de larga duración en Europa debido, entre otras razones, a la imposibilidad de permitírsele que tienen muchas personas.

- Cada vez se reconoce más la necesidad de apoyar a los familiares cuidadores mediante el incremento del gasto en atención comunitaria y mecanismos de apoyo más flexibles.

- También se acepta en todos los países la importancia de controlar el acceso a servicios costosos de larga duración.

La financiación de los Servicios Sociales y, en concreto, la del modelo de atención a las personas mayores es, sin duda, una cuestión muy relevante e interesante que exige una respuesta rápida por parte de las instituciones públicas competentes aunque ésta pueda ser impopular si no se sabe explicar con claridad.

Efectivamente, la profunda y prolongada crisis económica que estamos atravesando ha puesto de manifiesto la necesidad de abrir un serio debate sobre la sostenibilidad del llamado Estado de Bienestar en su configuración actual. En el área de los Servicios Sociales la irrupción de la crisis económica ha venido a coincidir

---

copago para ayuda a domicilio, centros de día o plazas en una residencia. En Murcia, los dependientes que ocupen una plaza en una residencia de ancianos, con un coste medio de 1.500 euros al mes, deberán abonar entre el 70% y el 90% en función de sus ingresos (Gerokon, 23 de marzo de 2010). Boletín electrónico disponible en: <<http://www.gerokon.com>>.

con el desarrollo de dos leyes importantes –las anteriormente comentadas leyes de la dependencia, en el ámbito estatal, y de Servicios Sociales, en el autonómico- que están poniendo a prueba la viabilidad de un sistema en el que los gastos tienden a crecer, por razones fáciles de entender, en proporción muy superior a la de los ingresos. Aunque podría objetarse que sea siempre el gasto social el primero en sufrir recortes, consideramos peligroso para el sistema de bienestar cerrar los ojos a la realidad y negarse a afrontar un debate que es de todo punto de vista imprescindible.

En este sentido, podemos señalar que, según la opinión de especialistas en la materia, una parte de la solución podría pasar por realizar un gasto público más eficiente y, por otro lado, elevar la fiscalidad a los parámetros de la Unión Europea, en el caso de que la sociedad considere deseable incrementar y garantizar un nivel de protección social, en general, y de forma más específica un nivel de protección de las personas mayores, equiparable a los referentes europeos. A pesar del interés que tiene esta cuestión no vamos a profundizar en ella pues se escapa de los objetivos de esta Tesis Doctoral<sup>234</sup>.

Con todo, antes de pensar en la financiación del modelo de atención a las personas mayores consideramos necesario desarrollar un marco filosófico que proporcione un punto de referencia duradero para la planificación de los servicios destinados a los mayores dependientes. Este marco debe basarse en el respeto a la autonomía, la integridad y la independencia de las personas mayores, sea cual sea su dependencia o el grado de la misma. La persona mayor dependiente, en virtud de su existencia, sus emociones, sus sentidos, debe ser el centro de cualquier estrategia.

---

<sup>234</sup> Para abordar con mayor profundidad la problemática de la financiación de los Servicios Sociales en nuestro entorno recomendamos los siguientes documentos: 1) El dossier “Situación y perspectivas del sistema público de Servicios Sociales en la CAPV” del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, de 2005; 2) El informe del Centro de Documentación y Estudios – SiiS “Orientaciones básicas para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de Servicios Sociales en Gipuzkoa”, de 2009; 3) Las ponencias del curso “El futuro de los Servicios Sociales en Gipuzkoa”, celebrado en Donostia-San Sebastián en el marco de los XXVIII Cursos de Verano (UPV/EHU). Por último, resulta interesante, igualmente, la propuesta que realiza Zalakain (2009) para garantizar a medio y largo plazo la sostenibilidad económica del sistema de Servicios Sociales en la CAPV. El autor plantea la necesidad de adoptar medidas orientadas tanto a la contención del gasto como, sobre todo, a la captación de recursos económicos adicionales, fundamentalmente a través de la creación de impuestos o cotizaciones afectadas al gasto social.

A partir de este marco filosófico, es posible obtener una serie de principios para la atención y el apoyo a las personas mayores dependientes. No existe, desde luego, ningún procedimiento científico que permita su elaboración de manera que cualquier serie de principios contendrá elementos a la vez normativos y subjetivos. Los artículos 11, 15 y 23 de la Carta Social Europea revisada del Consejo de Europa (Consejo de Europa, 2000) enuncian tres derechos fundamentales de las personas mayores dependientes:

- el derecho a la protección sanitaria;
- el derecho de las personas con discapacidad a la independencia, integración social y participación en la vida comunitaria;
- el derecho de las personas mayores a la protección social.

Estos derechos inspiran los siguientes principios que consideramos constituyen el eje de todas las intervenciones destinadas a las personas mayores que se deseen desarrollar (Rodríguez Rodríguez, 2006, pp. 34-38; O'Shea, 2003, pp. 9-10):

1- Respeto a los derechos de las personas mayores dependientes

Se trata del principio fundamental y hace referencia al respeto de los derechos inspiradores citados anteriormente.

2- Principio de autonomía y elección

Hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas para tomar sus propias decisiones, incluso cuando presentan situaciones de dependencia importante. Por tanto, han de poder elegir libremente y sin coacciones externas, entre diferentes opciones y alternativas.

3- Prestación global de cuidados

La oferta de servicios de atención y apoyo a las personas mayores debe ser tan amplia que cubra todo el abanico de necesidades básicas, emocionales y sociales de la persona.

#### 4- Orientaciones sobre soluciones de atención domiciliaria

Las personas mayores, en general, han expresado su preferencia respecto a la atención domiciliaria frente a la institucionalización. Esta preferencia debería quedar reflejada en un compromiso económico que apoye y priorice la atención domiciliaria. Esto significa apoyar a los cuidadores familiares en su trabajo, mediante la garantía de unos derechos legislativos y la provisión de una adecuada formación y conocimientos. También se deben destinar fondos para el desarrollo de infraestructuras sociales necesarias que permitan a las personas mayores dependientes seguir viviendo en sus domicilios.

#### 5- Principio de participación

Quienes precisan atención y cuidados de larga duración, y también sus familias, tienen derecho a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.

#### 6- Principio de provisión de servicios basada en las necesidades

La disponibilidad de personal, edificios o camas no debería determinar planes individuales de asistencia. Al contrario, las necesidades presentadas por las personas mayores y sus cuidadores deberían determinar los tipos de servicios y apoyos que se desarrollen.

#### 7- Principio de igualdad de acceso y utilización

Todas las personas mayores, independientemente de su clase social o situación económica, deberían tener derecho a servicios de asistencia de larga duración, sin importar su situación o su capacidad de pago. El control del acceso a los servicios comunitarios y residenciales recaerá sobre los servicios de valoración. Todos los servicios deberán ser sistemáticamente controlados y evaluados.

#### 8- Principio de individualidad

Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto. De esta forma, los programas y servicios que se planifiquen deben diseñarse de manera que tengan capacidad de

adaptación a las necesidades específicas de las personas y no al revés. Para ello se deben ofrecer planes funcionales adaptables, programas diversos e intervenciones personalizadas que tengan en cuenta los cambios que se producen a lo largo del tiempo.

#### 9- Principio de integración social

Las personas mayores en una situación de dependencia deben tener posibilidad de permanecer en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan, en igualdad con el resto de la población. Asimismo, tienen derecho a tener espacios de participación social. Por ello, los recursos de apoyo para la atención a la dependencia han de situarse en el entorno más próximo y cercano a donde viven las personas. Asimismo, deben promoverse iniciativas dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar las imágenes sociales negativas sobre las capacidades de las personas mayores o discapacitados y conseguir que las conozcan mejor y que se creen espacios para la interacción con las mismas.

#### 10- Principio de independencia

Todas las personas han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia y a la promoción de la autonomía. Aquéllas que presentan situaciones de dependencia tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y faciliten su bienestar subjetivo.

#### 11- Principio de continuidad de cuidados

Las personas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados que precisan de manera continuada y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.

#### 12- Principio de dignidad

Las personas mayores tienen derecho al respeto de la diferencia y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentren con respecto a su capacidad funcional.

Estos principios definen el marco dentro del cual consideramos que deben desarrollarse las mejores estrategias posibles para el cuidado y atención de las personas mayores. Es, por tanto, el enfoque que, en nuestra opinión, debe seguirse a la hora de diseñar políticas, definir modelos y llevar a cabo acciones en relación a la atención a las personas mayores: el total respeto a sus derechos, la satisfacción de sus necesidades y la mejora de la calidad de vida<sup>235</sup> de este sector de la población.

Consideramos necesario tener presente la existencia de un amplio reconocimiento internacional sobre la conveniencia de no separar al anciano de su entorno si su estado de salud no lo hace estrictamente necesario (OCDE<sup>236</sup>, 1996, 2000, 2005; Sánchez Sánchez y Mancebón, 2002; O'Shea, 2003; Sancho Castiello, 2002; Rodríguez Rodríguez, 2006; Ararteko, 2007; entre otros). Así, los datos facilitados por el *Round of Population and Housing Censuses*<sup>237</sup> (Eurostat, 2002), muestran que la población europea mayor de 65 años vive fundamentalmente en hogares familiares.

Efectivamente, se considera que, como norma general, el núcleo familiar es el más apropiado para atender las necesidades afectivas y sociales de las personas

---

<sup>235</sup> No existe un consenso en la definición de calidad de vida de las personas mayores. Se ha venido desarrollado una amplia variedad terminológica para definir este concepto: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una "buena vida". Como consecuencia de este enfoque multidimensional, Lawton (2001, p. 595) al referirse a la calidad de vida sugiere la existencia de 4 elementos: calidad de vida física, calidad de vida social, calidad de vida percibida y calidad de vida psicológica. Recientemente, se ha producido una mayor concienciación sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de la calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos en la vida (Bowling, 1998). En este enfoque, la calidad de vida no es solo multidimensional, sino que también tiene en cuenta la experiencia vital de las personas tal como la interpretan ellas mismas y los demás.

<sup>236</sup> La OCDE ha venido trabajando intensamente todos los aspectos relacionados con la atención a las personas que, al llegar a una edad avanzada, presentan situaciones de dependencia. Entre las numerosas propuestas que se realizaron por este organismo puede destacarse su insistencia, desde los primeros informes, en proclamar el lema de "envejecer en casa" en condiciones de dignidad. Recomendaba, para hacerlo posible, la disposición de recursos y programas de proximidad desde los que se tuviera en cuenta las necesidades tanto de las personas mayores como de sus familias cuidadoras (OCDE, 1996, 2000, 2005).

<sup>237</sup> El *Round of Population and Housing Censuses*, elaborado por Eurostat (Oficina Europea de Estadística - *Statistical Office of the European Communities*), proporciona información acerca de aspectos geográficos y demográficos de la población, características económicas y educativas, información de los hogares y las familias, y del estado de los edificios y las viviendas.

mayores, y solo cuando no existe o no es posible, debe recurrirse a una institución. Por ello, la recomendación 98/9 del Consejo de Europa señala que los poderes públicos deben esforzarse en organizar la atención en el domicilio e incluirlo como una prioridad en su política dirigida a las personas mayores dependientes (Consejo de Europa, 1998b, p. 17). En esta línea, las personas mayores tienden a considerar que es el Estado quien debe ocuparse de proporcionar la solución a sus necesidades asistenciales<sup>238</sup>.

Por lo tanto, puesto que la mejor alternativa se considera que es mantener a los mayores en el hogar familiar, y siguiendo la recomendación del Consejo de Europa, parece razonable pensar que deberían existir más recursos que facilitasen a la familia el cuidado de sus mayores, priorizando, por tanto, el servicio público de ayuda a domicilio (SAD)<sup>239</sup>, la teleasistencia<sup>240</sup> y otros servicios de atención

---

<sup>238</sup> Para conocer con más detalle la opinión de la población española sobre el papel de la Administración con respecto a su colaboración en la atención a las personas en situación de dependencia puede consultarse el Barómetro de noviembre de 2004 del CIS.

<sup>239</sup> Según se establece en la Ley de dependencia, el servicio de ayuda a domicilio (SAD) lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, art. 23). Incluye, por un lado, servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina, etcétera, y por otro lado, servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria. Por tanto, los destinatarios de ayuda a domicilio son personas con pérdida de autonomía para la ejecución de su actividad diaria en el domicilio y que precisan de otra persona para la ejecución de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

La evolución del servicio público de ayuda a domicilio durante el período 2002-2008 ha supuesto un incremento de 26.795 nuevos usuarios cada año. Este aumento de los usuarios atendidos se ha traducido en un incremento de la cobertura que casi se ha duplicado pasando de 2,75 en 2002 a 4,69 en 2008 (Imsero, 2009, p. 335).

<sup>240</sup> El servicio de teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, art. 22).

Por lo general, consiste en instalar en el domicilio del usuario del servicio un aparato telefónico dotado de un botón de alarma, así como una unidad de control remoto (colgante o medallón). Al pulsar el botón de alarma o el medallón se activa una llamada telefónica que es recogida en la central de atención, donde están almacenados informáticamente todos los datos relevantes del usuario, dirección, estado de salud, medicación, personas de contacto, etcétera. La teleasistencia tiene fundamentalmente una función asistencial ante situaciones de urgencia. Además, cumple una función preventiva, que surge de la seguridad y tranquilidad que proporciona a los usuarios el saber que ante cualquier situación de riesgo van a ser atendidos con solo pulsar un botón.

domiciliaria<sup>241</sup>. En nuestra opinión, la familia juega un papel fundamental, pero no solo como proveedora de servicios, sino como el entorno en el que se debe acoger a la persona. Por ello, las instituciones públicas deberán facilitar las herramientas necesarias para reducir la carga de las familias.

Sin embargo, la sociedad también debe ofrecer a las personas mayores que no pueden seguir viviendo en su hogar familiar, fundamentalmente por razones vinculadas a la falta de autonomía, unos servicios residenciales alternativos.

El Inmerso (2005) realiza una clasificación de centros asistenciales dirigidos a personas mayores, tomando en consideración si se prestan servicios residenciales (24 horas continuas) o si se trata solo de servicios de atención diurna. De este modo, dentro de los servicios residenciales se distingue entre los apartamentos residenciales, las viviendas tuteladas y las residencias para personas mayores. En los servicios de atención diurna encontramos los hogares y clubes y los centros de día para personas mayores dependientes.

Vamos a comentar a continuación, brevemente, los centros asistenciales más importantes dirigidos a las personas mayores<sup>242</sup>.

---

Por todo ello, la teleasistencia permite disminuir la institucionalización en aquellos ancianos con algún riesgo que viven solos en el domicilio, aquellos que precisan ser supervisados para sentirse seguros, o aquellos que precisan ésta como complemento a otra prestación. Su alta rentabilidad basada en su eficacia y bajo coste debe animar a las diferentes administraciones, e incluso a la iniciativa privada, a desarrollar esta prestación.

El número de usuarios atendidos por el servicio público de teleasistencia se multiplicó más de tres veces entre enero 2002 y enero 2008, registrando un aumento interanual de 48.600 usuarios. La tasa de cobertura ha aumentado en más de tres puntos porcentuales, pasando de 1,45 a 4,72.

<sup>241</sup> Fundamentalmente nos referimos a prestaciones económicas dirigidas a la adecuación de la vivienda, a familias cuidadoras y a financiar parte de las ayudas técnicas que puedan requerir las personas mayores dependientes y no dependientes. También se pueden incluir en este epígrafe prestaciones en forma de servicios, como el servicio de comidas a domicilio o de lavandería.

<sup>242</sup> En esta descripción de servicios que se han generado en el sector a lo largo de estas últimas décadas, resultaría de gran interés analizar cómo se han ido configurando. Es decir, tratar de estudiar, por ejemplo, si se han diseñado como soluciones de oferta —por parte de los prestadores de dichos servicios, ámbito donde las Administraciones Públicas tienen un peso importante— o de demanda —impulsadas por los propios usuarios de los servicios—. Es, a nuestro entender, una interesante línea de investigación de cara a futuro que, como tal, se recogerá en el último capítulo de esta Tesis Doctoral.

- Apartamentos o complejos residenciales

Se trata de comunidades diseñadas para personas mayores completamente activas y válidas que cuentan con las facilidades típicas de otros complejos similares, pero que, en este caso, se comercializan y ofrecen exclusivamente para la tercera edad (Torres *et al.*, 2007, p. 5). Estamos refiriéndonos a viviendas, en propiedad o en alquiler, con servicios de ocio y domésticos (servicios no asistenciales relacionados con las tareas del hogar). Algunos de estos complejos están especializados en público extranjero<sup>243</sup>.

- Viviendas tuteladas

Las viviendas tuteladas se ofrecen a personas mayores activas que, sin embargo, prefieren disfrutar de servicios comunes como: comedor, atención sanitaria, limpieza, rehabilitación, peluquería, transporte, actividades de ocio, etcétera. Se trata, por tanto, de viviendas con servicios incorporados que hacen más fácil la vida a las personas mayores, incorporando servicios domésticos así como asistenciales (Torres *et al.*, 2007, p. 6). Las personas mayores pagarían una cuota por los servicios prestados, independientemente de que se haga uso de ellos o no, como ocurre con los gastos de comunidad. Se trata de un producto para la tercera edad con un componente asistencial alto y diseñado preferentemente para mayores semiasistidos<sup>244</sup>.

- Residencias para personas mayores

Son muchas las definiciones que tratan de acotar una realidad que resulta excesivamente compleja. En el apartado tercero de este capítulo realizaremos una selección, de entre las fuentes consultadas, de las definiciones de residencias para personas mayores que consideramos más destacables. Sin embargo, de manera preliminar, podemos acudir a AENOR (2008), que define las residencias de personas

---

<sup>243</sup> Este tipo de producto son habituales en zonas costeras de clima agradable, como Palma de Mallorca, Málaga o Alicante, pero cada vez más se están extendiendo a otras zonas.

<sup>244</sup> Se localizan fundamentalmente en ciudades, pero también cada vez más en zonas de la costa. Debido a la demanda generada por los jubilados europeos (ingleses, alemanes y holandeses), que deciden fijar en España su lugar de residencia, se destinan promociones a clientes exclusivamente extranjeros (Torres *et al.*, 2007, p. 6).

mayores como aquellos establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente y a la atención continuada, adaptada a las necesidades de los usuarios y dirigida al desarrollo de su autonomía personal, donde se prestan cuidados sociales y sanitarios en interrelación con los Servicios Sociales y sanitarios de su entorno (AENOR, 2008, p. 5).

Podemos diferenciar entre residencias para válidos, residencias para asistidos y residencias que ofrecen ambos servicios. Como es lógico, las residencias presentan diferentes diseños arquitectónicos, en función del perfil de sus clientes. El número total de plazas residenciales, públicas y privadas, en enero 2008 era de 329.311 distribuidas entre 5.091 centros. La cobertura de este servicio se sitúa en un 4,31 (Imsero, 2009, p. 338).

Las residencias para mayores válidos se conciben como hogares alternativos, para familias mayores que necesitan pocas atenciones y pueden valerse por sí mismas (Imsero, 2004, p. 7). En cuanto a las residencias para asistidos, se conciben como centros gerontológicos de atención especializada integral a mayores con graves minusvalías que necesitan, por tanto, ayuda para realizar algunas o todas las actividades de la vida diaria (Imsero, 2004, p. 7). Según datos del Imsero (2009), como promedio, el 70% de los residentes son personas en situación de dependencia, si bien en algunas Comunidades, como Aragón, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y País Vasco, la proporción de mayores dependientes en residencias alcanza o sobrepasa el 80% de los residentes. También podemos destacar que el 66% de los residentes son mujeres y el 62% tienen 80 años o más, como promedio (Imsero, 2009, p. 338).

Según señalan Torres *et al.* (2007) al referirse a las características del sector, éste, en la actualidad, está entrando en fase de madurez, cuenta con una importante atomización y en muy pocos casos existe una diferenciación de marca. En relación a la diferenciación de marca, ésta acostumbra a ser local, es decir, que en el caso de una residencia de prestigio solo será conocida en el área donde se abastece de clientes. Sin embargo, señalan los autores, los grandes operadores empiezan a implantar políticas comerciales y a desarrollar aspectos como el tamaño, la

profesionalización, las economías de escala o la estandarización del servicio, que distinguen a unos operadores de otros y ayudan a crear una marca, pues cada vez la competencia es mayor en el sector y los niveles de ocupación empiezan a bajar y a situarse del 95 al 90% (Torres *et al.*, 2007, p. 7).

En el apartado cuarto del capítulo estudiaremos en profundidad el sector de las residencias para personas mayores pues, en el ámbito de la CAPV, es el sector al que dirigiremos el trabajo empírico de la Tesis Doctoral.

- Viviendas acondicionadas

Son viviendas que cuentan con servicios especiales para mayores que no tienen por qué estar en complejos residenciales exclusivamente para ellos. A diferencia de las viviendas tuteladas, incorporan solo servicios domésticos para hacer más fácil el día a día, y puntualmente algún servicio asistencial, como fisioterapeuta o geriatra, o servicios de asistencia domiciliaria incorporados. Estos servicios son bajo demanda y solo se pagan si se solicitan. Esta modalidad de servicios residenciales se dirige al nicho de mercado formado por personas mayores de 60 años, válidas y preocupadas por su envejecimiento (Torres *et al.*, 2007, p. 7).

Se puede distinguir entre las propias viviendas acondicionadas, es decir, la residencia habitual se adapta a las necesidades que puedan ir planteándose, como baños especiales, barandillas, ascensores, etcétera, o bien viviendas nuevas preparadas con esa perspectiva de uso y las últimas tecnologías, como pueden ser las casas inteligentes.

- Centros de día y centros de noche

En los últimos años, junto a los servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio, han proliferado los establecimientos conocidos como centros de día, en los que la persona mayor, normalmente válida pero con una cierta necesidad de atención, cuidado y/o compañía, puede estar varias horas del día permitiendo a las familias tener un desahogo durante el día para realizar sus actividades.

Por otro lado, los centros de noche son establecimientos a los que aquellos mayores que pueden valerse por sí mismos y viven habitualmente solos en su propia

casa, acuden para pasar la noche, lo que les garantiza la atención y asistencia inmediata en caso de necesidad.

Para finalizar, y como hemos señalado con anterioridad, en función del nivel de dependencia de la persona mayor, ésta requerirá unos servicios específicos. Atendiendo tanto al nivel de servicio asistencial, como al lugar donde se prestan los servicios, Torres *et al.* (2007) establecen la clasificación de los centros asistenciales dirigidos a personas mayores representada en el gráfico 5.11.

**Gráfico 5.11: Versatilidad inmobiliaria y grado de dependencia asistencial**

		Grado de dependencia		Totalmente asistidos
		Válidos	Semiasistidos	
Versatilidad inmobiliaria	Baja	Hogares y clubes		Centros de día
	Media		Viviendas acondicionadas	Residencia válidos
	Alta	Complejos residenciales y apartamentos		Viviendas tuteladas
			Asistencia domiciliaria	Residencia asistidos

Fuente: Adaptado de Torres *et al.* (2007, p. 4).

En muchos casos se llevan a cabo proyectos que combinan algunos de estos productos. Así, es frecuente encontrar residencias, como veremos seguidamente, que dan servicio tanto a válidos como a asistidos, o complejos residenciales que combinan comunidad de mayores con viviendas tuteladas, buscando un mayor aprovechamiento de recursos y la captación de clientes con diferentes necesidades, ya que es frecuente que a medida que éstos envejecen sus necesidades asistenciales evolucionen (Torres *et al.*, 2007, p. 5).

### **5.3. Los centros de día para personas mayores**

Los centros de día constituyen un recurso intermedio, entre la ayuda a domicilio y la residencia, que permite a la persona mayor continuar viviendo en casa en condiciones adecuadas. Su existencia ayuda a las personas mayores a mantener relaciones sociales y, por otro lado, realizar programas de rehabilitación y terapia ocupacional que se adecuan, según las circunstancias individuales, a la diversidad de situaciones complejas que presentan las personas mayores en situación de dependencia. Suponen, por tanto, una interesante alternativa para atender a los mayores dependientes y, aunque no sean el ámbito de estudio de la presente Tesis Doctoral, vamos a comentar con algo más de detalle las características de estos establecimientos así como su situación actual y su evolución.

En los términos definidos por el Decreto 202/2000, de 17 de octubre, sobre los centros de día para personas mayores dependientes, se considera un centro de día para personas mayores dependientes, al margen de cuál sea su denominación o titularidad, “todo establecimiento que ofrezca un programa de atención diurna individualizada a 5 ó más personas mayores de 60 años que necesitan la ayuda de otras para la realización de sus actividades de la vida cotidiana, así como a aquéllas que por circunstancias personales y sociales puedan equipararse a las del mencionado colectivo, en un espacio e instalaciones destinados a tal fin, con un personal y unos programas de actuación propios”.

Los centros de día comienzan a implantarse tímidamente a principios de los años noventa, sobre todo como servicios de apoyo familiar. Actualmente ocupan un lugar prioritario en la planificación gerontológica de la mayoría de las comunidades autónomas. Su desarrollo se está realizando con una reformulación conceptual muy importante en cuanto a su definición como recurso muy apropiado para la intervención con personas mayores dependientes.

Los centros de día prestan, durante el día, atención integral e individualizada a personas mayores con problemas de dependencia de tipo físico o psicosocial. También pueden ingresar sujetos en los que se persigan otros objetivos asistenciales,

como el control clínico de diferentes patologías, la prevención del deterioro o la descarga familiar. Este programa no residencial permite al anciano dormir en su casa.

El objetivo de estos centros es mejorar o mantener el grado de autonomía personal de la persona mayor y apoyar a la familia o cuidadores que los atienden. Los centros de día deben conseguir no solo que los mayores sean atendidos correctamente, sino que también puedan disfrutar de su tiempo libre. Los centros ofrecen servicios de atención médica y de enfermería, ayuda para la realización de las ABVD, terapia ocupacional y fisioterapia, atención social y actividades socioculturales, manutención, rehabilitación, actividades físicas, de ocio y tiempo libre. En algunos centros se cuenta también con atención psicológica y, en la mayoría de los casos, también se ofrece transporte desde el domicilio hasta al centro.

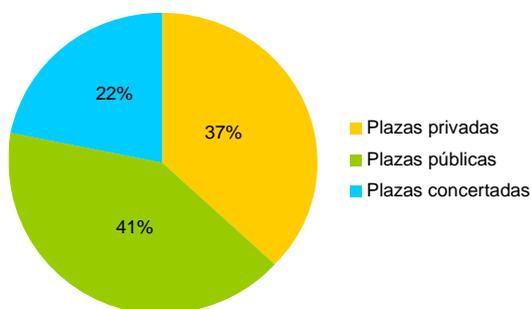
Los centros de día tratan, en la medida de lo posible, de que los mayores dependientes no solo sean bien atendidos, sino que se sientan casi como en su propia casa, con otras personas con las que relacionarse, actividades recreativas y culturales, y una gran diversidad de servicios al alcance de la mano como, gimnasio, biblioteca, peluquería podología, etcétera. El horario suele extenderse desde las 8-9 de la mañana a las 7-8 de la tarde y se presta, generalmente, los días laborales.

Los centros de día se pueden clasificar en función de su titularidad en públicos, privados y concertados. Los primeros son gestionados por administraciones autonómicas o locales, los segundos por entidades, empresas o particulares. Los concertados son de titularidad privada pero ofrecen un cierto número de plazas financiadas con fondos públicos, y, por ello, esas plazas se rigen por las mismas condiciones que las de los centros públicos.

También puede diferenciarse, en función de sus usuarios, entre centros para válidos, para asistidos, mixtos (que atienden tanto a válidos como a personas con algún grado de dependencia) y psicogeriatricos (dirigidos a personas con ciertos problemas psíquicos).

En 2008, el número de plazas estatales, públicas y privadas, en centros de día para personas mayores ascendía a 63.446<sup>245</sup>, distribuidas entre 2.258 centros (Imsero, 2009, p. 337). Respecto al peso del sector público y privado en la gestión y financiación de este servicio podemos decir que existe un mayor peso del sector privado en la gestión de centros y plazas, si bien el sector público predomina en la financiación del servicio. Así, el sector privado gestiona el 59% del total de plazas en centros de día, bien a través de la oferta de plazas en el mercado o bien a través de plazas concertadas con las Administraciones Públicas (ver gráfico 5.12). Las primeras, privadas puras, representan el 37% del total de plazas; las segundas, plazas concertadas, representan el 22% del total. Respecto a la financiación de las plazas, la participación del sector público es mayoritaria: 63 de cada 100 plazas reciben financiación pública, bajo el sistema de concertación. El resto, 37 de cada 100, son plazas financiadas en su totalidad por el usuario a precio de mercado y gestionadas por entidades privadas (Imsero, 2009, p. 337).

**Gráfico 5.12: Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de plazas, 2008**



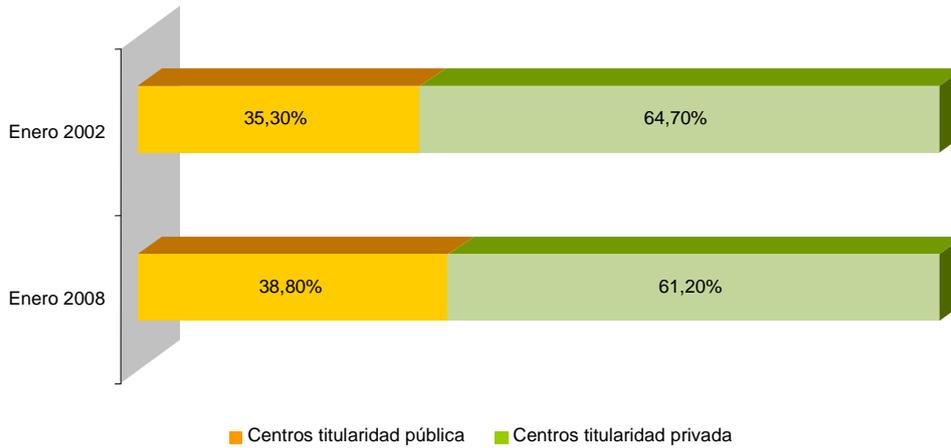
Fuente: Imsero (2009, p. 361).

La evolución de los centros de día para personas mayores dependientes muestra un comportamiento muy dinámico a lo largo del período 2002-2008. Así, en este periodo se crearon 537 centros públicos y 757 centros privados. Sin embargo,

<sup>245</sup> En lo que se refiere a la CAPV, desde 1998, el número de plazas en los centros de día asistenciales destinados a las personas mayores viene creciendo de forma muy marcada, pasando de apenas mil plazas en ese año a 3.204 en 2006. La cobertura de atención alcanza al 0,81% de las personas mayores, siendo especialmente elevada en el caso de Gipuzkoa (1%). Por otra parte, pese al importantísimo incremento experimentado entre 2001 y 2006, la cobertura en Bizkaia sigue siendo inferior a la de los otros dos territorios (0,64%). En términos comparativos, la situación en la CAPV, en 2007, era ligeramente mejor que la que se registra en el conjunto del Estado (SiiS, 2008, p. 116).

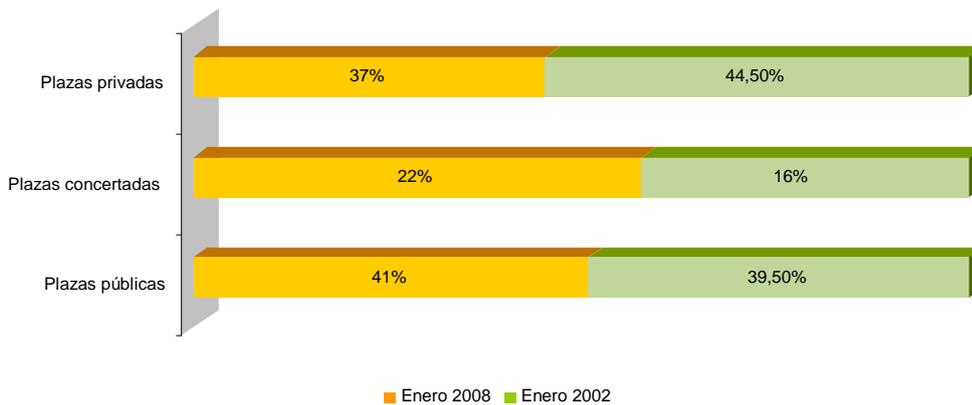
son los centros públicos los que aumentan su participación en el total, pasando de representar el 35,3% en 2002, al 41% en 2008, con un aumento de cerca de 6 puntos porcentuales (ver gráfico 5.13) (Imsero, 2009, p. 338).

**Gráfico 5.13: Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de centros según titularidad, 2002 y 2008**



Fuente: Imsero (2009, p. 361).

**Gráfico 5.14: Centros de día para personas mayores dependientes. Distribución de plazas, 2002 y 2008**



Fuente: Imsero (2009, p. 363).

En la evolución de las plazas se observa la importancia de las plazas concertadas que aumenta en algo más de 6 puntos porcentuales pasando de representar el 15,8% en 2002, al 22% en 2008. El peso de las plazas públicas se

incrementa ligeramente pasando del 39,3% en 2002 al 41% en 2008. Finalmente, aunque el número de plazas privadas a precio de mercado aumenta en 14.713 entre 2002 y 2008, su peso en el conjunto de plazas en centros de día se reduce significativamente en casi 8 puntos porcentuales, pasando del 44,9% en 2002 al 37% en 2008 (ver gráfico 5.14) (Imsero, 2009, p. 338).

Los centros de día de todas las Comunidades Autónomas ofrecen como mínimo las siguientes prestaciones: atención básica, estimulación de las capacidades funcionales, dinamización sociocultural, restauración o manutención y soporte familiar<sup>246</sup>. Por otro lado, los requisitos mínimos establecidos por las Comunidades Autónomas son: aseo obligatorio, comedor compartido, sala de actividades y sala de rehabilitación compartidas. Como requisitos estándar: aseo obligatorio, baño geriátrico (al menos uno), que disponga de comedor de 2 m<sup>2</sup> por persona, sala de estar de 1,8 m<sup>2</sup> por persona, sala de cura, sala de actividades como mínimo compartida, sala de rehabilitación como mínimo compartida. Seis autonomías cumplen o superan el estándar<sup>247</sup>: Cataluña, Valencia, País Vasco, Murcia, Castilla y León e Islas Baleares (Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad & Vida, 2008, p. 17).

El estudio realizado por Consumer Eroski (2007) acerca de las condiciones en las que se encuentran los centros de día en España, señala como conclusión que, pese al buen nivel global en términos generales, dos de cada diez centros de día suspenden el examen, debido fundamentalmente a la insuficiente dotación de personal sanitario y de especialistas en atención a los mayores dependientes. Además, seis de cada diez centros de día acumulan listas de espera, especialmente en los centros de titularidad pública, en un 87%, y en los concertados, en un 74%. Entre los principales

---

<sup>246</sup> Las Comunidades que prestan un nivel de servicios estándar ofrecen: restauración, atención básica, estimulación de capacidades funcionales, terapia ocupacional, atención psicosocial y dinamización sociocultural. Las Comunidades que prestan servicios máximos ofrecen: restauración y manutención, dinamización sociocultural, soporte familiar, estimulación de las capacidades funcionales, atención básica, terapia ocupacional, ayuda a la integración social, servicio médico, atención psicosocial, entre otros.

<sup>247</sup> Los requisitos máximos son: aseo obligatorio, baño geriátrico, que disponga de comedor propio (2,5 m<sup>2</sup> por persona de superficie mínima de comedor sin compartir), disponer de sala de curas, sala de actividades, sala de rehabilitación (más de 39 m<sup>2</sup>), sala de terapia ocupacional.

parámetros que se deben mejorar, siempre según este estudio, destaca la gran proporción de suspensos, un 33%, en calidad asistencial. Uno de los aspectos cruciales, a tenor de los datos facilitados por los propios centros de día, es el de las deficiencias en la dotación y cualificación del personal que atiende a los mayores dependientes. Otro aspecto que nos parece relevante destacar es que, según el estudio, tan solo un 16% de los centros de día informan mensualmente a los familiares de los usuarios sobre su evolución (Consumer Eroski, 2007, p. 32).

Por último, y como ya hemos señalado con anterioridad, otro aspecto que se destaca en el informe como mejorable es el relativo a las reclamaciones y sugerencias, pues, a pesar de que la ley hace mención a la obligatoriedad de un mecanismo que recoja las sugerencias de los clientes, el 65% de los centros de día no contaba con tal servicio (Consumer Eroski, 2007, p. 34).

#### 5.4. Las residencias para personas mayores

Como hemos señalado anteriormente, existe un amplio consenso en la literatura<sup>248</sup> al considerar que la familia es el lugar idóneo para satisfacer las necesidades afectivas y sociales de las personas mayores. Los especialistas en gerontología han venido defendiendo de manera generalizada el lema “envejecer en casa” y, por tanto, suele proclamarse la necesidad de dar prioridad, en las planificaciones, a aquellos servicios comunitarios que permitan a personas mayores con problemas de dependencia continuar viviendo en su domicilio o en el de sus familiares (Rodríguez Rodríguez, 2007a, p. 7). En consecuencia, debería priorizarse el servicio público de ayuda a domicilio, la teleasistencia y otros servicios de atención domiciliaria<sup>249</sup>. Los centros de día también constituyen una interesante alternativa para atender a los mayores dependientes. El coste económico que suponen estos servicios resultan mucho menores que el de los servicios residenciales.

Aunque compartimos esta opinión mayoritaria y, por tanto, consideramos que debería mejorarse y promocionarse la atención domiciliaria, hay que tener en cuenta que muchas veces el paciente presenta graves dependencias y precisa atención permanente. Por otro lado, conforme aumenta el grado de dependencia el coste económico de la atención en el domicilio es más elevado (Guillén, 2006, p. 158). Esto es consecuencia del mayor coste que implica el cuidado de personas con un elevado nivel de dependencia que pueden llegar a necesitar un apoyo constante.

Por tanto, los servicios residenciales deben ser un recurso más de los que se ponen a disposición, dentro del conjunto de los Servicios Sociales, para atender a las necesidades de las personas mayores en situaciones de dependencia. A partir de este momento, vamos a centrar el trabajo en el sector de los centros residenciales para

---

<sup>248</sup> Recogida en el apartado 5.2 de este capítulo.

<sup>249</sup> El lema “envejecer en casa” alcanzó su punto más radical en Dinamarca, que llegó a prohibir por ley, en 1987, la construcción de residencias tradicionales para priorizar la construcción de viviendas adaptadas a las necesidades de personas mayores con dependencia. El sistema danés garantiza que una persona dependiente tenga acceso a una amplia gama de servicios comunitarios, como centros de día, sistemas de seguridad y vigilancia, ayuda a domicilio o adaptación de la vivienda, entre otros (Rodríguez Rodríguez, 2007a, p. 6).

personas mayores, sector al que, en el ámbito de la CAPV, dirigiremos el estudio empírico.

Aunque supone una gran dificultad acotar en una definición una realidad tan compleja como la de las residencias para personas mayores, vamos a permitirnos, de entre las fuentes consultadas, seleccionar algunas definiciones que nos permitan resaltar algunos de los aspectos más relevantes de este tipo de centros.

Así, podemos citar a Arriola e Inza (1999) quienes definen una residencia para personas mayores como aquel “centro de atención sociosanitaria continuada e interprofesional, en el que viven, temporal o permanentemente, personas mayores con algún grado de dependencia y problemática social asociada donde se cubren todas sus necesidades de forma integral” (Arriola e Inza, 1999, p. 5).

En términos similares, Rodríguez Rodríguez (1999) define una residencia para personas mayores como un “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”.

Resulta importante subrayar, en esta última definición, el carácter de *centro abierto* que permite la salida del anciano, la entrada de familiares y amigos, y la interacción permanente con el medio comunitario. Se trata de huir del término institución, de forma que los diferentes sistemas de alojamiento para personas mayores con dependencia han de considerarse incluidos entre los Servicios Sociales comunitarios. Por ello, lo deseable es que los establecimientos se encuentren ubicados en el entorno urbano, así como que exista una permanente interrelación con todos los recursos de la zona y entre los diferentes colectivos de la comunidad.

El concepto de *desarrollo personal* mencionado en la definición hace referencia a la necesidad de adoptar un plan personal e individualizado que permita el desarrollo de las capacidades y deseos de cada persona mayor. Esta atención, como confirma posteriormente la definición, debe ser social y sanitaria a la vez y ser suministrada por un equipo multidisciplinar.

La definición incorpora, por último, la *temporalidad* de la estancia, más

acorde con la realidad actual. Sin embargo, ponemos en discusión la necesidad, citada en la definición, de que exista algún grado de dependencia para el ingreso en la residencia. Si es cierto que éste debe ser un criterio a mantener para racionalizar la distribución de los escasos recursos públicos, orientándolos a personas con alguna necesidad, ello excluye a las personas mayores que, sin presentar ninguna dependencia, expresan voluntariamente su deseo de ingresar en una residencia privada.

Finalmente, queremos destacar la definición que siguiendo la línea de la anterior resulta, en nuestra opinión, más completa. Se trata de la propuesta por AENOR en su norma UNE 158101:2008, dirigida, como analizaremos en profundidad más adelante, a la gestión de centros residenciales. En ella se definen las residencias para personas mayores como “aquellos establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente de las personas mayores, donde se presta una atención continuada, adaptada a las necesidades de las personas usuarias y dirigida a procurar su calidad de vida y el desarrollo de su autonomía personal, y donde se prestan cuidados sociales y sanitarios en interrelación con los Servicios Sociales y sanitarios de su entorno” (AENOR, 2008, p. 5). En cualquier caso, los actuales cambios que están viviendo nuestras residencias, en cuanto al perfil de los usuarios atendidos y de la infraestructura puesta a su disposición, va a obligar en el futuro a una revisión de esta definición incorporando los nuevos conceptos que se vayan desarrollando en el futuro

En términos generales, el ingreso de una persona mayor en una residencia va a depender de la presencia o ausencia de un adecuado soporte en el domicilio que sepa dar respuesta a las demandas del anciano. De esta forma, las residencias asumen un papel de hogar, temporal o permanente, de sus usuarios y se esfuerzan por permitir que lleven una vida lo más parecida posible a la que tenían en sus propios domicilios. Un equipo profesional trabaja prestando múltiples servicios a los residentes según sus niveles dependencia y sus situaciones individuales o de grupo.

Uno de los objetivos fundamentales de la residencia consistirá en tratar de conseguir la mayor autonomía personal de los residentes, de forma que puedan

valerse por sí mismos en el máximo número de actividades de la vida diaria, o conseguir que, a pesar de la discapacidad, se retrase la evolución de la dependencia, obteniendo el máximo provecho de aquellas funciones que sean capaces de realizar por sí mismos (Martínez Gómez *et al.*, 2008, p. 3).

Las residencias para personas mayores también ofrecen cuidados sanitarios pero éstos poseen unas características específicas y se prestan de una forma diferente a como se ofrecen en los centros sanitarios. Los cuidados que necesitan los residentes de una residencia son más amplios y están dirigidos más hacia la mejora de la calidad de vida, que a problemas específicos de la salud, para los que existen tratamientos específicos a través de guías y protocolos (Henwood, 1992).

La evolución que han vivido los centros dedicados a la atención permanente de las personas mayores ha sido enorme. En los estudios e informes especializados (ver, por ejemplo, Imsero, 2000, 2005 y 2009, y Ararteko, 2005), se destaca la evolución experimentada por la institución denominada asilo hasta llegar a las actuales residencias para personas mayores.

La principal diferencia de los actuales centros residenciales para personas mayores servicios con los antiguos asilos, que prestaban atención paliativa a personas que, por su edad, o su salud, estaban excluidas de la sociedad o marginadas, está precisamente en la voluntad de no generar desadaptación ni desarraigo. En este sentido, el nuevo concepto de residencia nace con la voluntad de ofrecer a las personas mayores un mayor apoyo para reorganizar las relaciones con el entorno del que proceden, con el fin de no desvincular a dicha persona de la sociedad (Imsero, 2000, p. 55).

En este sentido, en el “Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España<sup>250</sup>”, se recoge que el esfuerzo para eliminar el modelo asilar y sustituirlo por otro de prestaciones de servicios de la tercera edad es un empeño histórico de gran validez y trascendencia social, y que constituye un criterio esencial de ese cambio de perspectiva conseguir la sustitución, siempre que

---

<sup>250</sup> Nos hemos referido anteriormente al mismo como “Libro Blanco de la dependencia”.

sea posible, del internamiento por la asistencia en el entorno familiar y social de las personas mayores (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

Sin embargo, resulta contradictorio que cuando existe voluntad de buscar alternativas a la residencia “de retirada” es, precisamente, cuando más se aprecia la necesidad de encontrar dónde y cómo acoger a un número cada vez mayor de personas dependientes y sin otras alternativas asistenciales que las residencias públicas o financiadas con los presupuestos públicos.

Esta necesidad de continuar garantizando las funciones asistenciales que cumplió el asilo para las personas desprovistas de apoyos y de redes sociales no puede obviarse. Pocas veces se encuentra explícita esta reflexión en los textos analizados; pero está implícita en los propios baremos que aplican las Administraciones para asignar plazas en las residencias para personas mayores.

Los factores sociodemográficos citados con anterioridad, como el incremento de la población mayor y la prolongación de los años de vida de dicha población, y las actuales políticas asistenciales, que se esfuerzan por atrasar cuanto sea posible el ingreso a los centros residenciales de las personas mayores, provocan como consecuencia que las residencias se están llenando de una proporción cada vez mayor de personas que ingresan para recibir una asistencia terminal (Imsero, 2005).

A pesar de los esfuerzos que se están llevando a cabo, no podemos asegurar que actualmente se cuente con un modelo en el que esté claro cuáles deben ser las tipologías de residencias que es necesario establecer, a quiénes deben estar destinadas y qué funciones deben cumplir y, por otra parte, con una infraestructura que pueda atender la avalancha de personas muy mayores, que van a necesitar un techo y unos cuidados permanentes.

Podríamos encontrarnos con el escenario indeseable, aunque no imposible, en el que las instituciones no consigan poner en funcionamiento el tipo de centro requerido por la sociedad, o que los centros que se ocupen de las personas mayores necesitadas de cuidados paliativos, queden desbordados y, por tanto, una parte importante de las personas mayores quede marginada. Sería de temer que estos

centros volvieran a poder describirse con las imágenes de pesadilla que tenían los antiguos asilos.

Toda vez que el nuevo escenario demográfico, con el previsible incremento del número de personas que vivirán en residencias<sup>251</sup> y su progresivo envejecimiento, parece ser una situación inevitable<sup>252</sup>, va a crecer la demanda de residencias permanentes con un elevado contenido asistencial e incluso paliativo. Sería muy útil que se profundizase más en el papel que les corresponde desempeñar a las diferentes modalidades de residencias permanentes, dentro del sistema global de atenciones a las personas mayores. Todo ello “sin dejarse condicionar por los prejuicios y la mala conciencia que genera la referencia histórica a los asilos” (Imsero, 2000, p. 57).

En el proceso de cambio de paradigma de un sistema asilar a un moderno sistema de servicios residenciales, la redefinición de las residencias y de sus respectivas funciones tiene que hacerse en el marco de un sistema global de atención a las personas mayores. En la actualidad se están dando, en nuestra opinión, importantes pasos en ese sentido, pero está claro que no se puede definir un sistema o modelo de calidad a implantar en las residencias, ni un sistema de indicadores, si el objeto que se trata de evaluar está cambiando o no se encuentra perfectamente definido.

Un objetivo fundamental de un centro residencial, como hemos citado anteriormente, es la consecución de la mayor autonomía personal de los residentes, de manera que puedan valerse por sí mismos en el máximo de actividades de la vida diaria, y, además, retrasar la evolución de la dependencia, en lo posible, sacando el máximo provecho de aquellas funciones que las personas mayores sean capaces de realizar. La norma UNE 158101 relativa a la gestión de centros residenciales señala,

---

<sup>251</sup> La demanda de plazas en residencias se estima que va a agudizarse y a mantenerse durante muchos años debido a la evolución demográfica, comentada anteriormente, que provoca el aumento del número de potenciales residentes, y a que los cambios sociales van reduciendo el número de personas potencialmente cuidadoras.

<sup>252</sup> El envejecimiento de los residentes será la consecuencia del incremento diferencial de las personas con 80 y más años en el conjunto de la población mayor y de las políticas de las Administraciones públicas, orientadas a posponer cuanto sea posible la edad de ingreso en las residencias, potenciando la ayuda a domicilio, cuestiones que han sido comentadas con anterioridad.

además, los siguientes objetivos generales de un centro residencial (AENOR, 2008, p. 7):

- Ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas usuarias en un ambiente confortable.

- Proporcionar una convivencia armoniosa entre las personas usuarias en interrelación con el entorno comunitario, respetando la intimidad y privacidad individuales.

- Mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción, favoreciendo la autoestima, el desarrollo personal y la integración socio ambiental.

- Prestar la atención necesaria a las personas usuarias según su necesidad de apoyo.

Por otro lado, se concretan, como anexo de la norma, una serie de objetivos específicos de los centros residenciales para personas mayores. Destacamos los siguientes (AENOR, 2008, p. 24):

- Promover un envejecimiento activo con actividades de entretenimiento y con otras relacionadas con la educación para la salud.

- Mantener y/o recuperar el mayor nivel posible de independencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria.

- Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud de los usuarios.

- Prevenir, diagnosticar y tratar a usuarios con enfermedades agudas.

- Prestar cuidados rehabilitadores y asistenciales a las personas usuarias con enfermedades crónicas.

- Proporcionar una alimentación y nutrición adaptadas a las necesidades de las personas usuarias.

- Proveer de los servicios de hostelería inherentes al establecimiento residencial: cocina, comedor, lavandería, costura, limpieza, recepción y mantenimiento general.

- Informar, asesorar y prestar los apoyos necesarios a las personas usuarias y sus familiares, así como a las personas mayores del medio comunitario.

- Desarrollar medidas para garantizar una excelente calidad asistencial.

La mayoría de los programas examinados asignan a las residencias funciones y objetivos directamente tomados de las políticas sanitarias. Por lo general, coinciden al referirse a tareas preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras. En algunos casos se amplía el marco, incluyendo las tareas sustitutorias y paliativas (ver tabla 5.2).

Sin ánimo de ser exhaustivos, vamos a clasificar las residencias para personas mayores en función de los criterios más utilizados en la literatura estudiada como, por ejemplo, el tiempo de permanencia y la capacidad funcional de los residentes, los objetivos o tipos de servicios que prestan, la institución de la que dependen o su tamaño.

**Tabla 5.2: Funciones y objetivos de las residencias para personas mayores**

<i>FUNCIONES</i>	<i>OBJETIVOS</i>
Preventivas	Mantenimiento de la autonomía, de las capacidades (evitando o retrasando la aparición o empeoramiento de trastornos y enfermedades funcionales) y de los recursos y actividades sociales.
Rehabilitadoras	Recuperación de las capacidades alteradas (sociales, físicas y mentales)
Terapéuticas	Atender convenientemente tanto en la enfermedad como en la convalecencia
Sustitutorias	Dar soporte y ayudar en las funciones alteradas o perdidas. Favorecer e impulsar las relaciones sociales
Paliativas	Disminuir los dolores y los sufrimientos tanto físicos como psíquicos

Fuente: Adaptado de Imsero (2000, p. 68).

Una clasificación que hemos observado con frecuencia en los textos analizados (Treserra *et al.*, 1993; Rodríguez Rodríguez, 1999; Sarasola y Bazo, 1995;

Imsero, 2000; Ararteko, 2005 y 2007; y SiiS, 2008, entre otros), es aquella que desglosa las residencias en función del tiempo de permanencia y de la autonomía de los residentes. De esta forma, nos encontramos con los siguientes tipos de residencias:

A- Residencias de permanencia temporal.

Están destinadas a ofrecer una recuperación funcional y psicosocial para devolver a la comunidad individuos recuperados de sus dolencias mediante estancias programadas en el tiempo a un costo razonable. Treserra *et al.* (1993) las denomina “residencias de estancia limitada”, y las define como residencias que suplen temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para realizar las actividades de la vida diaria.

B- Residencias permanentes: Se suele hacer una diferenciación según la capacidad funcional de los residentes.

1. Residencias para personas mayores válidas:

En principio, los usuarios son independientes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y no necesitan ningún tipo de ayuda. Sin embargo, también suelen estar destinadas a personas mayores con un grado de dependencia leve. En función de los niveles de validez que se establezcan, las residencias de mayores válidos se pueden considerar como hogares alternativos para personas mayores que necesitan pocas atenciones.

Estas residencias tienen las siguientes funciones:

a. Ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas.

b. Ofrecer una buena calidad de vida, es decir, un bienestar físico, psicológico y relacional a quienes todavía son válidos.

c. Ofrecer disfrute (ocio, cultura, creación) y participación (política, sindical, incluso laboral).

d. Prestar una atención geriátrica integral. Se refieren a la prestación de las medidas médicas asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso para mantener o mejorar el estado de salud física y mental del residente.

El modelo supone que estos centros no pueden ofrecer atención especializada a mayores con graves minusvalías. El problema radica en qué se hace, cuando un residente “válido” se convierte en un residente “no válido”. Ante estas situaciones, caben dos políticas:

- Que el residente continúe en la misma institución, en cuyo caso el centro cambia a ser residencia mixta, o
- Que el residente sea trasladado a otro lugar en cuyo caso, y en la práctica, el centro funciona como una residencia temporal.

## 2. Residencias asistidas, destinadas a personas mayores no válidas.

Los residentes tienen algún grado de incapacidad precisando ayuda para realizar parte o todas las ABVD. Están concebidos como centros gerontológicos de atención especializada integral a personas mayores con gran minusvalía.

El Imsero (2000, p. 65) menciona como residentes potenciales a los siguientes usuarios:

- Personas mayores incapacitadas como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- Personas mayores que, por inmovilidad prolongada, presenten graves dificultades para la deambulación.
- Personas mayores con alta senilidad, generalmente con más de 85 años, que tengan dificultades para valerse por sí mismos.
- Personas mayores dependientes por una causa psíquica que no provoque un trastorno grave de su comportamiento.
- En algunos casos, por la inadecuación entre la oferta y la demanda, se añade el requisito de que a las incapacidades físicas o psíquicas reseñadas habrá de añadirse

la circunstancia de presentar una problemática social (familiar, económica, de vivienda, etcétera) que les impida permanecer en su domicilio.

### 3. Residencias mixtas.

Están equipadas para residentes válidos y no válidos. El incremento de la esperanza de vida tiene como consecuencia una mayor permanencia de los ancianos en los centros, y con ello un porcentaje mayor de personas que, por su deterioro psicofísico, necesitarían ser asistidas. Por ello, actualmente, y con proyección de futuro, parece aconsejable que las residencias para personas mayores permitan que su estructura y diseño hagan factible la atención tanto a residentes válidos como incapacitados que necesiten asistencia (Imsero, 2000, pp. 65-66).

Sin embargo, esta tipología de residencias plantea numerosas dificultades en su funcionamiento y también en su financiación. Las primeras referidas a la tensión entre la integración de personas no válidas en el ambiente de personas válidas y a la calidad de vida de los residentes válidos. Las segundas, relacionadas con las infraestructuras, servicios y costos que se requieren para satisfacer las distintas necesidades en una población heterogénea, tanto en sus condiciones físicas como sociales.

La prolongación de la esperanza de vida supondrá que cada vez habrá un mayor número de personas que comiencen su estancia en residencias como “válidas” y la continúen como “asistidas”. Resultará necesario optar entre dos opciones igualmente traumáticas para los residentes:

a) Mantener la viabilidad de las residencias diseñadas para acoger solo a personas válidas. Para lo cual, cuando el deterioro en el estado de salud de quienes eran válidos y dejen de serlo lo requiera, habrá que trasladarles a otras dependencias o centros, diseñados para atender a “personas asistidas”. Esta opción puede que sea la más racional, pero sugiere la imagen dantesca de la segregación por motivos de salud.

b) Aceptar la transformación de todas las residencias en “centros mixtos”, en donde a la larga se producirá un predominio de “residentes asistidos”. En este caso,

la convivencia de personas mayores con niveles muy diferentes de autonomía tampoco resulta un panorama muy reconfortante.

No acaban aquí los efectos de los cambios demográficos sobre el diseño asistencial y administrativo de las residencias. La literatura especializada predice que un número cada vez mayor de personas “asistidas” seguirá con vida cuando aumenten los deterioros e incapacidades por encima de lo que cabe atender con un diseño residencial para “asistidos”. Parece necesario disponer de otra alternativa en el sistema asistencial, que le vincule con el sistema sanitario, y que no sea el vaivén de los enfermos terminales y de alto riesgo, entre las residencias y los servicios de urgencia de la red hospitalaria (Imsero, 2000, p.14).

Continuando con la clasificación de las residencias para personas mayores, podemos diferenciar, en función de la institución de la que dependan, entre residencias públicas o privadas.

#### 1. Residencias públicas:

El centralismo administrativo imperante en nuestro país en el momento de iniciarse la construcción de estos centros, hizo que las primeras residencias dependieran de organismos de la administración central, como el Insero. Las posteriores tendencias centrífugas hacia la gestión de recursos sociosanitarios en comunidades autónomas y corporaciones locales han hecho proliferar la creación de residencias dependientes de estas instituciones.

En estos casos, la práctica totalidad del coste de la plaza es asumido por la administración y, aunque el residente aporta un porcentaje de sus ingresos, que varía según las comunidades, suelen ser cantidades pequeñas. El elevado coste de la gestión de plazas residenciales por parte de las Administraciones, ha favorecido la concertación de plazas con residencias privadas a un precio sensiblemente inferior al coste de la plaza de gestión pública.

#### 2. Residencias privadas:

Cuando la entidad privada encargada de la gestión es una entidad benéfica orientada a dar un servicio a un determinado colectivo de personas mayores sin

obtener una rentabilidad económica podemos hablar de residencias privadas sin ánimo de lucro (Cáritas, comunidades religiosas, etcétera). Las diferentes administraciones intentan colaborar con estas iniciativas mediante la publicación anual de subvenciones para entidades sin ánimo de lucro que gestionen plazas residenciales. Desgraciadamente, estas iniciativas solo cubren un número mínimo del total de camas. La mayor parte de las plazas de residencias son gestionadas por empresas privadas con el fin de obtener una rentabilidad económica. El concierto de plazas con la administración, que antes hemos señalado, se convierte en un interesante atractivo para estos centros permitiéndoles obtener unos ingresos garantizados al margen de las oscilaciones del mercado.

Esto permite una subclasificación de las residencias privadas según tengan o no plazas concertadas con la Administración. Dado que ésta obliga al cumplimiento de una serie de condiciones en cuanto, entre otras cuestiones, a la infraestructura material y personal de la residencia, los centros concertados, en principio, están correctamente equipados<sup>253</sup>. Esta política de concertación ha permitido ampliar la oferta de plazas públicas que, a pesar de todo, sigue siendo insuficiente y genera largas listas de espera de personas que, cumpliendo los criterios de adjudicación de plaza requeridos, no acceden directamente a ella y deben esperar a que se produzca una vacante.

La clasificación de las residencias conforme al número de plazas constituye la forma más habitual de diferenciar los centros por su tamaño. Por lo general, se suele distinguir entre pequeñas residencias, residencias medianas y grandes residencias. Es habitual, también, considerar de forma independiente las residencias muy pequeñas (mini residencias o micro residencias). Sin embargo, no existe un criterio aceptado respecto al número de plazas que debe tener la residencia para ser incluida dentro de uno u otro grupo. Las variantes son tantas como Autonomías y como estudios e informes hemos analizado. De esta forma, a nivel estatal podemos considerar la

---

<sup>253</sup> En el estudio de 125 residencias de la geografía española realizado por Eroski Consumer, las residencias concertadas reciben calificaciones similares a las que reciben las residencias públicas y significativamente mejores a las que reciben las residencias privadas.

clasificación que realiza el Imsero, que en sus estudios sobre personas mayores, clasifica las residencias de la siguiente manera (Imsero, 2009, p. 339):

- Pequeñas residencias: con capacidad inferior a 50 plazas.
- Residencias medianas: con capacidad entre 50 y 100 plazas.
- Grandes residencias: con capacidad entre 100 y 150 plazas.
- Residencias muy grandes, también denominadas macro residencias, con capacidad de más de 150 plazas.

Sin embargo, en la descripción de la realidad del sector en la CAPV y en el estudio empírico, consideraremos el criterio de clasificación utilizado por el Eustat en sus Estadísticas de Servicios Sociales, que otorga una mayor relevancia a las pequeñas residencias por la importancia que éstas tienen en nuestro entorno. De esta forma, nos encontramos con:

- Residencias muy pequeñas: menos de 15 residentes. Las mini residencias o micro residencias tienen un número de usuarios más próximo a la convivencia familiar que a una residencia. El Decreto 41/1998 sobre los servicios residenciales para la tercera edad, utiliza el término “vivienda comunitaria” para referirse a este tipo de centros, que están destinados, principalmente, a personas mayores con cierto nivel de autonomía y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar. En la práctica, funcionan como mini residencias, en las que se ofrece una atención integral y en las que se garantiza la presencia de personal asistencial las veinticuatro horas del día (Ararteko, 2005, p. 58). Es en este tipo de centros residenciales donde se detecta un mayor número de incumplimiento de los requisitos legalmente exigidos en relación a infraestructuras y a las pautas de funcionamiento de la residencia (Ararteko, 2005, p. 381-383).

- Pequeñas residencias: con capacidad entre 15 y 29 plazas. Las residencias pequeñas y muy pequeñas suponen un número importante del total de residencias y del total de plazas, tanto en el conjunto del Estado como en la CAPV. En la mayoría de los casos se trata de centros donde se ofrece alojamiento, comida, asistencia para las ABVD y cuidados de enfermería; los menos cuentan además con algún tipo de

asistencia médica propia y el resto, la mayor parte, dependen del Sistema Público de Salud en el ámbito de la asistencia médica.

- Residencias medianas: con capacidad entre 30 y 100 plazas. Disponen de una mayor infraestructura que las anteriores que les permite ofrecer un suficiente nivel de atención a las personas mayores, válidos o asistidos, sin obligarles a participar de la vida de una organización excesivamente grande. Existe una tendencia a que los centros mixtos o especializados en usuarios asistidos tengan una mayor dimensión que cuando se centran en usuarios válidos<sup>254</sup> (Imsero, 2006, p. 83).

- Grandes residencias: con capacidad superior a 100 plazas. Suelen contar con una importante dotación de medios, tanto sociales como sanitarios, que les permite funcionar con independencia y atender tanto a usuarios válidos como asistidos (Imsero, 2006, p. 328). La inmensa mayoría cuenta con médico propio y muchas de ellas con una cobertura durante las 24 horas, ya sea con médico de presencia o localizado. En este tipo de residencia la persona mayor solo recurre a los servicios comunitarios cuando precisa alguna consulta médica especializada o un ingreso hospitalario. También se puede hablar de macro residencias, con capacidad de más de 200 plazas, que suelen surgir por la inversión de grandes capitales privados en el sector.

El número ideal de plazas en una residencia suscita amplia polémica en todos los foros de debate, dentro y fuera de nuestras fronteras, habida cuenta de que el objetivo a perseguir es aportar una adecuada asistencia a un precio razonable (con una rentabilidad económica en el caso de las residencias privadas) y todo ello sin olvidar la perspectiva de “hogar” que debe tener el centro para las personas mayores. En la práctica se ha comprobado que las residencias diseñadas para una población muy numerosa tienen problemas específicos, distintos de los que tienen las residencias menores y, por lo tanto, relacionados con la dimensión del centro. A partir de un cierto tamaño el incremento de la complejidad supone unos

---

<sup>254</sup> Aunque parezca lógico que un centro de mayor dimensión disponga de mayores medios y, por tanto, pueda ofrecer un mejor servicio a los usuarios asistidos, lo cierto es que en la CAPV la proporción de personas mayores con discapacidad que viven en las residencias, aumenta muy poco a medida que lo hace el tamaño: 75,2% en las residencias más pequeñas y el 79,9% en las más grandes (Ararteko, 2005, p. 381).

requerimientos de burocratización que aumentan más allá de lo admisible, surgiendo problemas de despersonalización, ritualización y desarraigo (Imsero, 2000, p. 69).

En este sentido, Guisset (1998) señala que, sin constituir en sí una garantía de calidad de la atención, los centros de pequeño y mediano tamaño son más susceptibles de ofrecer una atención individualizada de calidad que las grandes estructuras. Este autor, aboga por la reestructuración de los grandes centros en módulos pequeños, de entre 15 y 20 plazas, independizados, en ocasiones, del resto del centro, con sus propios espacios comunes, actividades, personal, accesos, etcétera (Guisset, 1998).

Igualmente, el Informe Extraordinario del Ararteko para el Parlamento Vasco en relación a la “Atención a personas mayores en la CAPV”, realizado por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS, recomendaba, en una época de ampliación de la oferta residencial, evitar la apertura de centros de grandes dimensiones. “Las administraciones públicas deberían desarrollar una política clara de renunciar a la promoción de este tipo de soluciones, cuando menos en relación con los centros de nueva creación” (Ararteko, 2005, p. 241).

En definitiva, los riesgos que conlleva aumentar el tamaño de los centros son secuelas de la masificación. La puesta en marcha de centros residenciales con capacidades superiores a los cincuenta o sesenta usuarios, implica un funcionamiento interno presidido por las necesidades de organizaciones forzosamente complejas, en detrimento de la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Además, se trata de una opción que no está respaldada por estudios rigurosos en torno a las economías de escala que podrían generar este tipo de centros, único argumento de peso que se esgrime para justificar su creación (Ararteko, 2005, p. 241). Sin embargo, lo cierto es que no existe un acuerdo sobre cuál es el número de residentes a partir del cual aparecerían los signos de masificación<sup>255</sup>.

Por otra parte, y para finalizar la clasificación de los centros residenciales de atención a personas mayores, podemos diferenciar, según el tipo de atención que

---

<sup>255</sup> En el próximo epígrafe de este capítulo, al referirnos a los centros residenciales para personas mayores en la CAPV, volveremos a abordar esta cuestión.

prestan, entre residencias generales y residencias especializadas. Las primeras irían destinadas a personas mayores con todo tipo de problemática y las especializadas centrarían su atención en un grupo con unas características, problemática o patología determinadas. En este último grupo, que en la actualidad es muy escaso, conviene destacar la creación de centros dirigidos a personas mayores con demencia que están empezando a aparecer debido a la gran presión asistencial del amplio colectivo, en continuo crecimiento, de mayores con esta patología.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados, la demanda de plazas públicas en residencias de mayores continúa siendo superior a la oferta de plazas públicas existente. Consecuentemente, en las residencias se establece un orden de preselección, que, generalmente, se establece atendiendo a los siguientes criterios de selección:

- Falta de medios de subsistencia.
- Estado de desamparo.
- Grado en que la persona necesita atención asistencial.

En la actual coyuntura de escasez de residencias públicas las plazas disponibles se destinan con preferencia a las demandas de los sectores más desfavorecidos (Imsero, 2000, p. 74).

En el desarrollo del sistema público de residencias se sigue primando la necesidad de utilizar estos centros para atender a los necesitados, es decir, para atender preferentemente a los ancianos terminales, solitarios por el abandono de la familia, incapaces de gestionar sus derechos; los explotados o manipulados por sus propios familiares, a los enfermos físicos y mentales, etcétera (Treserra *et al.*, 1993). Esta prioridad parece totalmente razonable pero, en estas circunstancias, quienes pueden verse discriminados son las clases medias y medio-bajas, porque no pueden costearse el precio que tienen las residencias privadas. De esta forma, en la práctica, la atención de gran parte de la población mayor sigue estando confiada a las familias.

Según el Imsero (2009), el número total de plazas residenciales, públicas y privadas, en enero de 2008 era de 329.311 distribuidas entre 5.091 centros, en el

conjunto del Estado. La cobertura, definida como el porcentaje de personas de 65 y más años usuarias del servicio, se sitúa en un 4,31 (Imsero, 2009, p. 338). El 62% de los usuarios que viven en una residencia tienen 80 o más años y en el 66% de los casos es mujer. Los mayores ratios de institucionalización de las personas mayores parecen deberse a que las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia aumentan exponencialmente con la edad. Por ello, si las residencias se encargan de proporcionar cuidados de larga duración a personas dependientes, no es extraño que la mayoría de sus ocupantes sean sujetos de edad avanzada (Casado y López, 2001, p. 118). Efectivamente, en los estudios empíricos en los que se ha analizado los factores que desencadenan el ingreso en una residencia, el grado de dependencia resulta ser una de las variables con mayor poder explicativo<sup>256</sup>.

Por otro lado, en cuanto a las diferencias observadas en las ratios de institucionalización de hombres y mujeres, éstas constituyen realmente el reflejo de la influencia de otros factores distintos al género. En primer lugar, puesto que las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres, la viudedad constituye una situación más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Y la viudedad, como señalan los estudios empíricos, resulta un factor que influye decisivamente en la probabilidad de ingresar en una residencia, pues las personas que han perdido a su cónyuge no tienen la posibilidad de que éste les proporcione los cuidados necesarios. Asimismo, la pérdida de ingresos que acompaña a la desaparición del cónyuge constituye un fenómeno que, por lo dicho anteriormente, aparecerá con mayor frecuencia entre las mujeres. Debido a ello, puesto que también existe evidencia empírica de que las personas con mayores ingresos tienen una probabilidad menor de ingresar en una residencia<sup>257</sup>, no resulta sorprendente que las tasas de institucionalización de las mujeres sean superiores a las de los hombres.

---

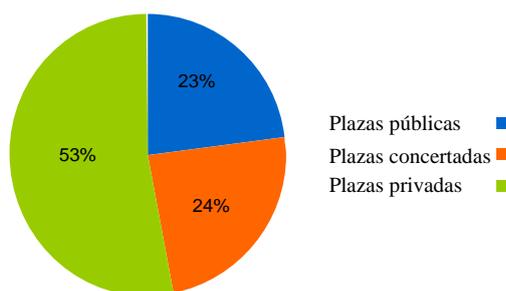
<sup>256</sup> Véase, por ejemplo, los trabajos de Carrière y Pelletier (1995), Reschkovsky (1998) y Portrait *et al.* (2000).

<sup>257</sup> Esto se debe a que las personas con más recursos económicos tienen, a igual nivel de necesidad, mayores posibilidades de contratar atención domiciliaria privada, u otro tipo de servicios (rehabilitación, adaptación de la vivienda, etcétera), que les permiten prolongar el tiempo de permanencia en el hogar. Además, puesto que en la mayoría de países el acceso a las plazas residenciales públicas está restringido a las personas con menos ingresos, para las personas con

Otra características a destacar es que, como promedio, el 70% son personas en situación de dependencia, si bien en algunas Comunidades, como Aragón, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y País Vasco, la proporción de mayores dependientes en residencias alcanza o sobrepasa el 80% de los residentes (Imsero, 2009, p. 338).

La distribución del peso del sector público y del sector privado en los servicios residenciales se caracteriza por un predominio del sector privado tanto en la gestión, como en la financiación de plazas residenciales. El 80% de los centros residenciales son de titularidad privada y gestionan el 76,7% de la oferta de plazas residenciales. El 24% de las plazas residenciales corresponden a plazas concertadas con el sector público y un 53% son plazas completamente privadas financiadas a precios de mercado. Los centros residenciales de titularidad pública representan el 20% del total de centros residenciales lo que representa el 23% de la oferta residencial (ver gráfico 5.15). Asimismo, el sector público aporta financiación al 47% de las plazas residenciales. De ellas, aproximadamente la mitad son de gestión pública y la otra mitad, son gestionadas por el sector privado y financiadas mediante concertación<sup>258</sup> (Imsero, 2009, p. 339).

**Gráfico 5.15: Residencias para personas mayores. Distribución de plazas, 2008**



Fuente: Imsero (2009).

---

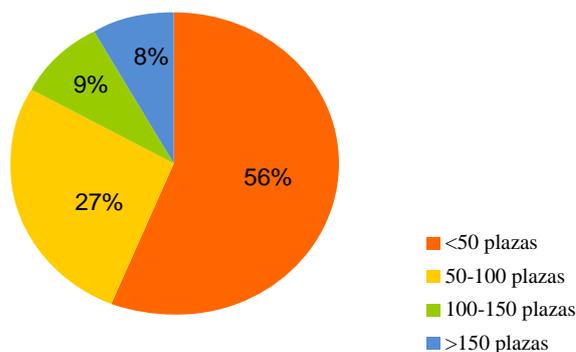
mayores recursos económicos la atención domiciliaria constituye una alternativa relativamente más barata que la institucionalización (Reschovsky, 1998; Portrait *et al.*, 2000).

<sup>258</sup> Para más detalles respecto a las características del sector residencial en España puede consultarse el informe “Las personas mayores en España” (Imsero, 2009). En el próximo apartado del capítulo, analizaremos con mayor profundidad las características del sector residencial para personas mayores en la CAPV, ámbito en el que enmarcaremos el estudio empírico de esta Tesis Doctoral.

Esta estructura de gestión-financiación de las plazas residenciales varía en algunas Comunidades Autónomas. Así, el peso del sector público en la financiación de plazas residenciales (públicas y concertadas) es predominante en el País Vasco.

Otra de las características del modelo residencial en España se refiere al tamaño de los centros, con un predominio de centros con menos de 50 plazas, que representan el 56%. Un 28% tiene entre 50 y 100 plazas y los de mayor tamaño son menos frecuentes; solo un 9% tiene entre 100 y 150 plazas y un 8% tiene más de 150 plazas (ver gráfico 5.16).

**Gráfico 5.16: Distribución del número de centros residenciales según tamaño, 2008**



Fuente: INE (2008).

A lo largo del período 2002-2008 se ha producido un aumento de la gestión privada residencial y de la financiación pública, motivado por la mayor tasa de crecimiento en el número de plazas concertadas, aspecto que va adquiriendo mayor incidencia. Respecto a la distribución de centros residenciales, el predominio de centros residenciales de titularidad privada se mantiene a lo largo del período, aunque registran una pérdida de peso de siete puntos porcentuales que se compensa con el aumento de la participación de los centros residenciales de titularidad pública, que pasan de representar 13% del total de centros, en enero 2002, al 20% en enero de 2008 (Imsero, 2009, p. 340).

En un estudio realizado por Consumer Eroski<sup>259</sup>, en 2005, se recogió información de 104 residencias para personas mayores del Estado con el objetivo de comprobar la atención que en las residencias para personas mayores del Estado se dispensa a los usuarios, las infraestructuras con que cuentan, el número de residentes que corresponde a cada cuidador, el grado de intimidad que puede tener cada residente, la atención médica de que disponen, los servicios que ofrecen (podología, fisioterapia, rehabilitación, peluquería, etcétera), además de la seguridad y limpieza de las instalaciones.

En el estudio se concluyó, como principal problema existente, el déficit de plazas. En el 77% de las residencias visitadas existía lista de espera, y en las públicas la cifra se elevaba hasta el 93%. A pesar de estos datos, otros autores como Torres *et al.* (2007), señalan que cada vez cuesta más tiempo alcanzar la plena ocupación en las residencias (Torres *et al.*, 2007, p. 6). En efecto, los empresarios del sector señalan, en 2010, que en sus centros hay cerca de 50.000 plazas vacías. Este desajuste responde a que no todas las plazas están construidas en los lugares donde hay demanda. Algunas de ellas son tan caras que el ciudadano no puede pagarlas, ni los precios que da la Administración para concertarlas convencen a los empresarios quienes reciben entre 45 y 50 euros por plaza y día<sup>260</sup>.

Tras un repaso a todos los datos del estudio realizado por Consumer Eroski, se constata que el punto más débil de las residencias son sus infraestructuras –aunque de media consiguen un aceptable 6,5–, siendo las privadas las que tienen mayores deficiencias. La atención asistencial a los residentes -que merece un 6,8 de nota media-, también puede mejorarse, especialmente en lo que se refiere a dotación

---

<sup>259</sup> Para realizar este estudio, técnicos de Consumer Eroski que se identificaron como tales, solicitaron telefónicamente una serie de datos a los directores y gerentes de cada residencia. Posteriormente las visitaron, esta vez como clientes ficticios, alegando que querían ingresar a un familiar, para comprobar, sobre el terreno, el estado de las instalaciones y su conservación, la luminosidad, el espacio hábil disponible para los ancianos y la higiene y limpieza del establecimiento. En total, el informe cotejó 80 características y prestaciones de 104 residencias, con un mínimo de 15 huéspedes cada una, y que alojaban a un total de 8.448 usuarios. Esta revista estableció, junto con geriatras y especialistas consultados, un sistema propio de valoración y puntuación para cada una de las características y prestaciones de las residencias. Como complemento, se entrevistó a 150 familiares de personas mayores alojadas en los centros analizados.

<sup>260</sup> Boletín electrónico de Gerokon, 18 de octubre de 2010. Disponible en: <<http://www.gerokon.com>>.

de personal: en las residencias privadas existe una media 3,7 residentes por cuidador, cifra que se dispara hasta 6,3 mayores para cada cuidador cuando se trata de ancianos válidos. En cuanto al servicio de comidas, solo en el 45% de las residencias se puede elegir entre varios menús; porcentaje que se reduce en el caso de las privadas, el 35%. Por último, las residencias con centro de día son minoría pues solo el 31% ofrecen este servicio (Consumer Eroski, 2005, p. 6).

Lo más positivo que se destaca en el mencionado estudio es el esfuerzo que realizan estos centros por convertirse en un segundo hogar para los ancianos residentes, es decir, para que se sientan como en casa. En este sentido, a los residentes se les permite recibir visitas en la habitación (lo hacen el 86% de las residencias), guardar sus pertenencias personales bajo llave (84%) y realizar sus prácticas religiosas (96%) (Consumer Eroski, 2005, p. 6). En efecto, es muy habitual que las residencias permitan que los alojados reciban visitas en sus habitaciones, para así mantener cierto grado de intimidad. El traslado a una residencia supone dejar atrás muchas de las pertenencias y recuerdos que han acompañado a los ancianos durante años. Por ello, los residentes agradecen poder llevar consigo parte de ellas, muchas de gran valor sentimental. Además, la mayoría de las residencias facilitan que sus usuarios continúen en ellas con sus costumbres religiosas: en algunas hay capillas o salas acondicionadas como tales y casi todas reciben la visita de un sacerdote al menos una vez a la semana

Por último, las residencias públicas se revelan más económicas y obtienen una mejor calificación global (7,3 puntos de media) que las privadas (6,9 puntos) y que las concertadas (7 puntos). Los suspensos son más frecuentes entre las privadas (lo merecen el 19% de las estudiadas) y concertadas (suspende el 16%) que entre las públicas (solo el 7%) (Consumer Eroski, 2005, p. 6).

En 2009, Consumer Eroski, siguiendo la misma metodología que en el estudio anterior, analiza 125 residencias del conjunto del Estado con el objetivo de comprobar, entre otras cuestiones, la atención asistencial que dispensan a sus residentes, las infraestructuras y servicios con que cuentan, el número de personas

mayores que corresponde a cada cuidador, la atención médica y el grado de intimidad y la sensación de “sentirse como en casa” que pueda tener el residente.

La valoración media de las residencias estudiadas es satisfactoria y similar a la de 2005. Al igual que entonces, las residencias públicas no solo se revelan más económicas sino que obtienen una mejor calificación final (7,3 puntos de media) que las privadas y las concertadas (6,7 y 7,2 puntos respectivamente) (Consumer Eroski, 2009, p. 37). Se mantienen carencias poco disculpables: baños sin timbre de emergencia en dos de cada cinco residencias, un 20% de ellas sin servicio de fisioterapia y rehabilitación, el 35% solo cuentan con un médico de cabecera como único especialista, y en más de la mitad no se había realizado un simulacro de emergencia en el último año. Las públicas y concertadas sobresalen con mejores calificaciones que las privadas, al igual que ocurría en 2005 (Consumer Eroski, 2009, p. 36).

Resulta interesante destacar de este estudio la evaluación realizada respecto hasta qué punto las residencias permiten a sus usuarios “sentirse como en casa” y, aunque este apartado ha merecido como calificación un ‘bien’, el resultado fue peor que el del año 2005. La mayoría de los centros visitados permitían a sus usuarios salir y entrar libremente, recibir visitas en sus propias habitaciones y, en todos excepto en seis, les daban la posibilidad de trasladarse con sus muebles y enseres. (Consumer Eroski, 2009, p. 40).

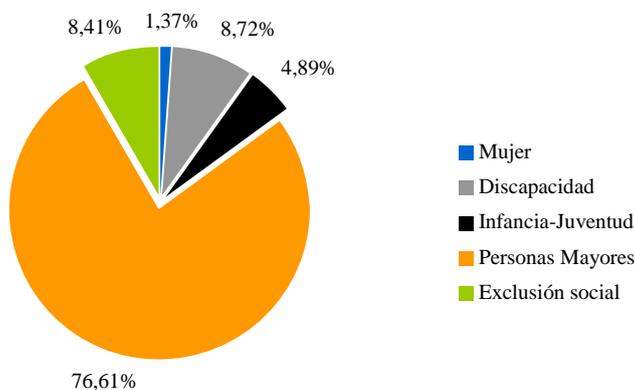
De esta forma, concluimos el estudio de las características, funciones, objetivos, clasificaciones y situación en España de los centros residenciales para personas mayores. Seguidamente, analizaremos con mayor profundidad las características del sector residencial para personas mayores en la CAPV, ámbito en el que enmarcaremos el estudio empírico de esta Tesis Doctoral.

### 5.5. Los centros residenciales para personas mayores en la CAPV

Los centros residenciales, ofrezcan atención temporal o permanente, son tan variados como lo son las necesidades de los diferentes colectivos hacia los que dirigen sus actividades: menores en situación de desprotección, mujeres maltratadas, personas mayores autónomas y dependientes, personas con discapacidad psíquica profunda, con autismo, con discapacidad motora, personas sin hogar, inmigrantes, drogodependientes, personas afectadas por el VIH, etcétera.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, el grupo mayoritario de centros residenciales, según datos del Eustat<sup>261</sup> correspondientes al año 2010, está destinado a personas mayores, con una oferta total del 76,61% de las plazas residenciales (ver gráfico 5.17). Esta oferta representa, aproximadamente, 4 plazas en centros residenciales<sup>262</sup> para personas mayores por cada 100 habitantes de 65 y más años (Eustat, 2010).

**Gráfico 5.17: Plazas residenciales según tipo de población en la CAPV**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

<sup>261</sup> La mayoría de los datos referentes a residencias para personas mayores de la CAPV se han obtenido consultando la página web del Servicio Vasco de Estadística, Eustat, durante los meses de marzo y abril de 2010 (<http://www.eustat.es>).

<sup>262</sup> El Eustat considera en sus estudios e informes, los centros residenciales para personas mayores en sentido amplio, es decir, centros que ofrecen una atención, permanente o no, y una asistencia que comprende los servicios de alojamiento, manutención y otros complementarios. Este conjunto de centros es muy variado y engloba a hogares funcionales, residencias, centros de acogida, albergues, pisos tutelados, etcétera.

El Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios residenciales para la tercera edad, diferencia tres tipos de centros:

1- Los apartamentos tutelados, definidos en el Decreto como un 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. Interesa aclarar que a esta tipología se acogen fórmulas muy diversas: desde conjuntos de apartamentos con todo tipo de servicios comunes, tanto domésticos como de atención personal, hasta conjuntos de apartamentos que no cuentan prácticamente con ningún servicio, pero en los que las personas usuarias pueden utilizar los servicios pertenecientes a otros centros (por ejemplo, el servicio de *catering* de una residencia). También existen viviendas de 4 ó 5 personas, que no se integran en un conjunto de apartamentos tutelados, pero que se asimilan en su funcionamiento.

Las principales diferencias entre estos servicios y las otras alternativas residenciales vienen dadas por tres características fundamentales: por un lado, en los apartamentos, las personas están en su propia vivienda, a menudo incluso en régimen de propiedad; por otro, el servicio prestado no tiene un carácter integral (incluso los servicios básicos, como la limpieza o la comida, suelen ser opcionales); y, por último, las personas residentes tienen un elevado grado de autonomía y, en consecuencia, no suele haber personal asignado al centro veinticuatro horas al día (Ararteko, 2005, p. 58).

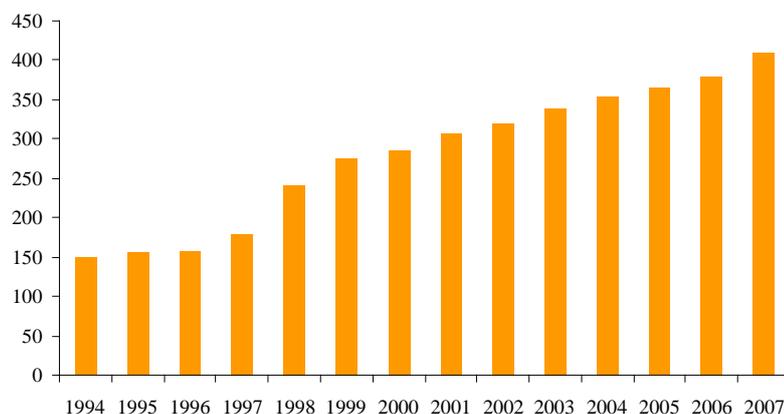
2- Las viviendas comunitarias constituyen la segunda modalidad residencial y se definen como aquellas unidades convivenciales con un mínimo de 5 plazas y un máximo de 14 plazas, destinadas a personas mayores con cierto nivel de autonomía, y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar. En la práctica, funcionan como mini residencias, en las que se ofrece un servicio integral y en las que se garantiza la presencia de personal asistencial las veinticuatro horas del día. De hecho, muchas de las personas usuarias que se encuentran en estos servicios son personas dependientes, lo que pone en cuestión la tipología normativa actual de centros, que

parece destinar esta modalidad residencial a las personas autónomas (Ararteko, 2005, p. 58).

3- Las residencias constituyen el tercer tipo de servicio y se definen como aquellos centros de convivencia con capacidad superior a 14 plazas, destinados a servir de vivienda permanente y común, en los que se presta una atención integral y continua a las personas mayores, que pueden presentar discapacidades de alto grado. Este tipo de centro es el que se encuentra sometido a condiciones normativas más numerosas y estrictas para su funcionamiento (Ararteko, 2005, p. 58).

El gráfico 5.18 muestra la evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, integrando los tres tipos de centros anteriormente citados, entre los años 1994 y 2007 (último año sobre los que se tienen datos). En menos de 15 años el número de centros residenciales ha crecido notablemente pasando de 153, en 1994, a 406 centros, a finales de 2007, es decir, incrementándose un 165% en el periodo considerado (Eustat, 2010).

**Gráfico 5.18: Evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre 1994 y 2007**

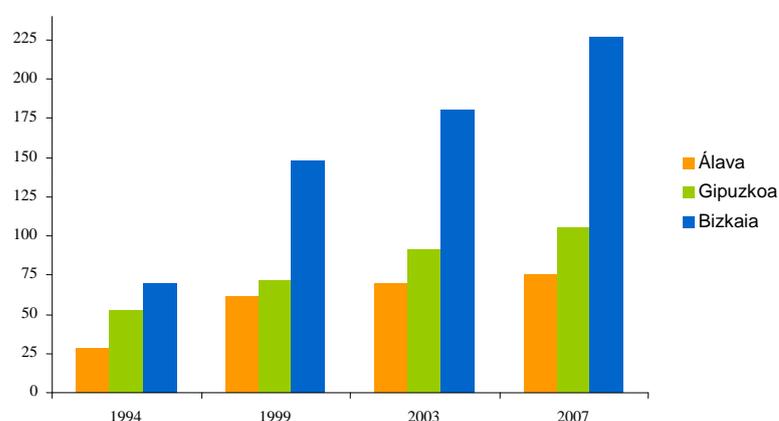


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Analizando el incremento de centros residenciales para personas mayores por periodos, se puede comprobar que es entre los años 1997 y 2003 cuando tiene lugar el mayor aumento en el número de centros residenciales para personas mayores, pasando de 184 a 345, lo que supone un incremento del 87,5%.

Sin embargo, este incremento de centros residenciales es desigual en los tres Territorios Históricos. Así, como puede observarse en el gráfico 5.19, mientras que en los Territorios Históricos de Bizkaia y Álava el aumento, entre 1994 y 2007, es muy notable con incrementos del 215% y del 167%, respectivamente, en Gipuzkoa, aún siendo el aumento importante, el 96%, es significativamente inferior en términos relativos.

**Gráfico 5.19: Evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre 1994 y 2007, según Territorio Histórico**

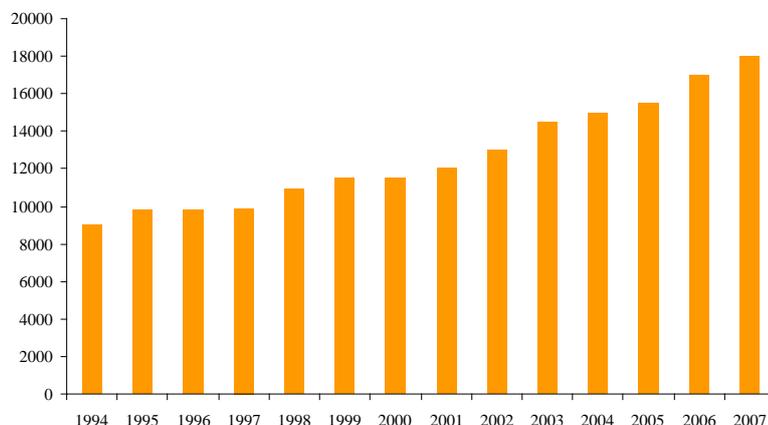


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Por otro lado, el gráfico 5.20 muestra la evolución del número de plazas en los centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre los años 1994 y 2007. Durante este periodo, el número de plazas se ha duplicado, pasando de 9.139 a 18.051 plazas.

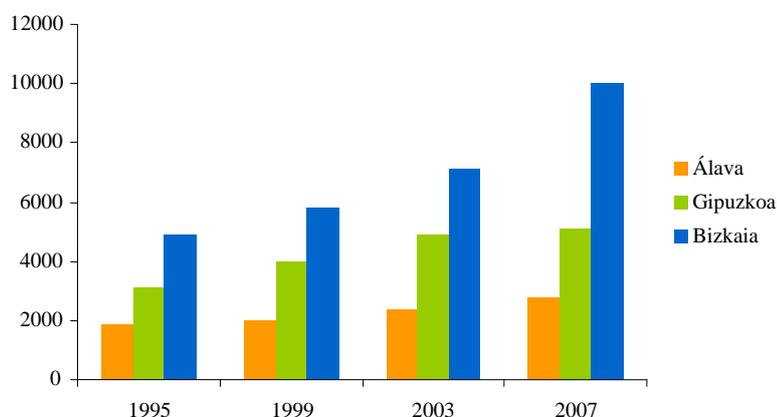
Si se analiza la evolución del número de plazas por Territorios Históricos (ver gráfico 5.21), destaca el incremento importante de plazas en Bizkaia, entre los años 1999 y 2007, consecuencia del importante incremento de centros residenciales, durante ese periodo, en este Territorio. El incremento de plazas en Álava y Gipuzkoa, en este periodo, es significativamente inferior. En el último periodo considerado, 2003-2007, el incremento de plazas residenciales fue del 5,6% en Álava, del 13% en Gipuzkoa y del 36% en Bizkaia.

**Gráfico 5.20: Evolución del número de plazas residenciales en la CAPV, entre 1994 y 2007**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

**Gráfico 5.21: Evolución del número de plazas residenciales en la CAPV, entre 1994 y 2007, según Territorio Histórico**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

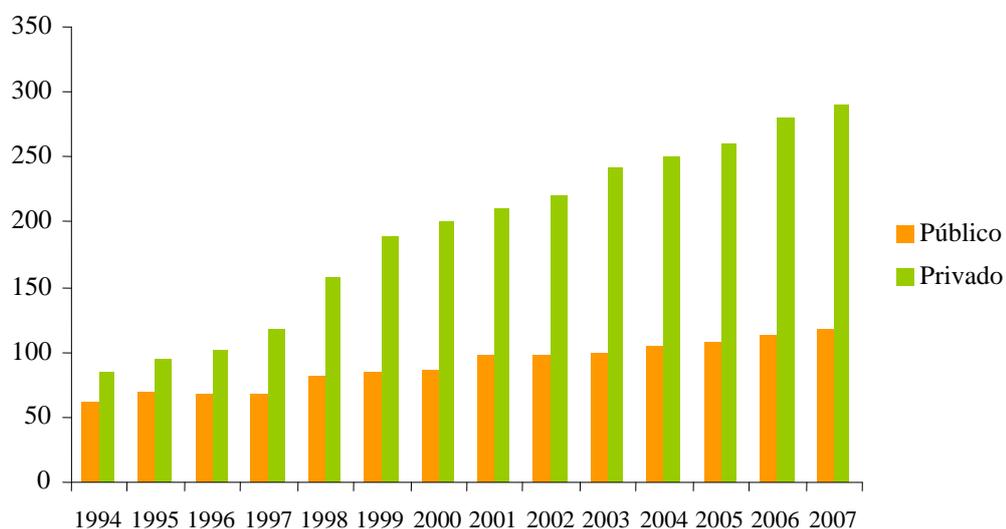
La titularidad de los centros residenciales para personas mayores ha empezado a desvincularse de la gestión, debido a la práctica puesta en marcha por las Administraciones Públicas de promover recursos de su titularidad delegando la gestión. De este modo, en función de la titularidad, podemos clasificar los centros residenciales de la siguiente manera:

- Centros públicos, es decir, centros de los que son titulares las administraciones públicas, cuya gestión puede ser pública o privada.
- Centros privados con plazas concertadas con la Administración.
- Centros privados sin plazas concertadas.

En los gráficos 5.22 y 5.23, puede observarse que la oferta residencial es mayoritariamente privada, con el 72,4% de los centros y el 70% de las plazas, en el año 2007, y su ritmo de crecimiento es superior al de la oferta pública, dado que en los últimos 10 años la oferta de plazas privadas se ha incrementado un 134%, frente al aumento del 22% de la oferta pública.

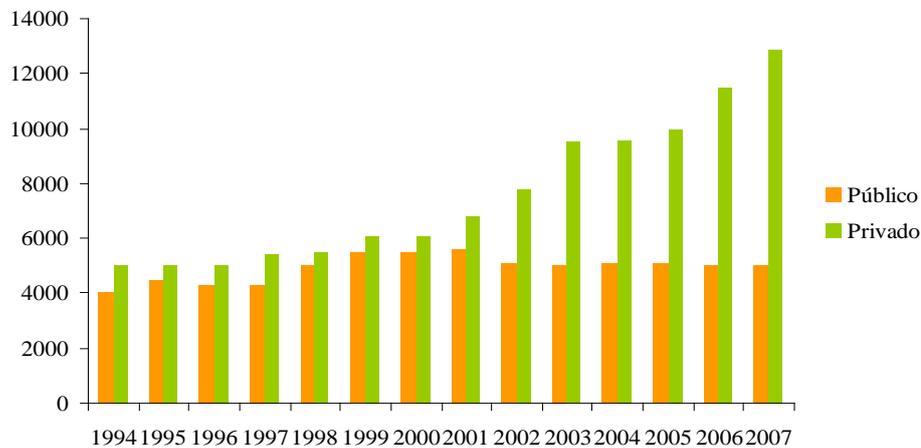
A la vista de los datos, podemos concluir que en la primera década del siglo XXI se ha consolidado un sector empresarial atraído por las oportunidades surgidas del envejecimiento de la población y, como resultado, el incremento medio anual de plazas en el sector privado es superior al incremento observado en el sector público.

**Gráfico 5.22: Evolución del número de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, según titularidad, entre 1994 y 2007**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

**Gráfico 5.23: Evolución del número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, según titularidad, entre 1994 y 2007**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

No obstante, ello no supone, necesariamente, una privatización de la atención prestada, ya que entre las plazas privadas la mayoría cuentan con financiación pública por vía de la concertación o de la subvención (SiiS, 2008, p.115).

Sin embargo, existen claras diferencias territoriales. Bizkaia es el único territorio que tiene un esquema en mayor medida privado, con un 85,22% de las plazas, mientras que en Álava y Gipuzkoa se sitúa en el 47,25% y el 52,67%, respectivamente (ver tabla 5.3) (Eustat, 2010).

Ahora bien, si tenemos en consideración que el 37% de las plazas en centros privados fueron concertadas con la Administración Pública, resulta que, en el conjunto de la CAPV, una mayoría de las plazas ofertadas son de responsabilidad pública. Este hecho se evidencia sobre todo en Gipuzkoa donde la práctica totalidad de las plazas son públicas o concertadas. En Bizkaia, por el contrario, la mayoría de las plazas son privadas y en el territorio de Álava, la proporción entre centros públicos o concertados y privados está muy equilibrada (Eustat, 2008, p. 16).

**Tabla 5.3: Número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, según la titularidad y el Territorio Histórico, en 2007**

Plazas	Álava	<i>Total</i>	2.639	100%
		<i>Público</i>	1.392	52,75%
		<i>Privado</i>	1.247	47,25%
	Gipuzkoa	<i>Total</i>	5.324	100%
		<i>Público</i>	2.520	47,33%
		<i>Privado</i>	2.804	52,67%
	Bizkaia	<i>Total</i>	10.088	100%
		<i>Público</i>	1.491	14,78%
		<i>Privado</i>	8.597	85,22%

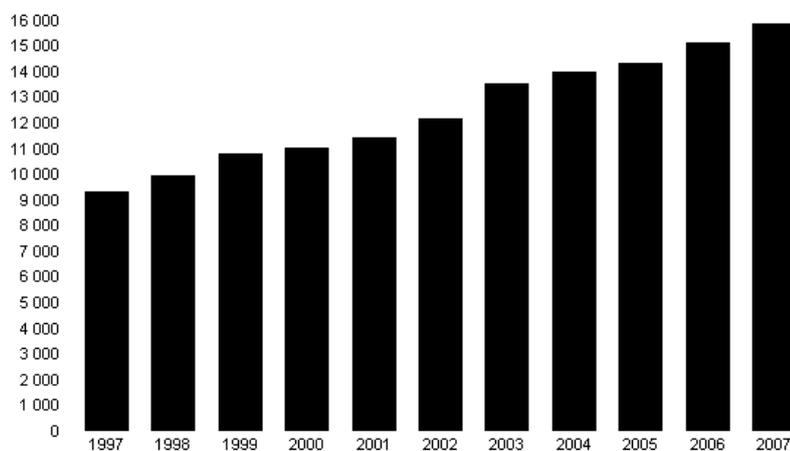
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Por tanto, atendiendo al carácter público o privado de estos centros y, distinguiendo, dentro de estos últimos, a los que reciben financiación pública de los que no la reciben, se pone de manifiesto la existencia de dos modelos de atención residencial distintos, el vizcaíno, con una escasa presencia relativa de plazas públicas, y el alavés-guipuzcoano, con un fuerte peso de las plazas ofertadas por diputaciones y ayuntamientos (SiiS, 2008, p. 179).

Por lo que respecta a la evolución del número de usuarios de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, podemos señalar que en el periodo 1997-2007 el incremento ha sido del 70% (ver gráfico 5.24).

Al igual que en el resto del Estado, la baja tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida está provocando el fuerte proceso de envejecimiento de la sociedad vasca. El porcentaje de personas mayores, en 2007, era del 18,5%, superior al 16,7% del total del Estado. Las personas mayores de 80 años representaban el 5% de la población (INE, 2007). Como estudiábamos en el capítulo anterior, se prevé un espectacular aumento de la población mayor a partir de 2020 cuando los hijos del *baby boom* lleguen a los 65 años. Por ello, consideramos razonable prever en los próximos años un aumento en el número de usuarios de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV.

**Gráfico 5.24: Evolución del número de usuarios de centros residenciales para personas mayores en la CAPV, entre 1997 y 2007**



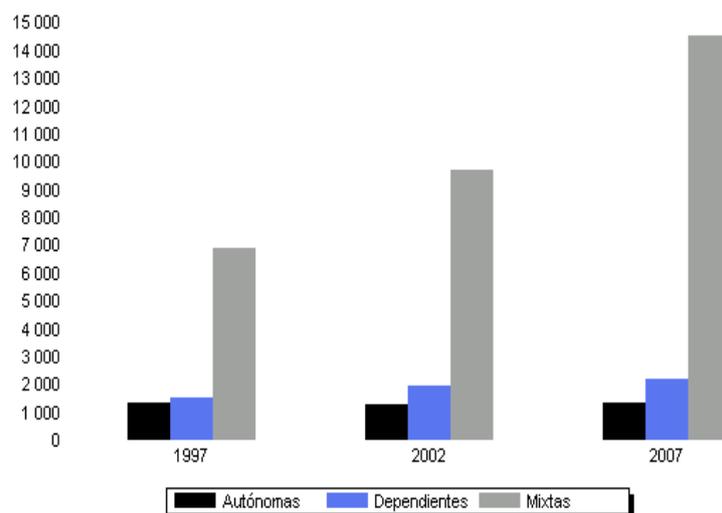
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Si consideramos el grado de dependencia de las personas mayores, solo una pequeña proporción de las residencias, 29 en total, están destinadas en exclusividad a la atención de dependientes, con una oferta de 2.182 plazas (13% del total); el resto se divide en 83 centros para autosuficientes y 294 residencias mixtas. Los centros mixtos suponen el 72,4% y ofertan el 80% de las plazas. En relación a los datos de 1997, estas plazas han sido las que han experimentado un mayor crecimiento, un 110%. Resulta significativo que las plazas para personas autónomas en la CAPV hayan sufrido una reducción respecto a 1997 (ver gráfico 5.25) (Eustat, 2010).

El envejecimiento de la población mayor y las actuales políticas asistenciales que se esfuerzan por retrasar el ingreso en los centros residenciales de las personas mayores, tienen como consecuencia, como ya hemos comentado con anterioridad, el aumento de los dependientes en las residencias e, incluso, que exista una proporción cada vez mayor de personas que ingresan para recibir una asistencia terminal. En opinión del presidente de la Asociación Vasca de Geriatría, Juan José Calvo, la aplicación de la Ley de la dependencia, con el apoyo económico a las familias dedicadas al cuidado de sus mayores, ha supuesto que cada vez sean más dependientes las personas que ingresan en las residencias. Así, en el año 2000, el 45% de estas personas eran grandes dependientes mientras que en 2010 suponen el

81%. Por tanto, afirma Juan José Calvo, “estamos hablando de una población muy dependiente y con muchos problemas de salud”<sup>263</sup>.

**Gráfico 5.25: Evolución del número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, según tipo de usuarios**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

A pesar de las dificultades en el funcionamiento de las residencias mixtas, debidas a la tensión derivada de la integración de personas no válidas en el ambiente de personas válidas y a la dificultad de satisfacer las distintas necesidades de una población heterogénea, se considera razonable que las residencias para personas mayores permitan que su estructura y diseño hagan factible la atención tanto a residentes válidos como incapacitados con necesidad de asistencia. No debemos olvidar que el incremento de la esperanza de vida tiene como consecuencia una mayor permanencia de los ancianos en los centros y esto traerá consigo que cada vez exista un mayor número de personas que comenzando su estancia en la residencia como personas válidas, la continúen como personas asistidas (Imsero, 2000, pp. 65-66).

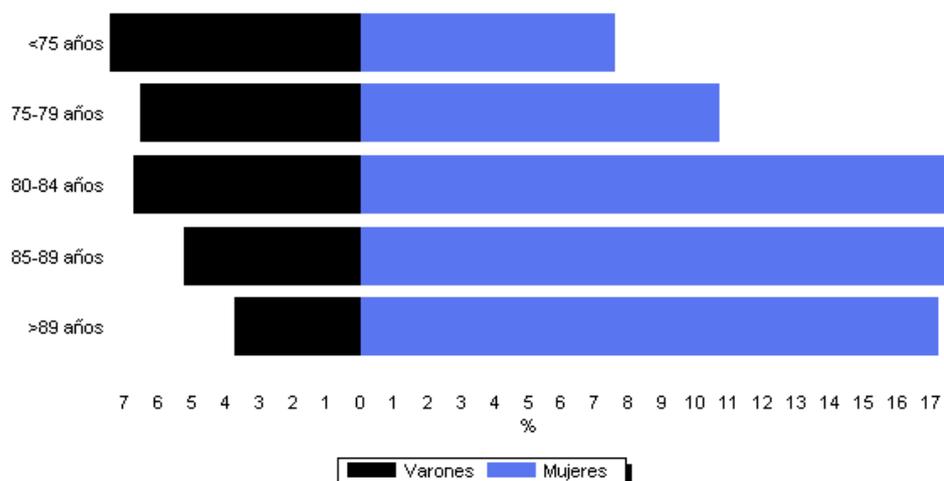
Esto implica que, a medida que aumenta la edad media del residente y su nivel de dependencia, las necesidades de la persona irán variando, y ello deberá ser

<sup>263</sup> Diario Vasco, 22 de abril de 2010, p. 4.

tenido en cuenta por los centros residenciales a la hora de diseñar y planificar los servicios que se van a ofrecer.

Si se analizan las características de los usuarios de residencias para personas mayores en la CAPV, se observa que las mujeres son mayoría, un 70,5%, aumentando su presencia con la edad (ver gráfico 5.26).

**Gráfico 5.26: Porcentaje de usuarios de residencias para personas mayores en la CAPV, según sexo y edad**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

La distribución de los usuarios por edad es la siguiente: un 15% tienen menos de 75 años, el 41,3% entre 75 y 85 años, el 22,8% entre 85 y 89 años y el restante 20,9% tienen 90 o más años. Si bien no hay diferencias territoriales importantes, los residentes en Gipuzkoa tienen una mayor edad. Así, un 23,7% de los residentes guipuzcoanos son mayores de 89 años, mientras que los porcentajes de residentes de 90 o más años en Álava y Bizkaia son del 19,5% y 19,7%, respectivamente.

En términos de cobertura, cabe destacar que las diferencias entre Álava y los otros dos Territorios Históricos son elevadas. Álava sigue siendo el único Territorio que supera el índice de cobertura del 5%, ofreciendo en 2006 una cobertura de 5,2 plazas por cada 100 personas mayores, frente a un 4,2 y 4,1 de Bizkaia y Gipuzkoa, respectivamente (SiiS, 2008, p. 180).

Si la evolución de la cobertura y del número de plazas residenciales es analizada a largo plazo, se observa que entre 1994 y 2006, la cobertura en la CAPV

ha pasado de 3 plazas por cada 100 personas mayores a 4,3. A pesar de este incremento de la cobertura, la CAPV se sitúa todavía en valores intermedios en relación a las que se registran en otras Comunidades Autónomas, y resultan muy inferiores a las registradas en otros países de nuestro entorno. En el ámbito estatal, la tasa de cobertura que a finales de 2006 alcanza la CAPV sitúa a nuestro territorio en una posición intermedia, próxima a la media española (4,27 plazas por cada 100 personas mayores) y relativamente alejada de Castilla y León, Castilla-La Mancha y Navarra, las tres únicas comunidades con una cobertura que supera las 6 plazas por cada 100 mayores (SiiS, 2008, p. 180).

A continuación, analizamos la distribución de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV en función del número de plazas e, igualmente, su evolución. Para ello, acudimos a las Estadísticas de Servicios Sociales del Instituto Vasco de Estadística, Eustat, que clasifica los centros residenciales, según su tamaño, de la siguiente manera<sup>264</sup>: residencias muy pequeña, con menos de 15 residentes; pequeñas residencias, con capacidad entre 15 y 29 plazas; residencias medianas, con capacidad entre 30 y 100 plazas; y grandes residencias, con capacidad superior a 100 plazas.

Existe un amplio consenso en torno al principio según el cual, a igualdad del resto de factores, el tamaño reducido de los centros residenciales favorece, sin garantizarlo, un mayor nivel de la calidad en la atención prestada a la persona mayor, pues se ha comprobado que las residencias diseñadas para una población numerosa tienen problemas específicos, relacionados con la dimensión del centro (Ararteko, 2005, p. 210). A partir de un cierto tamaño, el incremento de la complejidad del centro supone unos requerimientos de burocratización que van más allá de lo admisible, surgiendo problemas de despersonalización (Imsero, 2000, p. 69). El tamaño de las residencias resulta, por tanto, un aspecto importante a tener en cuenta, tanto desde la perspectiva del funcionamiento interno como respecto a las relaciones del centro y sus residentes con el entorno social próximo.

---

<sup>264</sup> Hemos señalado anteriormente que este criterio de clasificación será el que utilizaremos en el estudio empírico para categorizar los centros residenciales según su tamaño pues, en nuestra opinión, es el criterio de clasificación que mejor se adapta a la realidad que nos encontramos en la CAPV.

En lo que a la CAPV se refiere, en el año 2007, el 37% de los centros residenciales para personas mayores tenían un número inferior a 15 plazas, el 19% entre 15 y 29 plazas, el 31% entre 30 y 100 plazas, y el 13% más de 100 plazas. Es decir, más del 50% de las residencias para personas mayores de la CAPV, un total de 227 centros, tienen menos de 30 plazas. Solamente el 13%, 52 centros residenciales, pueden ser calificados como grandes residencias (ver tabla 5.4).

**Tabla 5.4: Distribución del número de centros residenciales por Territorio Histórico, según su tamaño, en 2007**

< 15 plazas	CAPV	150
	Álava	33
	Gipuzkoa	35
	Bizkaia	82
15-29 plazas	CAPV	77
	Álava	17
	Gipuzkoa	8
	Bizkaia	52
30-100 plazas	CAPV	127
	Álava	17
	Gipuzkoa	44
	Bizkaia	66
> 100 plazas	CAPV	52
	Álava	8
	Gipuzkoa	17
	Bizkaia	27

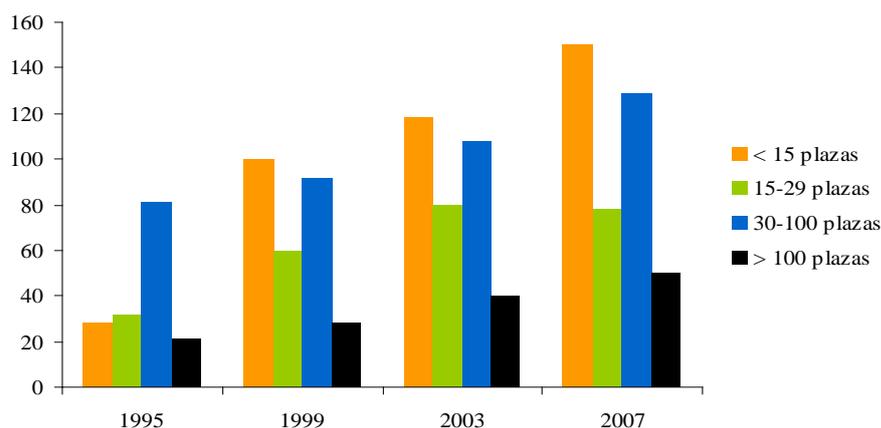
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

En Álava, la mayoría de los centros tienen menos de 30 plazas, representando el 66% del total de centros en el territorio. Sin embargo, éstos ofrecen únicamente el 26,5% del total de las plazas residenciales ofertadas en el Territorio Histórico.

En Gipuzkoa, la mayoría de los centros tienen un tamaño medio, de entre 29 y 100 plazas (44 centros que representan el 42% de los centros del Territorio Histórico), y ofertan prácticamente la mitad del total de las plazas residenciales de Gipuzkoa. En Bizkaia, la mayoría de los centros tienen menos de 15 plazas (82 centros que representan el 34% de los centros del Territorio Histórico), pero ofrecen solo el 8,5% de las plazas residenciales, de manera que podemos observar la gran atomización existente en el sector en Bizkaia (ver tabla 5.4).

Desde el año 1995 hasta 2007, se produce en la CAPV, en lo que se refiere a centros de menos de 15 plazas, un incremento muy importante, del 455%, superior al aumento experimentado por el conjunto de centros residenciales para mayores, del 144% (ver gráfico 5.27).

**Gráfico 5.27: Evolución del número de centros en la CAPV, según tamaño**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

El incremento más importante de residencias de menos de 15 plazas, durante el periodo considerado, tiene lugar en Bizkaia, con un aumento del 811%, lo que da idea de la complejidad del sector residencial en Bizkaia. En Álava, el incremento es del 371% mientras que en Gipuzkoa es del 218%.

En relación a la evolución del número de residencias con menos de 15 plazas, cabe destacar su importante incremento durante el periodo 1995-1999. En dicho periodo, el aumento de este tipo de centros es del 270% en la CAPV, destacando el incremento del 477% en Bizkaia que pasa de 9 a 52 residencias de esta dimensión.

En el periodo 2003-2007, el incremento en la CAPV es del 29%, sin grandes diferencias por Territorio Histórico (ver tabla 5.5).

**Tabla 5.5: Incremento del número de centros con menos de 15 plazas, periodo 1995-2007**

	1995-1999	1999-2003	2003-2007
CAPV	270%	16%	29%
Álava	342%	-13%	22%
Gipuzkoa	54%	58%	29%
Bizkaia	477%	19%	32%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

**Tabla 5.6: Incremento del número de centros con entre 15 y 29 plazas, periodo 1995-2007**

	1995-1999	1999-2003	2003-2007
CAPV	84%	36%	-7%
Álava	100%	18%	-10%
Gipuzkoa	20%	33%	0%
Bizkaia	95%	43%	-7%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Durante el periodo 1995-2007, el incremento de los centros residenciales con entre 15 y 29 plazas en la CAPV es del 133%. Es en Bizkaia (160%) donde se produce el mayor incremento. El 67,5% de este tipo de residencias se concentra en Bizkaia. Analizada la evolución por periodos (ver tabla 5.6), al igual que ocurría en los centros de menos de 15 plazas, también en este caso el mayor incremento se observa en el periodo 1995-1999 y es de un 84% en el conjunto de la CAPV. Tal como se puede observar, es significativamente menor que el incremento observado, en el mismo periodo, en el caso de residencias de menos de 15 plazas (270%). Por

otro lado, cabe destacar la reducción del número de este tipo de centros en el periodo 2003-2007.

En relación a los centros residenciales con entre 29 y 100 plazas, el incremento durante el periodo 1995-2007 es notablemente inferior al de los centros de menor tamaño y se sitúa en un 53%. Tal como se puede observarse en la tabla 5.7, en este tipo de centros, aunque sea de un modo casi imperceptible, la tendencia anterior cambia y es en el periodo 2003-2007 en el que se da una mayor tasa media de crecimiento, el 19%, en la CAPV.

**Tabla 5.7: Incremento del número de centros con entre 29 y 100 plazas, periodo 1995-2007**

	1995-1999	1999-2003	2003-2007
CAPV	13%	12%	19%
Álava	-20%	87%	13%
Gipuzkoa	25%	7%	2%
Bizkaia	12%	4%	37%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Por último, el incremento del número de centros con más de 100 plazas durante el periodo 1995-2007 ha sido elevado, un 126%, aunque estas residencias supongan en 2007 tan solo el 12,8% de los centros residenciales de la CAPV. En este caso, se observa claramente que la tendencia en centros de gran tamaño, de más de 100 plazas, crece de forma importante a partir del periodo 1999-2003 respecto a periodos anteriores. Así, el incremento de este tipo de centros en la CAPV es en el periodo 1999-2003 de un 48% y en el periodo 2003-2007 de un 30% (ver tabla 5.8).

Como conclusión, podemos señalar que mientras que en el periodo 1995-1999 hay una clara tendencia hacia los centros de pequeña dimensión (de menos de 30 plazas), desde 1999 hasta 2007 esa tendencia cambia y se apuesta por centros de mediana y gran dimensión.

**Tabla 5.8: Incremento del número de centros con más de 100 plazas, periodo 1995-2007**

	1995-1999	1999-2003	2003-2007
CAPV	17%	48%	30%
Álava	16%	28%	-11%
Gipuzkoa	25%	40%	21%
Bizkaia	11%	70%	59%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Debemos recordar que los centros de más de treinta plazas, representan únicamente el 44% de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV y que de éstos la mayoría no alcanza las 100 plazas. Sin embargo, a pesar de que el número de centros de menos de treinta plazas suponen el 56% del total, hay que tener presente que únicamente proporcionan el 17% del total de plazas ofertadas en la CAPV. Igualmente, es importante precisar que, aunque supongan menos del 13%, los centros con más de 100 plazas proporcionan más del 45% de las plazas ofertadas en la CAPV (Eustat, 2010).

En los últimos años, las residencias de grandes dimensiones han tendido a estructurar su espacio físico en módulos diferenciados y a organizar las tareas de atención directa en función de dicha división. Esta fórmula trata de paliar las disfunciones propias de las grandes instituciones residenciales, favoreciendo la constitución de pequeñas unidades más adecuadas para el establecimiento de relaciones de proximidad entre los residentes, y entre estos y los miembros del personal de atención directa.

En principio, la habilitación de módulos en los centros permite asignar a cada unidad unos grupos específicos de personal de atención directa durante largos periodos de tiempo. Esto facilita el establecimiento de relaciones más estrechas entre los residentes y los trabajadores y hace posible la individualización de la atención. Además, permite garantizar un grado mayor de respeto a la privacidad y a la intimidad que cuando es toda la plantilla de un centro la que se turna por el conjunto

de las plantas. De esta forma, se intenta paliar de algún modo el carácter impersonal que puede tener la atención en residencias de grandes dimensiones.

Sin embargo, la realidad parece indicar que en el País Vasco la puesta en marcha de módulos se está aceptando, principalmente, por sus virtudes organizativas y, en menor medida, por las posibilidades que ofrece para garantizar una atención más personalizada. De hecho, más del 85% de los centros que disponen de módulos, organizan las tareas de atención directa por grupos de residentes, pero solo un 38,6% garantiza cierta estabilidad en la asignación de un grupo determinado de trabajadores a un grupo concreto de residentes, optando el resto por una mayor frecuencia en la rotación<sup>265</sup>.

Tal como se observa en el 5.28, en una encuesta realizada por el Imsero (2005), cuando se preguntaba acerca de la preferencia de las personas mayores sobre el tamaño de las residencias, el 46% de los encuestados señalaba su preferencia por ser internados en residencias pequeñas o medianas frente al 33% que preferían la opción de una gran residencia (Imsero, 2005, p. 904).

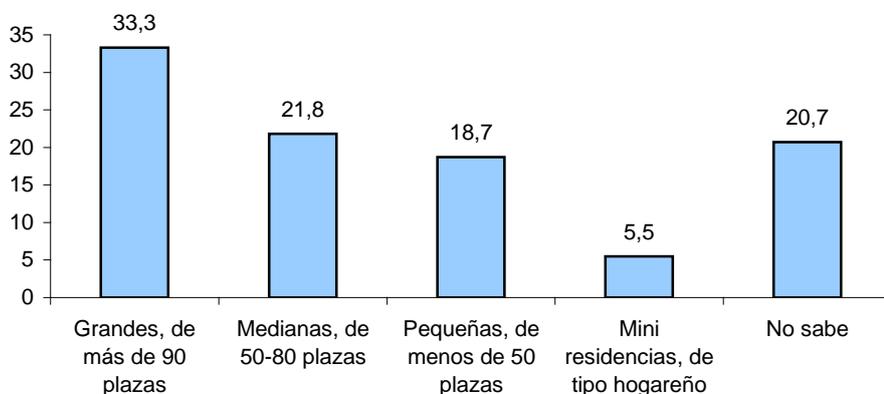
Desde la perspectiva de los costes, los estudios recomiendan dimensiones que oscilan entre 40 y 60 plazas, lo cual contradice la idea que pudiera intuirse de que los centros de mayor capacidad, al permitir ciertas economías de escala, resultan menos costosos<sup>266</sup>. Además, los estudios sugieren que, sin constituir una garantía de calidad de la atención, los centros de pequeño y mediano tamaño son más susceptibles de ofrecer una atención individualizada de calidad que las grandes estructuras (Ararteko, 2005, p. 60).

---

<sup>265</sup> Ver el informe “Atención a las personas mayores de la CAPV”, realizado por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS para el Ararteko (Ararteko, 2005).

<sup>266</sup> Esta tesis ya era defendida por Knapp (1984) hace más de veinticinco años en “The Economics of Social Care”, y se ha visto confirmada, posteriormente, por diversos estudios. El Centro de Documentación y Estudios - SiiS realizó un estudio interno para el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava en el que alcanzaba conclusiones análogas a las de Knapp.

**Gráfico 5.28: Opinión de las personas mayores respecto al tamaño de las residencias**



Fuente: Imsero (2005, p. 904).

En la literatura, se subraya que en estos centros de pequeña dimensión los residentes pueden mantener mejor sus vínculos con la sociedad. Para Goffman (1970), la característica central de los centros residenciales consiste en la ruptura de las barreras que separan de ordinario los distintos ámbitos de vida (ocio, trabajo, vivienda), lo que explica su tendencia absorbente o totalizadora y el riesgo de un mayor o menor grado de aislamiento de los internos en su relación con la comunidad. Se entiende que este riesgo puede disminuir en un centro de menor dimensión ya que al no ubicarse, con frecuencia, en las periferias de las ciudades o pueblos, facilita que la persona mayor no se desvincule de la sociedad. Además, al ser habitual que exista una relación residente-personal muy directa y estrecha se evita otro riesgo derivado de la masificación.

En relación al coste de una plaza residencial en la CAPV, éste resulta 1,7 veces más elevado en el caso de centros públicos respecto a los privados. Las diferencias territoriales son, con todo, muy importantes: los centros públicos alaveses triplican el coste-plaza de los privados; los vizcaínos, prácticamente lo duplican; y los guipuzcoanos, por el contrario, tienen un coste relativamente similar (SiiS, 2008, p. 181).

En cuanto a la estructura de financiación de las residencias, las familias vienen aportando en torno a un 40% del total del gasto (en los centros públicos, el

porcentaje es del 24% y en los privados del 56%, a finales de 2007), con una ligera tendencia al alza a lo largo de todo el periodo analizado, del 37% en 1994% pasa al 43% en 2007 (Eustat, 2010). Se ha producido, en este aspecto, un proceso de convergencia territorial. Así, la aportación de las familias en Álava al coste de los servicios residenciales, que en 1994 resultaba muy baja, es la única que se ha incrementado de forma sustancial y, aunque sigue siendo la más baja de la CAPV, resulta, en 2007, similar a la guipuzcoana (35% y 37% en el caso de Álava y de Gipuzkoa y 48% en el caso de Bizkaia).

En lo que se refiere a las instituciones, las Diputaciones Forales vienen aportando en torno a otro 40% del gasto y los Ayuntamientos alrededor de un 10%, sin que tampoco se hayan producido cambios importantes en cuanto a la distribución de la financiación de ese gasto (SiiS, 2008, p. 118).

**Tabla 5.9: Cuota media por usuario según Territorio Histórico y titularidad del centro residencial, 2007**

Cuota media/usuario	CAPV	<i>Total</i>	11.336
		<i>Público</i>	8.706
		<i>Privado</i>	12.494
	Álava	<i>Total</i>	11.035
		<i>Público</i>	8.430
		<i>Privado</i>	14.280
	Gipuzkoa	<i>Total</i>	10.446
		<i>Público</i>	8.786
		<i>Privado</i>	11.834
	Bizkaia	<i>Total</i>	11.920
		<i>Público</i>	8.855
		<i>Privado</i>	12.468

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat (2010).

Por otro lado, la cuota media que abona un usuario en los centros privados en el conjunto de la CAPV, resulta 1,5 veces más elevado que en el caso de los públicos. En el caso de Álava, esta relación sube a 1,7 pues es en este territorio donde la cuota a pagar por el usuario es más elevada en el caso de centros privados y,

por otro lado, donde la cuota es más reducida en el caso de centros de titularidad pública (tabla 5.9).

Por último, el grado de ocupación que presentan los centros residenciales para personas mayores, tomando en consideración a las personas usuarias presentes en ellos en 2007, es del 90%, resultando algo más alta en los centros públicos (93,6%) que en los privados (88,4%) (SiiS, 2008, p. 181).

Para finalizar la descripción del sector de residencias para personas mayores en la CAPV, queremos destacar algunas de las conclusiones del estudio más completo, hasta la fecha, realizado en relación a las características y situación de los centros residenciales en el País Vasco. Nos referimos al informe realizado, en 2004, por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS junto a la institución del Ararteko, en 2004. También nos referiremos al estudio realizado, en 2009, por el equipo de investigación de la revista Consumer Eroski en el que, a pesar de que las 125 residencias analizadas pertenecen al conjunto del Estado, se desglosan los resultados por provincias. Recogemos, a continuación, algunas de las conclusiones de estos estudios que consideramos vigentes hoy día.

En primer lugar, el informe del Ararteko destaca que la mayoría de los centros disponen, en general, de infraestructuras materiales suficientes, tanto en relación a los requisitos legalmente exigibles como en relación a las expectativas sociales. En cualquier caso, son minoría los centros calificados como poco adecuados desde las distintas perspectivas de análisis (Ararteko, 2005, p. 380). El estudio realizado por Consumer Eroski, en 2009, confirma estos resultados al calificar las infraestructuras de las residencias de la CAPV entre *bien* y *muy bien* (Consumer Eroski, 2009, p. 41).

El principal inconveniente, en relación a las infraestructuras que presentan los centros residenciales, es su incapacidad para ofrecer a todos los usuarios una habitación individual. Casi las dos terceras partes de los residentes se ven obligados a compartir de forma permanente su habitación con otra persona. Posiblemente, el mayor desfase entre los requerimientos sociales y los establecidos legalmente se sitúa aquí, en el bajo nivel de exigencia normativa en relación con las habitaciones

individuales, que solo obliga a los centros a disponer de un veinticinco por ciento de ellas. La situación, en este sentido, es considerablemente mejor en Álava que en Bizkaia y Gipuzkoa, y es también mejor en las residencias privadas no concertadas y en los centros que tienen menor proporción de usuarios dependientes, sin que el tamaño de los centros parezca ejercer ninguna influencia (Ararteko, 2005, p. 380). Todos los centros residenciales cumplen la exigencia legal de contar con un cuarto de baño por cada cuatro residentes, proporción que, al igual que sucede con las habitaciones, puede considerarse una exigencia baja. Sin embargo, solo el 60,9% de los baños, como mucho, son plenamente accesibles (Ararteko, 2005, p. 381).

Por otro lado, la ubicación de los centros constituye también un aspecto importante a tener en cuenta. Cuanto mayor es la dimensión de las residencias, peor situadas se encuentran, probablemente por el precio del suelo y la dificultad de encontrar solares adecuados para la construcción de centros nuevos de grandes dimensiones. Considerando conjuntamente todos los recursos residenciales, se aprecia que tan solo el cincuenta y cinco por ciento de las plazas se ubican en entornos que promueven y facilitan la comunicación con el exterior (Ararteko, 2005, p. 381). La inmensa mayoría de los centros que ofrecen servicios residenciales a las personas mayores son plenamente accesibles desde el exterior, carecen de escalones o disponen de rampas de acceso. Las barreras exteriores en un centro residencial para personas mayores resultarían, hoy por hoy, difíciles de justificar. Sin embargo, en cuanto a la accesibilidad interior, los requisitos de accesibilidad interior establecidos en el Decreto de 1998 para las residencias<sup>267</sup>, no se cumplían, según el citado estudio, en el 35,3% de los centros (Ararteko, 2005, p. 212). También resulta destacable que solamente algo más de la tercera parte de las residencias, el 37,1%, disponen de módulos psicogeriátricos, acotados dentro del edificio para la atención específica a personas con problemas de deterioro cognitivo, o de módulos asistidos, para la atención específica a personas afectadas por discapacidades muy graves de origen físico.

---

<sup>267</sup> Estos requisitos de accesibilidad son: puertas de anchura suficiente, superficie antideslizante en escaleras y rampas, pasamanos en pasillos y otras dependencias, y posibilidad de acceso, sin dificultad para una persona en silla de ruedas, a todas las habitaciones, baños, aseos, comedores y salas de estar y de actividades.

Los resultados obtenidos en relación con los criterios de funcionamiento interno, indican que el 93,8% de los centros dispone de un plan de emergencia para incendios, y el 92% cuenta con personal formado en esta materia; el porcentaje desciende sensiblemente, hasta el 62,5%, en materia de realización de simulacros de evacuación (Ararteko, 2005, p. 214).

La frecuencia media en que se procede a ayudar a los residentes a bañarse es de 3,4 veces a la semana, aunque hay que señalar que más de la tercera parte de las plazas, el 36,4%, se encuentran en centros donde se realiza solo un baño semanal, y otro tercio amplio, el 39,6%, en centros donde se efectúa cinco o más veces por semana, variabilidad que tiene que ver poco con el porcentaje de residentes con discapacidad y, bastante, con el tamaño de las residencias, ya que aumenta la frecuencia conforme aquél aumenta (Ararteko, 2005, p.383).

Buena parte de las residencias, un 42%, ofrece a sus usuarios la posibilidad de elegir entre dos menús alternativos en la comida principal, y otro 40% permite cambiar algún plato del menú por otro de elaboración sencilla. La mayor parte de las residencias privadas no concertadas, el 93,0%, y la totalidad de las residencias de mayor tamaño ofrecen alguna de estas dos alternativas; en el extremo opuesto, sin opción alguna en este sentido, aparecen treinta residencias y veintitrés viviendas comunitarias aunque, a este respecto, debe señalarse que en las viviendas comunitarias, las alternativas de menú no constituyen una obligación legal (Ararteko, 2005, p.383).

Resulta reseñable el hecho de que más de las dos terceras partes de los residentes salga con cierta regularidad de los centros durante el día y establezca algún grado de relación con su entorno social, que, en ocasiones, es el anterior a su ingreso y, con excesiva frecuencia, es un entorno ajeno, determinado por la ubicación del centro. Llama la atención el elevado nivel de enclaustramiento de los usuarios pues casi la tercera parte de ellos no salen al exterior más que en circunstancias extraordinarias. La mayoría de estas personas no salen, en opinión de los responsables de los centros, porque no lo desean. Este problema de aislamiento social resulta particularmente grave en las residencias de mayor tamaño, donde la

proporción de usuarios que no sale llega a superar el cincuenta por ciento (Ararteko, 2005, p.384).

Menos del cuarenta por ciento de los residentes pueden recibir visitas a lo largo del día sin que existan restricciones horarias para ello, proporción que resulta significativamente más elevada en Gipuzkoa. El resto de los residentes solo puede recibir a sus allegados, salvo circunstancias excepcionales, en horarios prefijados por la institución. En prácticamente todos los casos los visitantes pueden acceder a las habitaciones de los usuarios, pero esa posibilidad de mayor intimidad se encuentra muy condicionada cuando éstas no son individuales (Ararteko, 2005, p.384). En este sentido, el estudio realizado por Consumer Eroski, trató de evaluar hasta qué punto las residencias permiten a sus usuarios sentirse “como en casa”. Para ello, se tuvo en cuenta, entre otras cuestiones, la libertad para salir y entrar en la residencia, la posibilidad de trasladarse con sus muebles y enseres, y la posibilidad de recibir visitas en la propia habitación. Las residencias de Bizkaia y de Gipuzkoa recibieron la calificación de *bien* y las de Álava la de *muy bien* (Consumer Eroski, 2009, p. 40).

La oferta por parte de los centros de programas, servicios y actividades que normalmente se desarrollan en el medio comunitario resulta difícil de valorar en estudios de esta naturaleza, ya que para juzgar su pertinencia habría que tener en cuenta el contexto donde está enclavado el centro y los servicios existentes en él.

En relación a la atención asistencial, el ochenta y ocho por ciento de las plazas residenciales cuentan con un servicio de consulta médica, y el cincuenta y ocho por ciento, de médico de guardia. La oferta de servicios de enfermería llega al cien por cien de las residencias y al cincuenta por ciento de las viviendas comunitarias. Algo más de la mitad de las personas afectadas por problemas de deterioro cognitivo, el 53,9%, cuenta en sus centros con programas de apoyo psicológico. Las dos terceras partes de los usuarios con problemas de dependencia residen en centros que disponen de programas de rehabilitación, siendo particularmente alta la eficacia de estos servicios en Álava y en los centros más grandes. Más de las tres cuartas partes de los residentes se encuentran en centros donde se ofrecen sesiones de terapia ocupacional, sin que en este caso se aprecien

diferencias significativas entre los diferentes tipos de centros (Ararteko, 2005, p.385). Por otro lado, la mayoría de las residencias, el 71,4%, cuentan con equipos multiprofesionales para la valoración y seguimiento individualizado de los residentes, y la mayoría también, el 79,6%, promueve la realización regular de reuniones del personal de atención directa para revisar las pautas de atención y las incidencias (Ararteko, 2005, p. 388). En este sentido, el estudio realizado por Consumer Eroski, valoró globalmente con un *bien* la calidad asistencial en las residencias de Gipuzkoa y con un *muy bien* la de las residencias de Álava (Consumer Eroski, 2009, p. 40).

La práctica totalidad de los centros promueve, en mayor o menor grado, la realización de actividades recreativas, religiosas, deportivas, culturales. Sin embargo, la participación de los residentes es minoritaria. Exceptuando los oficios religiosos, a los que suele acudir el cuarenta por ciento de los usuarios, en los restantes casos, los niveles de participación no llegan en ningún caso al 35% (Ararteko, 2005, p.386).

A pesar del interés mostrado por las Administraciones Públicas, y de las disposiciones reguladoras, la participación de los usuarios en la gestión y el funcionamiento de las residencias por medio de los canales establecidos, resulta todavía llamativamente baja. Tan solo en el 30,3% de las residencias, funcionan los órganos de participación previstos. Los valores máximos se alcanzan en Álava y Gipuzkoa y, particularmente en las residencias de mayor tamaño (Ararteko, 2005, p. 386).

En relación al personal que trabaja en los centros residenciales, las disposiciones legales vigentes en la CAPV exigen que las residencias para personas mayores dispongan de una plantilla mínima de personal calculada de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Plantilla mínima} = 0,45 \text{ trabajadores por usuario con discapacidad} + 0,25 \text{ trabajadores por usuario autónomo}$$

Es decir, las plantillas legalmente exigibles a los centros residenciales del País Vasco están reguladas, en el Decreto 41/1998 sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad, en términos de proporción de trabajadores por usuario, estableciéndose dos ratios diferentes: 0,25 trabajadores por usuario autónomo, y 0,45 trabajadores, es decir un 80% más, en caso de tratarse de un usuario dependiente.

Según el estudio realizado por el Ararteko (2005), todos los centros residenciales de la CAPV disponen de una plantilla superior a la requerida en términos de mínimos. Tomando el conjunto de centros, la plantilla actual sobrepasa a la mínima en un 91,1%. Esta diferencia permite avanzar la hipótesis de que los requisitos mínimos legalmente establecidos son muy reducidos y que, posiblemente, fueron determinados, en su momento, más en función de las plantillas reales de los centros, que de las plantillas deseables en términos de calidad de la atención, opinión que queda corroborada cuando se comparan los estándares aquí vigentes con los requeridos en otros ámbitos próximos (Ararteko, 2005, p. 386).

En lo que respecta al personal de atención directa, el Decreto exige a los centros que el sesenta y cinco por ciento de la plantilla mínima esté encuadrado dentro de esta categoría. En este caso también se puede señalar que la práctica totalidad de los centros disponen de más trabajadores de atención directa que los requeridos. Al igual que antes podemos sustentar la misma hipótesis, es decir, que los ratios de personal de atención directa exigidas en la norma son también muy bajos. Si el personal de atención directa que trabaja en estos centros se coteja con el que resultaría de la aplicación de estándares más exigentes que figuran en las recomendaciones de buena práctica, se constata que el 50% de los centros se encuentran por debajo de los estándares mínimos recomendados (Ararteko, 2005, p. 387).

En este sentido Pilar Lekuona<sup>268</sup>, en un estudio realizado en 2009<sup>269</sup> sobre los problemas del personal de enfermería en las residencias, evidencia que en los últimos

---

<sup>268</sup> Pilar Lekuona es enfermera geriátrica y coordinadora de la Comisión de Geriátrica del Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.

diez años la evolución de las personas mayores que llegan a las residencias ha condicionado la asistencia sanitaria en estos centros hasta el punto de que, en la actualidad, las enfermeras geriátricas, sobre las que pivota esta atención, no dan abasto, a pesar de que su presencia supera el ratio que exige la Diputación Foral de Gipuzkoa<sup>270</sup>.

Las causas que explican esta situación son, en opinión de la investigadora, las propias características del usuario, mucho más envejecido<sup>271</sup>, la necesidad de asumir funciones que son más propias de otros ámbitos, o, como sugiere el estudio del Ararteko (2005), que en su día no se realizara adecuadamente el cálculo de necesidades en el Catálogo de Servicios y se calculase claramente a la baja, sin prever la evolución de las características de los residentes.

Por otro lado, cada vez está más extendida la práctica de sistematizar y formalizar, es decir, de poner por escrito las pautas de actuación necesarias para hacer frente a las necesidades de los usuarios y a los posibles incidentes que pueden producirse en el contexto residencial; en ocasiones, dicho conjunto de pautas se recogen de forma ordenada en lo que se ha convenido en denominar manuales de buena práctica. Pues bien, es reseñable la importante proporción de residencias que no disponen de reglas escritas de actuación en eventualidades en las que el personal debería tener muy claras las directrices (Ararteko, 2005, p. 388).

Para finalizar, queremos volver a insistir en uno de los factores determinantes, si no el más importante, de la calidad de vida de los residentes. Nos referimos al tipo de relación que mantienen con el personal, aspecto más importante cuanto mayor sea el grado de dependencia del residente y, como consecuencia, exija una atención más continuada y de carácter más personal e íntimo. Este aspecto, por su dificultad de medida, no suele ser considerado en los estudios del sector. El centro residencial

---

<sup>269</sup> Elaborado, en 2009, con datos proporcionados por 54 de las 65 residencias concertadas de Gipuzkoa.

<sup>270</sup> En este mismo sentido se expresan otros trabajadores del sector con los que hemos conversado, tanto muy cualificados (psicólogos, por ejemplo) como menos cualificados (cuidadores).

<sup>271</sup> En el estudio se refleja la evolución del residente entre 2001 y 2008 y se aprecia que en este periodo los grandes dependientes han aumentado un 41%. Las personas autónomas han pasado del 24% al 7% y los grandes dependientes, del 55% al 80%.

debe facilitar el establecimiento de unas relaciones más estrechas entre los residentes y los trabajadores y asegurar la individualización de la atención.

En efecto, consideramos que, en las evaluaciones de la calidad y en otros estudios que se realicen en el sector residencial para personas mayores, se debe otorgar una especial importancia a las relaciones interpersonales y preparar, para su análisis, baterías específicas de indicadores entre los que podrían incluirse, por un lado, el carácter más o menos estable de las relaciones que mantienen los usuarios con los profesionales que se encargan de sus cuidados personales y, por otro lado, la existencia o no de profesionales de referencia, cuya función consistiría en coordinar las diversas actuaciones profesionales que inciden en un mismo residente. Evidentemente, cuanto mayor sea el tamaño del centro residencial y mayor sea, por tanto, el número de profesionales que intervienen en la atención, mayor valor cobran las dos pautas de actuación apuntadas.

Una vez descrita la situación de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV, en el capítulo séptimo analizaremos en profundidad el nivel de implantación en este sector de modelos de gestión de la calidad, sean éstos genéricos o específicos del sector residencial, y señalaremos los procesos de inspección que realizan las Administraciones Públicas para garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales del País Vasco. Antes de ello, en el capítulo sexto, analizaremos las herramientas de marketing y los modelos de gestión de la calidad específicos del sector que pueden ser utilizados por los centros residenciales para personas mayores con la finalidad última de atender mejor las necesidades y deseos de sus usuarios.

*PARTE I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS*

*Capítulo 5º- Los centros residenciales para personas mayores*

## **CAPÍTULO 6º- EL MARKETING Y LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES**

Una vez definido el sector residencial para personas mayores y analizadas sus características y su realidad en la CAPV, iniciamos este capítulo con el análisis de las herramientas que el marketing proporciona a estas organizaciones con la finalidad de atender convenientemente las necesidades y deseos de sus usuarios. Sin embargo, la utilización de estas herramientas deberá ser, según mantendremos, el comienzo de una situación que permita la adopción en el centro residencial de una verdadera filosofía de marketing, cuya implantación supondrá orientar el centro residencial al mercado.

A continuación, van a ser analizados cinco modelos de gestión dirigidos específicamente al sector de las residencias para personas mayores, dos modelos relevantes a nivel europeo y otros tres modelos utilizados a nivel estatal. Estos modelos de gestión específicos del sector no tienen la notoriedad de los modelos genéricos de gestión de la calidad. Por ello, vamos a realizar una breve descripción de los mismos para, en el próximo capítulo, analizar cuáles han sido los modelos por los que, preferentemente, han optado los centros residenciales de la CAPV.

Con el objetivo de obtener información que permita la mejora de la calidad asistencial ofrecida por la residencia, será necesario incorporar el punto de vista de los usuarios realizando, para ello, estudios que permitan determinar sus necesidades y medir su nivel de satisfacción con los servicios recibidos. Por ello, finalizaremos el capítulo sexto estudiando los métodos e instrumentos que posibilitan determinar la satisfacción de los usuarios y de sus familiares.

### **6.1. Actividades de marketing en los centros residenciales para personas mayores**

En el ámbito de los servicios residenciales para personas mayores se puede afirmar que, hasta hace poco tiempo, el marketing no ha tenido demasiada presencia, quizá porque se consideraba que tenía poca relación con la actividad asistencial, y quizá también porque se asociaba a una perspectiva empresarial excesivamente persuasiva, un tanto ajena a la cultura del sector. Además, muchas de las organizaciones del sector, en su mayoría de pequeña o muy pequeña dimensión, podían no ver clara la necesidad de realizar actividades de marketing en un entorno en el que la demanda de plazas era superior a la oferta.

Sin embargo, la necesidad de ser más sensibles a las exigencias de los usuarios, de mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios y de actuar en un mercado más competitivo, aunque sea dentro de un marco regulado, está llevando a los responsables de los centros residenciales para personas mayores a buscar y experimentar con nuevas fórmulas de gestión. Esto puede explicar el hecho de que la corriente de la calidad se esté introduciendo, aunque más lentamente que en el ámbito sanitario, en este sector (Heras *et al.*, 2006b, p. 54).

Por otro lado, la progresiva ampliación de las actividades y filosofía de marketing a todo tipo de sectores de actividad, así como los cambios que se están produciendo en el sector, citados anteriormente, permiten pensar que las residencias para personas mayores irán mostrando un creciente interés por las técnicas de marketing y encontrarán cada vez más útiles las herramientas que éste proporciona. Este interés irá creciendo a medida que se consolide en el sector la idea de que es tarea de todos los departamentos y miembros de la organización interesarse y atender activamente las necesidades y deseos de los usuarios. En efecto, esta idea tan elemental y vertebradora de la filosofía del marketing se está introduciendo en el sector, al igual que lo ha hecho en otros sectores como el sanitario o el de la educación, a través de la difusión del paradigma de la gestión de la calidad. Sin embargo, esto no debería ser más que el comienzo de una situación deseable que

permitiera, más adelante, la adopción en la organización de una verdadera filosofía de marketing cuya implantación supondría orientar la residencia al mercado algo que, en nuestra opinión, no ocurre en la actualidad, cuestión que trataremos de contrastar en la parte empírica de esta Tesis Doctoral.

En términos generales, el objetivo general del marketing residencial consiste en ofrecer un servicio de calidad, adaptado a las necesidades de los residentes, y lograr que éste sea percibido como tal por el usuario y sus familiares, consiguiendo su plena satisfacción.

En relación al diseño de las acciones de marketing, como resulta lógico, se deberán tener presentes las características del servicio prestado por una residencia de personas mayores. La literatura especializada (Aparicio, 2000; Berry, 1980,1983; Grönroos, 1994; Hoffman y Bateson, 2002; Lovelock, 1997; Normann, 1984 y Zeithaml *et al.*, 1985, entre otros), considera la intangibilidad como la característica más definitoria de los servicios y la que supone un mayor riesgo percibido para los consumidores. Recordemos que el hecho de que un servicio sea intangible, cuestión analizada en el capítulo segundo de este trabajo, significa que no puede apreciarse con los sentidos antes de ser adquirido y que, incluso, puede resultar difícil de imaginar, provocando, por ello, un mayor riesgo percibido<sup>272</sup> en los usuarios.

Las residencias, por tanto, deben tratar de hacer tangible el servicio porque, de esta forma, se reducirá el riesgo percibido por los consumidores. Para ello, será importante facilitar elementos que proporcionen una imagen de seriedad, competencia, atención de calidad y profesionalidad. Además, el entorno físico donde se proporciona el servicio es un elemento que permite tangibilizarlo y puede afectar a la calidad que el usuario perciba al recibir la prestación. Por tanto, elementos a tener en cuenta serán, entre otros: la iluminación, los olores, la limpieza, el mobiliario, los equipamientos, la decoración, etcétera.

También el material de comunicación (folletos, página web, etcétera) debe permitir tangibilizar, en lo posible, el servicio ofrecido por el centro residencial

---

<sup>272</sup> El riesgo percibido por los usuarios es consecuencia del temor a quedarse insatisfechos, tras la adquisición y disfrute del servicio, por haber pagado un precio demasiado alto, por no haber respondido a sus expectativas o porque el servicio les pudiera causar algún daño físico.

mostrando, para ello, el local, las instalaciones, los diferentes servicios que se prestan y las actividades que se realizan, con el apoyo de fotografías o videos.

Otra de las características de los servicios recibidos en una residencia es su inseparabilidad. Es decir, por lo general, los servicios no se pueden separar de la persona que lo presta. Esto supone que la creación de un servicio puede tener lugar mientras se consume, como sucede mientras una persona recibe atención médica, por ejemplo. Por ello, la interacción entre el prestador del servicio y el cliente es un aspecto esencial en el marketing de los centros residenciales para personas mayores. Como ya hemos comentado con anterioridad, y volveremos a insistir en todo momento, parece fundamental en el sector residencial que las personas en contacto con el cliente estén concienciadas de la importancia de su cometido y, por otro lado, estén motivadas para desarrollar su trabajo. Para ello, se deberá afianzar y mejorar el nivel de calidad en la prestación de los servicios, profesionalizar y motivar a los empleados, así como formarlos para que sean capaces de establecer perfectas comunicaciones en su interacción con el usuario. De esta forma, las personas pueden llegar a ser un factor clave de diferenciación y de posicionamiento de la organización.

Ciertamente, consideramos que una residencia, sea pública o privada, debe posicionarse, es decir, debe dotar a su servicio de una serie de atributos que sean suficientemente importantes para sus clientes, diferentes de los que ofrecen la competencia, difíciles de imitar por ella y fáciles de comunicar y comprender para los residentes o sus familiares. El personal, además de ser una de las partes más importantes del producto en la mayoría de las organizaciones que prestan servicios (Hoffman y Bateson, 2002, p. 257), son un factor clave en el posicionamiento de una residencia pues se trata de un elemento fundamental para los residentes y sus familiares, permite la diferenciación del centro residencial respecto a sus competidores y no es fácil de imitar por ellos. Insistimos en el hecho de que la percepción de calidad del servicio depende fundamentalmente, en especial en el caso de las residencias para personas mayores, del personal de contacto con el usuario y de la relación que se establezca entre ellos. Por tanto, no solo debe proporcionarse un adecuado trato profesional y técnico por parte del personal prestador de los

servicios, además, debe suministrarse lo que hemos denominado calidad de trato, conformado por el interés mostrado por el prestador del servicio, su actitud, su empatía, su corrección, su amabilidad y simpatía, etcétera.

Por otro lado, los servicios ofrecidos por una residencia suelen ser heterogéneos, es decir, de difícil estandarización. Un mismo servicio en una residencia puede variar según quién lo proporcione, de cuál sea su estado de ánimo, su empatía con el residente, su capacidad de adaptarse al nivel sociocultural del usuario, etcétera. Las residencias de personas mayores deben reducir la heterogeneidad para disminuir el riesgo percibido por los residentes o por sus familiares. Para ello, se deberán cuidar especialmente la selección y la formación del factor humano, y también deberán definir los procedimientos, mecanismos o rutinas en la prestación de los servicios y establecer estándares o niveles mínimos de calidad para la prestación de los mismos. Así, un residente, aunque resulte complicado de conseguir, no debería percibir diferencias en la prestación del servicio en función de la persona que lo preste.

También debemos tener presente, como señala Grande (2001), que cuando un consumidor adquiere un servicio aparece una relación de dominancia y un compromiso, variables que explicarán la continuidad en la relación de intercambio. La dominancia hace referencia a quién tiene una posición de superioridad en el intercambio y el compromiso hace referencia al deseo de continuar recibiendo el servicio. Si la dominancia fuera baja y el compromiso alto, como ocurre en el caso de las residencias para personas mayores en las que el usuario se sitúa en una posición de inferioridad en la relación de intercambio y desea poder seguir recibiendo el servicio, la tendencia al cambio de suministrador del servicio es reducida. Esto quiere decir que es posible que los residentes estén insatisfechos con el servicio y sin embargo estén dispuestos a seguir recibéndolo. En una residencia de personas mayores el residente, por lo general, no tiene una posición dominante, pero él mismo o sus familiares pueden estar interesados en continuar recibiendo el servicio (Grande, 2001, p. 333).

En el diseño de los servicios dirigidos a los usuarios de las residencias para mayores y en las acciones de marketing, sobre todo en las actividades de comunicación externa, es importante considerar las preferencias y deseos del público objetivo. Para ello, podemos observar la revisión de diversos estudios realizada por la profesora Rodríguez Rodríguez (2006), que le permite destacar los rasgos básicos de la residencia ideal expresados por las propias personas mayores. Éstos son los siguientes (Rodríguez Rodríguez, 2006, p. 33):

- Ubicación en los entornos de procedencia para mantener vínculos y redes sociales.
- Disponibilidad de espacios personalizados que garanticen la privacidad y posibilidad de decorarlos con objetos y enseres propios.
- Flexibilidad horaria para levantarse o acostarse, para las comidas, para entrar y salir, etcétera.
- Amplitud de horarios para las visitas y disposición de espacios privados para las relaciones.
- Coste por plaza asumible.
- Equipamientos hogareños, confortables y limpios.
- Amplitud de oferta de servicios de ocio, entretenimiento, culturales, etcétera.
- Comprensión por parte de los trabajadores respecto a su biografía y gustos personales.
- Dedicación de tiempo suficiente por parte del personal cuidador.

También podemos acudir, por ejemplo, al estudio INFOGER, realizado, en 2003, por la consultora especialista en el sector de las personas mayores Gerokon a través de un panel de consumidores, que ofrece información sobre las opiniones, las actitudes y los gustos y preferencias de los mayores en cuanto a sus hábitos de consumo. Así, en relación a las características que consideran más importantes a la hora de elegir un centro residencial, una mayoría abrumadora, el 83%, cita la amabilidad del personal, con bastante diferencia respecto a otros aspectos. Por tanto,

parece ser crucial para la percepción de calidad por parte de los residentes cuidar lo que estamos denominando como “calidad de trato”. A continuación, se citan los servicios médicos y la limpieza del centro por el 30% de los encuestados y el precio por el 21,5% (Díez Aramburu, 2003, p. 36).

Por otra parte, se ha de tener presente que la elección de una residencia es una decisión seria y compleja que va a condicionar el futuro de la persona mayor (Reed *et al.*, 2003, p. 248). Por ello, además de considerar estos y otros estudios, sería deseable que los responsables de la residencia interrogaran tanto a sus residentes y familiares como a sus empleados acerca de los aspectos básicos que debería, en su opinión, reunir la residencia ideal.

En este sentido, consideramos esencial que los responsables de los centros residenciales, a la hora de planificar los servicios que se van a ofrecer, tengan en cuenta los deseos expresados por las personas mayores y sus familiares. Por otro lado, también resulta conveniente que sean considerados en la estrategia de comunicación de la residencia.

En esta línea, Grande (2001) señala tres principios básicos que deben orientar a los responsables de una residencia de mayores en su tarea de dirección. Estos principios son los siguientes (Grande, 2001, p. 334):

1. Orientación al consumidor. Las residencias deben diseñar sus servicios siguiendo una orientación al consumidor, es decir, teniendo en cuenta sus deseos y preferencias cuando sea posible. De esta manera conseguirán prestar un servicio adaptado a la demanda. Esta orientación al consumidor sería consecuencia de adoptar una filosofía de marketing en la organización.

2. Consistencia. Es decir, debe tratarse de ofrecer el servicio de manera más estandarizada posible, de forma que se preste, siempre que sea posible, de la misma forma y que, de esta forma, los consumidores lo perciban igual.

3. Identidad. Las residencias deben crear una imagen propia que debe ser transmitida a la sociedad. La imagen es importante para disminuir el rechazo cultural a las residencias para personas mayores. Las personas en contacto con los residentes

o con sus familias deben transmitir esa imagen y deben haber sido formadas para ello. Además de la consistencia del servicio mencionada, los elementos tangibles como uniformes, arquitectura, decoración, grafismo, etcétera, resultan esenciales para reforzar la identidad.

Para Grande (2001) la aplicación de los tres principios expuestos solo será factible en residencias que desarrollen un marketing de relaciones y que apliquen los principios del marketing interno (Grande, 2001, p. 334).

Recordemos que el marketing de relaciones, cuya relación con la orientación al mercado ha sido comentada en el capítulo primero, consiste en un conjunto de estrategias y actuaciones encaminadas a mantener y mejorar las relaciones con los clientes. Las residencias deben evolucionar desde el marketing de las transacciones al marketing de las relaciones. Los elementos que caracterizan el marketing de relaciones, y que pueden ser adaptados a un centro residencial para personas mayores, son los siguientes (Barroso y Martín Armario, 1999; Grande, 1996, p. 84):

- Mostrar interés en proporcionar satisfacción a los residentes y a sus familiares. Para ello, el centro residencial deberá permitir la personalización, en la medida de lo posible, de las habitaciones, la elección del menú, una gran libertad de horarios de entrada y salida, en el caso de personas válidas, etcétera.

- Resaltar los beneficios que pueden obtener los residentes con los servicios que van a recibir, más que destacar las características o atributos funcionales de la residencia.

- Planificar la atención, para atender a las personas a medida que se produce el envejecimiento y el deterioro físico o mental.

- Defender que la calidad debe preocupar a todos los miembros de la organización: gerencia, personal de administración, personal sanitario, cuidadores, personal de cocina, de limpieza, etcétera.

Por otro lado, el marketing interno, mencionado en el capítulo tercero, tiene por objeto conseguir que las personas en contacto con los residentes se encuentren concienciadas de la importancia de su cometido y motivadas para desarrollar su

trabajo con la mayor calidad. Es también objetivo del marketing interno atraer, incentivar y retener a los “clientes internos” cualificados por medio de un “producto-trabajo” destinado a satisfacer sus necesidades (Aparicio, 2000, p. 125). Como vemos, se trata de considerar al empleado como un cliente y a su trabajo como un producto.

De esta manera, podemos adaptar los principios del marketing interno que propone Grande (1996, pp. 86-87) al caso de una residencia que presta atención a personas mayores. Serían los siguientes:

- El personal del centro residencial, médicos, personal de administración, cuidadores, personal de enfermería, personal de limpieza, personal de cocina, etcétera, es el primer mercado a atender.
- Los trabajadores de la residencia tienen que entender las ventajas de actuar conforme a lo establecido, y que, además, en ciertas ocasiones deberán prestar servicios adicionales.
- El personal del centro residencial debe aceptar los servicios de formación que les proponga la residencia pues tienen como objetivo apoyarles en su contacto con los residentes y la mejora del nivel de calidad en la prestación de los servicios.
- Todo trabajador debe tener una visión muy clara de cómo son las relaciones que la residencia desea con sus residentes y familiares y en qué medida participa cada persona de la organización en ellas.
- Es conveniente mejorar la capacidad de comunicación de las personas que están en contacto con los residentes y sus familiares así como mejorar la calidad en el trato al residente.
- Debe facilitarse una comunicación interna que permita el flujo de información entre la dirección y los trabajadores. Los directivos deben informar de las estrategias de la residencia y de los resultados que se obtienen.
- La residencia debe proporcionar herramientas para facilitar la actuación de las personas en contacto con el público. Para ello, se debe describir el trabajo a

realizar, explicar cómo se espera que atiendan a los residentes y cómo deben resolver sus dudas o reclamaciones.

En nuestra opinión, la profesionalización de los cuidadores es una cuestión prioritaria que se obtendrá, entre otros factores, con una formación y remuneración adecuadas. Esta profesionalización permitirá aumentar su motivación y su valoración social. La formación que debe darse a los cuidadores debe referirse tanto a aspectos técnicos y profesionales, como a aspectos afectivos y de relación teniendo presente las características de las personas que están atendiendo.

Sin embargo, la adopción del marketing interno y de relaciones solo es posible si existe en la organización una cultura favorable, cuyos principales rasgos sean, por un lado, la valoración de la importancia de la satisfacción de sus usuarios y, por otro, el fomento de la participación, la información y la formación del personal que estimule su motivación. Para conseguir cambios de cultura también suele ser necesario incorporar personas con nuevas ideas y estilos de dirección, que no empleen las relaciones de poder para imponer conductas, sino que se basen en relaciones no formales. Como señala Elgoibar (1994), el poder del dirigente no ha de ser entendido como una dominación, sino como “la capacidad de ejercer influencia sobre la conducta de otros en una interacción de doble sentido, en la que la relación poder-dependencia no es unidireccional, sino que está constituida por un camino de dos vías con direcciones opuestas, de forma que es en la asimetría entre la influencia de uno y otro sentido donde radica el poder” (Elgoibar, 1994, p. 171).

Por otro lado, un aspecto fundamental que, en nuestra opinión, debe cuidar todo centro residencial es el relativo a su comunicación externa, que tiene como objeto informar al mercado acerca de su oferta de servicios. Los usuarios potenciales o sus familiares pueden tener un desconocimiento de la oferta existente y, por tanto, dificultad para comparar entre unas alternativas y otras. Completando a Corella (1998, p.188), consideramos objetivos fundamentales de la comunicación externa de una residencia para personas mayores, entre otros, los siguientes:

- Crear o desarrollar una notoriedad para poder implantarse sólidamente en el mercado mediante acciones publicitarias en los medios tradicionales.

- Difundir las actividades del centro mediante acciones publicitarias y/o acciones de relaciones públicas, como operaciones de puertas abiertas, revistas de empresa, celebración de inauguraciones y aniversarios, boletines de prensa, participación de personal de la residencia en coloquios, conferencias, debates, etcétera.

- Dar a conocer el centro, sus instalaciones, sus servicios y sus objetivos a los agentes activos de la comunidad y posibles prescriptores.

- Realizar acciones destinadas a la captación de nuevos clientes mediante acciones de marketing directo, aprovechando las posibilidades que las nuevas tecnologías ofrecen.

- Realizar acciones de fidelización dirigidas, sobre todo, a las familias de los residentes. Consideramos que la mejor manera de fidelizar consiste en conseguir la satisfacción de los residentes y de sus familiares. De esta forma, unos clientes satisfechos se convertirán en un factor atracción en un sector donde el “boca a boca” tiene gran importancia<sup>273</sup>.

Gran parte de las acciones de comunicación de las residencias para mayores actualmente están orientadas hacia la descendencia de la persona mayor. En el futuro, es posible que esta tendencia se pueda alterar y las comunicaciones tengan que dirigirse al propio usuario.

En primer lugar, en nuestra opinión, una residencia para personas mayores debe tratar de que, mediante acciones de comunicación, su público objetivo diferencie entre el concepto de residencia y el de asilo. Resulta importante explicar que la residencia no es solo una opción que soluciona problemas sino que además las personas mayores están felices en ellas, se sienten a gusto y están bien atendidas. De esta forma, se conseguirá una cierta descarga de conciencia en los familiares que es, posiblemente, una de las primeras necesidades que la residencia tiene que intentar

---

<sup>273</sup> La comunicación “boca a boca” es el mensaje oral sobre la organización, su credibilidad y formalidad, su forma de operar, sus servicios, etcétera, que una persona comunica a otra (Grönroos, 1994, p. 154).

satisfacer en lo que se refiere a las familias de los residentes, considerados como clientes del centro residencial.

Sin embargo, no hay que hablar solo de conceptos generales, que benefician a todas las residencias, sino que deben destacarse las diferencias del centro residencial respecto a sus competidores y conseguir, de esta forma, el posicionamiento deseado.

Por otro lado, resulta conveniente tener presentes una serie de principios cuando la comunicación está dirigida, fundamentalmente, al segmento de personas mayores. Entre los señalados por Grande (1993), destacamos los siguientes:

- La publicidad, como es lógico, debe incluir a personas mayores en sus anuncios.
- La imagen de la tercera edad debe ser positiva. Por ejemplo, se puede identificar a las personas mayores con la sabiduría, la prudencia, etcétera.
- Es conveniente evitar la palabra anciano y es preferible no hacer referencia a los problemas sino a su solución.
- Los anuncios deben ser creíbles, prometer realidades y no crear falsas expectativas.
- Los mensajes deben contribuir a la reducción del riesgo percibido por el usuario intentando aclarar las dudas existentes.
- Los mensajes escritos deben tener en cuenta las modificaciones en la percepción visual. Es decir, los textos deben ir escritos con letras oscuras, suficientemente grandes, sobre fondos claros logrando el contraste máximo, etcétera.
- Los mensajes deben ser sencillos y no deben contener excesiva información.
- Resulta conveniente que los mensajes tengan un contenido familiar.
- Las comunicaciones de las residencias pueden ganar credibilidad cuando intervienen prescriptores que las avalen.

Los centros residenciales para personas mayores pueden realizar la comunicación externa a través de los medios publicitarios habituales (televisión,

prensa, radio, revistas, revistas especializadas etcétera) o mediante publicidad exterior, marketing directo (correo, correo electrónico, etcétera), Internet, acciones de relaciones públicas o patrocinio. De los medios tradicionales, los medios impresos, en el sector que nos ocupa, han demostrado ser más eficaces que la radio o la televisión. Un sistema que permite dar más explicaciones y ser suficientemente ilustrativo es el marketing directo a través de *mailings*. Por lo general, no es la publicidad la que vende una residencia para mayores, aunque sí permite obtener una notoriedad y contribuye a crear una imagen. Sin embargo, una buena comunicación “boca a boca” puede considerarse un vehículo de comunicación más eficaz que la publicidad.

Además, es conveniente dar a conocer el centro entre los profesionales que más contacto tienen con las personas mayores de la comunidad: asistentes sociales, médicos geriatras, sicólogos, psiquiatras, asociaciones de familiares de enfermos específicos (Alzheimer, reumáticos, cáncer, etcétera), médicos en general, etcétera.

Por otro lado, consideramos importante que el centro residencial tenga la mayor transparencia posible. En este sentido, puede resultar interesante realizar jornadas de puertas abiertas para familiares, medios de comunicación de ámbito local, profesionales y personas interesadas, aprovechando algún tipo de acto o de celebración. Además, pensamos que es conveniente tener un horario de visitas lo más abierto posible y fomentar la participación de los familiares en la vida diaria de la residencia, así como en celebraciones y otros eventos que se puedan organizar. Por otro lado, siempre que se instaure alguna novedad en el centro, cosa que es recomendable hacer periódicamente, se puede avisar a los medios de comunicación mediante notas de prensa, periodistas de contacto, etcétera. Una noticia que informe sobre algo positivo o innovador en el centro residencial puede suponer una publicidad gratuita y resultar más fiable que cualquier otra acción de comunicación.

Sin embargo, no se debe olvidar que el contacto personal es la mejor forma de comunicarse con las personas mayores y sus familiares. El intenso contacto físico que se produce en las residencias para personas mayores entre los prestadores de los servicios y los usuarios y sus familiares convierte a todos los miembros de la

organización en emisores de mensajes, siendo, por tanto, toda la entidad la que comunica. Sin la participación del personal de la organización no se podrá conseguir una coherencia en la estrategia de comunicación de la empresa (Ruiz, 2000, p. 334).

Por ello, es fundamental que los empleados hablen bien de la residencia donde trabajan, pues si los propios empleados no hablan bien del centro residencial, ¿cómo se va a poder vender una buena imagen de la residencia? Para conseguirlo, es necesario cuidar la motivación del personal, procurando por todos los medios que exista un clima laboral adecuado, unos niveles de satisfacción adecuados, un sistema de incentivos, etcétera. Al final, las personas son las que hacen que funcione cualquier negocio, y más en caso de tratarse de un servicio asistencial.

En definitiva, es fundamental que exista siempre una coherencia entre la comunicación publicitaria, la comunicación interpersonal e, incluso, la comunicación del entorno físico, pues no debemos olvidar que la apariencia interna y externa de los centros residenciales también comunica. Es decir, todas las acciones de comunicación o elementos que comuniquen, deben comunicar lo mismo.

Además, los centros residenciales para mayores deben tener en cuenta que, como consecuencia del desarrollo de la sociedad de la información, se han generado nuevas formas de comunicación entre las personas y las organizaciones. Los avances tecnológicos propios del campo de la informática han calado muy hondo en nuestra sociedad, provocando cambios en los hábitos de los ciudadanos que deben ser tenidos en cuenta por toda organización. Internet se ha convertido en uno de los instrumentos comerciales más importantes de la historia reciente, pues presenta características<sup>274</sup> que convierten a la Red en un lugar muy adecuado para la comercialización de los productos (Calvo y Reinares, 2001, p. 4). Efectivamente, Internet está convirtiéndose en una de las herramientas más utilizadas con el fin de mejorar la comunicación entre las organizaciones prestadoras de servicios y su clientela, permitiendo una mejora de la posición competitiva.

---

<sup>274</sup> Las características de Internet a las que nos referimos son, entre otras, el que se trate de un mercado global que siempre está abierto y accesible, que permita la interacción entre todos sus miembros, que sea una gran fuente de información y que permita la transmisión de mensajes a millones de clientes potenciales.

De esta manera, la Web se ha convertido en una herramienta cada vez más útil para todo tipo de organizaciones y, a su vez, está provocando importantes cambios en los hábitos de la ciudadanía. San Miguel *et al.* (2009b) realizan un análisis de los sitios web de las residencias para personas mayores de la CAPV. A través de una revisión de la información que las residencias para mayores ponen a disposición de sus usuarios, estudian el grado de fortaleza o debilidad de cada sitio web, en función de un conjunto de criterios para su evaluación existentes en la literatura. La investigación viene a evidenciar que la mayor parte de las organizaciones del sector no apuestan con firmeza por este nuevo canal de comunicación y, por consiguiente, desaprovechan las oportunidades que Internet les ofrece.

Así, como conclusiones del estudio, los autores subrayan, en primer lugar, que solamente el 17% de las residencias de la CAPV disponen de sitio web. Respecto a la información que suministran las residencias los autores consideran que ésta es, en muchos casos, insuficiente. En general, no se hace referencia a los derechos de los residentes y familiares. Tampoco se proporciona información sobre los precios de los diferentes servicios. Por lo general, tampoco se ofrece la posibilidad de realizar trámites en línea. En síntesis, los autores señalan que las residencias para personas mayores de la CAPV deberían apostar con mayor convicción por este nuevo canal de comunicación<sup>275</sup> (San Miguel *et al.*, 2009b, p. 179).

El ya mencionado estudio INFOGER, relativo a la opinión de los mayores sobre las residencias y otros servicios sociosanitarios, además de determinar los aspectos más importantes de una residencia en opinión de las personas mayores, estudió por medio de qué o quién se buscaría información en caso de tener que elegir una residencia para ellos mismos o para algún familiar. Esto puede ser importante a la hora de dirigir la estrategia de comunicación y las acciones de marketing de las residencias, concentrando los esfuerzos en aquellos medios o prescriptores a los cuales los mayores acuden en busca de este tipo de información. Pues bien, el 43,4% de las personas acudirían en primer lugar al asistente social, lo cual nos da una idea del gran peso que tiene la opción de tramitar, en primer lugar, el ingreso a una

---

<sup>275</sup> La información fue recogida a mediados de 2009. En el capítulo séptimo volveremos a referirnos al citado estudio.

residencia de carácter público. En segundo orden de preferencia, un 29% visitarían varias residencias de su zona y harían comparaciones entre unas y otras en todas las áreas. Siguiendo en esta escala de preferencias, un 19% acudiría a amigos, vecinos o conocidos que le pudieran aconsejar, y un 13,3% preguntaría a su médico. Solo pequeños porcentajes citaban las páginas amarillas o la publicidad en prensa. No obstante debemos decir que esto contrasta con las declaraciones que suelen hacer los directores de residencias, que comentan que gran parte de las personas que se ponen en contacto con los centros han realizado su primera búsqueda de información a través de las páginas amarillas (Díez Aramburu, 2003, p. 36).

Por otro lado, el citado estudio trató de evaluar los resultados de los esfuerzos comunicativos de las grandes empresas sociosanitarias. Para ello, se citó a los encuestados varios nombres de estas empresas, a lo que solo tenían que responder si las conocían o no. Los resultados no pudieron ser peores, puesto que las residencias más conocidas fueron las de los grupos Quavitae y Eulen, y, en ambos casos, tan solo el 1,3% de los encuestados conocía estas marcas. Ninguna de las otras empresas superaba el 0,8%. De esta forma, quedó bastante claro para los investigadores que los mayores no habían leído, visto ni oído hablar sobre las grandes empresas de servicios sociosanitarios, a pesar de que la publicidad en los medios masivos empieza a ser cada vez más frecuente (Díez Aramburu, 2003, p. 37).

Podemos concluir diciendo que la realización de acciones de marketing por parte de los centros residenciales para personas mayores, les permitiría disfrutar de las ventajas competitivas derivadas de un mejor conocimiento de las necesidades sociales que atender y de su evolución prevista, de una comunicación con el mercado que sea coherente y que informe de la manera más conveniente acerca de los servicios ofertados y, en caso de adaptar los servicios ofrecidos a las necesidades observadas, de las ventajas competitivas obtenidas gracias a la satisfacción de las expectativas de los residentes y de sus familiares.

## **6.2. Modelos de gestión de la calidad específicos de los centros residenciales para personas mayores**

Al contrario de lo que ocurre en el sector sanitario, en el sector de las residencias para personas mayores no ha habido en Europa un acuerdo acerca de cuáles han de ser los estándares de actuación. Por tanto, el concepto de calidad en el servicio varía de un país a otro (Wolfe *et al.*, 2002). Por otro lado, la situación resulta más compleja debido a las continuas reformas en los sistemas de asistencia social originadas por los cambios políticos, legislativos, económicos y demográficos que se están produciendo (Reed *et al.*, 2003, p. 248).

La situación existente a nivel internacional, en el sector de las residencias para personas mayores, difiere notablemente de unos países a otros. En efecto, el Reino Unido, Alemania y los países nórdicos, en especial Suecia y Dinamarca, cuentan con un sistema asistencial para residencias de mayores mucho más desarrollado y consolidado que los del resto de Europa.

En este sentido, hay que señalar que en países como Gran Bretaña y Alemania se han fomentado intensos debates acerca de cómo han de gestionarse las residencias para personas mayores, lo cual ha provocado el desarrollo de sistemas de gestión de la calidad para dichos centros. De esta forma, por ejemplo, en el Reino Unido las autoridades locales tienen la responsabilidad de supervisar el cumplimiento de los estándares de calidad en las residencias. Destaca, a nivel internacional, el modelo británico HAFLI, que incide más en la calidad asistencial que en la calidad de gestión, que comentaremos seguidamente. Alemania, de igual modo, a partir de mediados de la década de los 90, obliga a las residencias a tener procedimientos de aseguramiento de la calidad.

En España, los centros residenciales para personas mayores han vivido una intensa evolución en los últimos treinta años. Así, de tratarse de unos centros de servicios prácticamente desatendidos por la sociedad, han ido alcanzando una gran relevancia social. Tanto desde las administraciones públicas como desde la sociedad se exige que la gestión de estos centros residenciales sea lo más eficaz y eficiente

posible, con el doble objetivo de que se ofrezca la mejor asistencia posible a los residentes, y de que se traten de gestionar los recursos públicos de la forma más adecuada.

Partiendo de esa realidad, en el sector se está introduciendo una cultura de gestión que hasta hace pocos años no existía. Dicho cambio se ha producido en muy poco tiempo –mucho más rápido, desde luego, que en otros sectores de actividad–, y se ha traducido en la aplicación de herramientas de gestión que hasta ahora se habían utilizado sobre todo en el ámbito industrial (Heras *et al.*, 2006c, p. 35).

La introducción de la corriente de la calidad en el sector ha sido, en nuestra opinión, positiva para los centros residenciales, pues ha servido para profesionalizar la gestión en el sector, ha supuesto un factor motivador para las personas involucradas en la gestión y ha permitido a estas organizaciones dotarse de programas y herramientas de mejora de una gran utilidad. Los principales modelos de calidad que se han implantado en este ámbito se han basado en los modelos y sistemas genéricos de la calidad<sup>276</sup> –fundamentalmente ISO 9000 y EFQM–, que, con mayor o menor acierto, se han adaptado al servicio específico que se presta en las residencias de mayores, habiéndose prestado una atención menor a los modelos especializados de calidad del sector con cierta tradición en otros países como el Reino Unido (Heras *et al.*, 2006c, p. 35).

Según señalan Heras *et al.* (2006c), como conclusión de un estudio cuantitativo y cualitativo llevado a cabo entre profesionales del sector, existe 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 está siendo positiva. La mayor parte de los expertos consultados destacan la capacidad de sistematización y de método de trabajo que estos modelos aportan al sector, que como queda dicho, se ha venido caracterizando por su escasa dedicación en lo que respecta a la dirección y gestión. Con todo, hay que tener en cuenta que la mayor parte de los expertos consultados señala que estos modelos pueden realizar su

---

<sup>276</sup> Denominamos *modelos genéricos* a aquellos modelos/sistemas que no están orientados hacia una actividad en concreto sino que son de aplicación universal y se pueden utilizar en cualquier tipo de organización.

mayor aportación en lo que se refiere a los procesos administrativos y de gestión, y señalan que su eficacia y eficiencia no es tan clara en el ámbito de la calidad de la atención residencial (Heras *et al.*, 2006c, p. 38).

Por otro lado, hay que tener presente que la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto el establecimiento de un marco general para el desarrollo del SAAD, Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, común en todas las Comunidades Autónomas, que requiere fijar criterios comunes en cuanto a la calidad y la acreditación de entidades prestadoras de estos servicios, de forma que la atención a las personas mayores en situación de dependencia se ofrezca en condiciones de igualdad, accesibilidad y sostenibilidad, y con prestaciones integrales e integradas. Ya el preámbulo de la citada Ley se menciona los tres criterios que deben regir las políticas de dependencia de los estados miembros de la UE: la universalidad, la alta calidad y la sostenibilidad. Igualmente se menciona la necesidad de compromiso por parte de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de Servicios Sociales de calidad, garantista y totalmente universal. Son repetidas las ocasiones en las que durante el desarrollo de esta Ley se menciona la necesidad de establecer criterios y estándares de calidad, así como criterios de acreditación (Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad & Vida, 2008, p. 11).

Efectivamente, los modelos genéricos de calidad están siendo adoptados por numerosas residencias para personas mayores<sup>277</sup> especialmente el basado en la familia de normas ISO 9000 y, en menor medida, el modelo EFQM. Estos modelos ya han sido estudiados en el capítulo cuarto, al igual que su aplicación en el sector de los Servicios Sociales. A lo largo de este trabajo trataremos de analizar si estos modelos se adaptan de forma adecuada a este ámbito tan especial de actividad o si, por el contrario, consideramos necesario profundizar en el ámbito de los modelos específicos orientados al sector de las residencias para personas mayores.

---

<sup>277</sup> Para conocer con mayor detalle el impacto de estos modelos en el sector de las residencias para personas mayores se puede acudir a los datos recogidos por Heras *et al.* (2006b) en su artículo “La gestión de la calidad en el sector sociosanitario: el caso de las residencias de mayores”.

A continuación, se van a analizar cinco modelos específicos<sup>278</sup> del sector de las residencias para personas mayores, dos modelos relevantes a nivel europeo y otros tres a nivel estatal. Estos modelos específicos no son tan conocidos como los modelos genéricos de gestión de la calidad. Por ello, vamos a proceder a una breve descripción de los mismos para, en el próximo capítulo, analizar cuáles han sido los modelos por los que, preferentemente, han optado los centros residenciales de la CAPV. Nos parece oportuno resaltar que en el estudio empírico trataremos de determinar cuál es actualmente el grado de utilización en la CAPV de estos modelos, tanto generalistas como específicos, en las residencias para personas mayores. Por tanto, refiriéndonos a estos últimos, vamos a analizar los siguientes modelos:

- El modelo de evaluación de garantía de la calidad HAFLI
- El modelo de garantía de calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*
- El modelo *Qual A Sess*
- El modelo SERA
- El modelo propuesto por las normas UNE 158101 y UNE 158201

### **1- El modelo de evaluación de garantía de la calidad HAFLI (*Houses Are For Living In*)**

Se trata de un modelo para evaluar la calidad asistencial y la calidad de vida en las residencias para personas mayores, desarrollado y extendido en el Reino Unido, fruto de la colaboración de la SSI (Inspección de Servicios Sociales) con personal seis departamentos de Servicios Sociales del North West, en abril de 1988, y basado en la experiencia profesional de los miembros del grupo<sup>279</sup>.

---

<sup>278</sup> Los *modelos específicos* están orientados hacia una actividad en concreto. De esta forma, en el sector de las residencias para mayores los modelos específicos están orientados directamente hacia la calidad asistencial.

<sup>279</sup> El modelo fue publicado en castellano, en 1998, por el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava con el título “Las residencias son para vivir”.

Este modelo incide más en la evaluación y mejora de la calidad asistencial que en la mejora de la gestión. En su desarrollo se tuvo en cuenta que las inspecciones realizadas por la administración británica inciden sobre todo en estándares físicos, en la organización del personal y en la verificación de los registros, los cuales son del todo necesarios, pero no inciden, en opinión del modelo, en la calidad de vida del residente. Por tanto, el modelo HAFLI partió de esa carencia.

El proyecto en el que se desarrolló el modelo HAFLI tenía como objetivo prioritario desarrollar un modelo aplicable en la práctica, basado en principios y criterios sólidos y que no implicara, además, una excesiva inversión de recursos (Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, 1998, p. 10).

La filosofía en la que se basa el modelo reside en que la misión de los centros para personas mayores no solo consiste en tener a los usuarios bien cuidados, alimentados y limpios sino que se trata de que los residentes *vivan en el centro* (Department of Health, 1989). Se subraya que vivir en un centro residencial ha de ser una experiencia positiva donde los residentes:

- Sean capaces de vivir más intensamente su vida.
- Tengan una mayor autoridad y no un menor control sobre sus decisiones.
- Vivan con dignidad y privacidad.
- Tengan sus necesidades básicas aseguradas.

El modelo parte del principio de que tiene que tratarse de una herramienta útil para todos los agentes involucrados en un centro residencial: propietarios, directores, inspectores, personal en tareas de atención residencial, usuarios, familiares, etcétera.

La generación del modelo fue compleja. El desarrollo del proyecto, desde su concepción teórica hasta su aplicación práctica, en síntesis, se puede resumir en cinco etapas:

1ª etapa: Definición de los principios fundamentales de la atención residencial. Estos principios hacen referencia a los derechos que ha de tener una

persona mayor de un centro residencial. Se basan en el trabajo realizado por Wagner (1988) y en el informe “*Home life: a code of good practice*” (Centre for Policy on Ageing, 1984). Estos principios hacen referencia, entre otras cuestiones, a la posibilidad de mejorar la calidad de vida del residente, a la posibilidad de desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales, al derecho a participar en las decisiones que les afecten, a la capacidad de elegir su estilo de vida, al derecho a formular reclamaciones, al derecho a recibir un trato digno, etcétera.

2ª etapa: Identificación de los factores que contribuyen a una buena calidad asistencial y a una buena calidad de vida en las residencias. Se constató que dichos factores se agrupan de forma natural en torno a seis valores básicos (Department of Health, 1989; Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, 1998):

- Intimidad. Derecho que tienen las personas mayores a estar solas y a no ser molestadas, sin que nadie se inmiscuya en sus asuntos personales.
- Dignidad. Reconocimiento del valor intrínseco de la persona, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y dándole un trato respetuoso.
- Independencia. Posibilidad de actuar o pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.
- Elección. Posibilidad de elegir libremente entre un abanico de opciones diferentes.
- Derechos. Mantenimiento de todos los derechos inherentes a la condición de ciudadano.
- Satisfacción. Realización de todas las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos de la vida cotidiana.

3ª etapa: Definición de cada uno de los valores básicos, que son incuestionables para el modelo, y establecimiento de una serie de criterios claros en los que apoyarse para evaluar su cumplimiento.

4ª etapa: Diseño de una memoria, para cada uno de estos valores, destinada a trasladar los criterios establecidos anteriormente a cuestiones a inspeccionar y establecimiento de un marco adecuado para recoger y analizar información que permita ver en qué medida las actividades realizadas coinciden con los criterios establecidos. Aunque los formularios se diseñen en principio para tareas de inspección, sirven igualmente para que los directores y el personal evalúen su propio trabajo e, igualmente, para la formación del personal.

5ª etapa: Diseño de un método que reduzca el tiempo de inspección relativo a requisitos administrativos de tal forma que la mayor parte del tiempo de la inspección se pueda dedicar a evaluar la calidad asistencial.

El modelo es, por tanto, una guía de evaluación abierta y flexible, pero a su vez ordenada, con criterios claros y que ofrece muchos indicadores de calidad, es decir, del nivel de aplicación de los principios básicos dentro de cada proceso (Córdoba, 2003b, p. 326).

El modelo HAFLI, define la satisfacción del residente como “la realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos de la vida cotidiana” (Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, 1998, p. 116). En relación a la medición de la actuación de la residencia en lo referente a la satisfacción del residente, cuestión que nos interesa especialmente, el patrón que el modelo sugiere viene referido a la noción de lo que sería una residencia que ayudara activamente a los residentes a llevar una vida satisfactoria. Dicha adecuada atención tratará de (Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, 1998, p. 116):

1- Conocer las actividades que los residentes realizaban con anterioridad y los intereses y habilidades que conservan.

2- Ayudar a los residentes a seguir ejercitando dichas habilidades, a satisfacer sus intereses y, si lo desea, a buscar otros nuevos.

3- Favorecer la continuidad de las relaciones personales y crear condiciones que permitan el desarrollo de otras nuevas si así se desea.

4- Reforzar aspectos positivos de los residentes, como la experiencia y los conocimientos, en lugar de limitarse a controlar aspectos negativos como la confusión o las discapacidades físicas.

5- Ayudar a los residentes a ejercitar sus facultades físicas y mentales, dentro de los límites de sus habilidades y deseos, pero reconociendo y respetando a aquéllos que no desean ser activos o sociables.

6- Comprender y atender las necesidades emocionales y espirituales de los residentes.

7- Animar a los residentes y permitirles que participen en las decisiones que afectan a su modo de vida, en la medida de sus deseos y de su capacidad.

8- Crear un entorno estimulante que proporcione los servicios de apoyo adecuados.

9- Crear un estilo de vida flexible que se adapte y evolucione de acuerdo con los cambios operados en el residente.

Entendemos que si el objetivo del centro residencial es conseguir la satisfacción del residente, y ésta se alcanza, según señala el modelo HAFLI, con la realización de las aspiraciones personales y el desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos de su vida cotidiana, las cuestiones que hemos enumerado se convierten en subobjetivos a alcanzar y, a su vez, deberán ser consideradas en la elaboración de las encuestas de satisfacción.

En relación a la aplicación práctica del modelo se pudo constatar que éste permitía centrarse en la valoración de los factores que contribuyen a asegurar la calidad de vida de los residentes y que podía ser utilizado tal cual fue planteado o bien adaptarse a circunstancias particulares. Por otro lado, la experiencia piloto puso de manifiesto que la aplicación del modelo requería de un tiempo mucho menor del había sido previsto por los integrantes del equipo (Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, 1998, p. 13).

En 1990 se llevó a cabo, a través del Instituto de Bienestar Foral de Álava, una evaluación de la red de residencias para personas mayores, dependientes de la

Diputación Foral de Álava, a través del método HAFLI. En dicha evaluación, aunque en términos generales la calidad de la atención era correcta, se concluyó que los aspectos físicos o materiales estaban mejor cuidados que los aspectos referentes a la práctica asistencial. Entre estos últimos, fueron destacados los siguientes (Iradi, 2006, p. 171):

- Los objetivos de los centros tienden a cubrir las necesidades básicas de los centros.
- Las funciones de atención directa no están claramente definidas.
- Existe la necesidad de mejorar los canales de comunicación entre la dirección y el personal de atención directa.
- Los centros se organizan en función del horario de trabajo más que en función de las necesidades de las personas residentes.
- Falta de formación del personal de atención directa.
- Falta de recursos para atender a personas con elevado deterioro físico o psíquico, sobre todo en residencias pequeñas.

El modelo HAFLI, y sobre todo su filosofía, ha sido el origen de la creación del Proceso de Garantía de Calidad–*Kalitatea Zainduz* del Centro de Documentación y Estudios SiiS, como un “complemento natural y coherente del modelo HAFLI” (SIIS, 2001a, p. 2), y que pasamos a analizar a continuación.

## **2- Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz***

El Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, del Centro de Documentación y Estudios SiiS, dependiente de la Fundación Eguía-Careaga, pretende mejorar de forma continuada la calidad de la vida en los centros residenciales, entendiendo que dicha mejora implica poner los medios para que, por un lado, las personas que viven en las residencias tengan la oportunidad de seguir siendo ellas mismas y, en lo posible, de seguir eligiendo su estilo de vida, y para que, por otro lado, se respeten, en todas las pautas de organización y de actuación, los

derechos básicos de los residentes, es decir, el derecho a la intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la libertad de elección, a la satisfacción y al ejercicio de sus derechos ciudadanos (SiiS, 2001a, p. 18).

El modelo de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz* tiene, por tanto, como base el respeto de los derechos de los residentes y los aspectos cualitativos de la atención. El modelo se centra en aquellos aspectos que están relacionados directamente con la vida cotidiana de los residentes y trata de definir si las pautas de organización y funcionamiento garantizan o no, en las distintas áreas de atención, el respeto de sus derechos básicos (SiiS, 2001a, p. 21). Consideramos necesario, por tanto, reiterar la importancia que tienen los derechos del residente y que éstos se integren en la cultura de la organización de forma que no sea posible ponerlos en cuestión.

El modelo, además, trata de garantizar la mejora continua del centro buscando la participación de las personas implicadas, directa o indirectamente, en la vida residencial, tanto en la determinación de los aspectos que requieren ser modificados como en la definición de las alternativas viables, siendo efectiva esta participación a través de un Grupo de Calidad en el que quedan representados los distintos agentes que forman parte del centro residencial.

Como puede observarse, el modelo tiene una filosofía similar al HAFLI pero su finalidad, sin embargo, es diferente. Si con el modelo HAFLI se trataba de detectar las disfunciones de un determinado medio residencial a fin de orientar las actuaciones hacia un nivel de calidad mínimo exigible, el Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz* solo puede aplicarse en centros residenciales en los que ya es apreciable ese nivel de calidad, y tiene por objetivo garantizar su mejora continua, definiendo cualquier aspecto susceptible de mejora, se trate o no de una disfunción, para después proponer, debatir y acordar cambios dirigidos a alcanzar esas mejoras.

Por otro lado, también el método utilizado es distinto, por cuanto que el modelo de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, tiene la particularidad de garantizar la participación activa del conjunto de las personas que, directa o

indirectamente, están implicadas en la vida residencial, tanto en la determinación de los aspectos que requieren ser modificados como en la definición de las alternativas, canalizándose esta participación a través del Grupo de Calidad en el que quedan representados los distintos intereses.

En el modelo de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, las distintas partes implicadas –residentes, participantes externos y profesionales– tienen la posibilidad de dar su opinión acerca de cualquier aspecto de la organización y del funcionamiento residencial que consideren susceptible de mejora. Esto solo puede alcanzarse si el conjunto de las personas implicadas muestran una voluntad de cambiar, asumen la necesidad de vencer su “natural” resistencia al cambio y se esfuerzan por facilitar la complicada tarea de introducir nuevas pautas de funcionamiento.

Si no existe, desde el inicio del proceso, una actitud positiva y una clara voluntad de implicarse en los cambios que sean necesarios para mejorar la calidad, el proceso es inaplicable y, de hecho, la falta de voluntad de cambio constituye, en sus diversas manifestaciones, la causa de suspensión del proceso. Por ello, la aplicación del modelo no es viable en cualquier estructura. Debe tratarse de un contexto en el que exista ya un nivel de calidad apreciable, en el que se hayan aplicado, con anterioridad, otras fórmulas de garantía de calidad –procesos de inspección o evaluaciones, por ejemplo–, y en el que la calidad de la atención constituya una de las principales finalidades del servicio y sea considerada de esta manera por los distintos colectivos que intervienen en su consecución (SiiS, 2001a, p. 24).

El Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz* se asienta en la realización de una evaluación cualitativa de la organización y del funcionamiento de un centro residencial. Se trata, por un lado, de conocer, mediante una serie de entrevistas verbales o escritas, la percepción que los agentes que toman parte en un centro residencial (residentes, miembros del personal, familiares, voluntarios o profesionales ajenos a la residencia) tienen de la vida en la residencia y los cambios necesarios para mejorar la situación. Por otro lado, mediante la observación directa se evalúan aspectos materiales y de procesos que inciden en el funcionamiento de la

residencia (SiiS, 2001a, p. 148). Por consiguiente, se trata de un método abierto y flexible, que se puede adaptar a las necesidades concretas de cada estructura residencial. En su diseño trata de apartarse de la complejidad formal que suele ser propia de los modelos de gestión de la calidad, ya que éstos provienen de un ámbito, el industrial, que poco tiene que ver con el sociosanitario. Esta relativa simplicidad pretende evitar que el instrumento pase a adquirir mayor protagonismo que el contexto en el que se aplica, la vida residencial, y que el objetivo por el cual se aplica, la mejora de la calidad (SiiS, 2001a, p. 30).

A pesar de que en el diseño del modelo se intente evitar la complejidad propia de los modelos de gestión de la calidad, el carácter cualitativo sobre el que se basa el modelo y el hecho de asumir el respeto a los derechos de los residentes como directriz básica del proceso conllevan, a su vez, un grado considerable de complejidad, tanto en su puesta en marcha como en su continuidad, y determinan que no sea posible, como en otros sistemas, realizar una aplicación estandarizada. Por tanto, la aplicación del modelo exige contar con la colaboración de profesionales que, por un lado, conozcan la realidad de los centros residenciales y, por otro, sean capaces, por su experiencia, por su conocimiento y por su sensibilidad, de detectar puntos de mejoras y de idear alternativas. Estos profesionales recibirán la denominación de Responsables Externos de Calidad<sup>280</sup>.

El Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz* se estructura en sucesivos ciclos de calidad, cada uno de una duración aproximada de dos años. A continuación comentamos brevemente las diferentes fases en las que se organiza un ciclo de calidad (SiiS, 2001a):

1- Fase de diagnóstico. En esta fase se presenta el método de trabajo y los cauces de participación a los profesionales, residentes y participantes externos (fundamentalmente familiares). Posteriormente, se recoge información a través de entrevistas o cuestionarios de todos los agentes implicados en el centro residencial, así como del funcionamiento interno del centro. Por último, se analiza

---

<sup>280</sup> El Responsable Externo de Calidad es la persona encargada de dirigir la aplicación del modelo de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*. Su carácter externo garantiza mayor objetividad en la detección de aspectos susceptibles de mejora y en la propuesta de alternativas.

cualitativamente dicha información. Es importante señalar que, aunque una vez analizada la información se detecten aspectos positivos y negativos del funcionamiento residencial, el proceso se centra, dado que su objetivo es mejorar, en aquellos aspectos de la atención que podrían funcionar mejor (SiiS, 2001a, p. 53).

2- Fase de discusión y acuerdo. En esta fase se define el mencionado Grupo de Calidad. Una vez realizadas las entrevistas y leídos los cuestionarios, el Responsable Externo de Calidad cuenta con cierto conocimiento de los interesados en participar en el grupo y selecciona a aquellas personas que podrían resultar más adecuadas para participar en la primera fase de implantación del proceso. El Grupo de Calidad trata las áreas de mejora aparecidas e informa a los profesionales, a los residentes y a los participantes externos sobre las acciones adoptadas. Es imprescindible que haya una buena comunicación entre el Grupo de Calidad y el resto de los integrantes de la residencia, ya que es la única forma de evitar que el Grupo se convierta en una estructura lejana percibida, desde fuera, como una instancia más de decisión que de participación<sup>281</sup>.

3- Fase de elaboración del informe inicial. El responsable externo elabora un informe que describe la evolución del proceso y el contenido de los acuerdos. Este informe se remite al responsable de la residencia y se pone a disposición de los residentes, de los profesionales y los participantes externos.

4- Fase de afianzamiento. Comienza inmediatamente después de las reuniones informativas y durante esta fase se inicia la implantación de los acuerdos así como su seguimiento. Esta fase dura seis meses y el seguimiento se realiza con una periodicidad de dos meses.

5- Fase de mantenimiento. En esta fase, que dura un año, se alternan el seguimiento con la incorporación de nuevas cuestiones susceptibles de mejora. Tanto el seguimiento como la incorporación de nuevos asuntos se realizan como mínimo cada dos meses.

---

<sup>281</sup> La composición del Grupo de Calidad no se establece con carácter definitivo, sino que se va modificando a lo largo del proceso, a fin de dar a todas las personas que estén interesadas la oportunidad de integrarse en el mismo y de participar directamente en los debates y en la adopción de acuerdos.

6- Elaboración del informe final por parte del Responsable Externo de Calidad. Este informe deberá ofrecer una visión global de la evolución del proceso, el número de acciones cumplidas, la calificación de los distintos tipos de acciones y el contenido de los nuevos acuerdos.

7- Certificado de calidad. Los centros que así lo deseen pueden solicitar el certificado de garantía de calidad del SiiS<sup>282</sup>. Para mantener la certificación es necesario que durante la validez del certificado, 2 años, se haya realizado un nuevo ciclo de calidad.

El Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, propone incluir en las entrevistas a residentes cuestiones cuyas respuestas serán indicadoras de su nivel de satisfacción. Las cuestiones a las que nos referimos son las siguientes (SiiS, 2001a):

- La atención personal, es decir, la forma de atender a los residentes en actividades cotidianas como vestirse, bañarse, ir al servicio, la comida, la atención sanitaria, los horarios, etcétera.

- La libertad de elección. Se trata de saber si, viviendo en la residencia, los residentes tienen la posibilidad de elegir entre diversas alternativas en relación a aspectos como: los amigos y las relaciones, la hora de acostarse y levantarse, el personal, las actividades, el lugar en el que en cada momento desean estar, etcétera.

- El confort, es decir, el aspecto físico y las instalaciones de la residencia.

- La posibilidad de expresarse y de expresar los sentimientos. Se trata de saber si, en la residencia, el residente puede decir o mostrar lo que siente cuando desee hacerlo.

- El funcionamiento de la residencia. Se trata de determinar si los residentes están suficientemente informados de cómo funciona la residencia.

---

<sup>282</sup> La Certificación de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz* acredita que la residencia está aplicando adecuadamente el Proceso y que la esencia del mismo es un compromiso conjunto por alcanzar una mejora continua de la calidad de la atención prestada y de la calidad de vida de los residentes.

- Las relaciones con el exterior. Este apartado se refiere a si los residentes pueden seguir relacionándose con familiares, amigos o amistades y a si tienen la posibilidad de establecer nuevas relaciones con personas que no viven en la residencia.

- La vida en la residencia. Se trata de saber si el residente está a gusto en la residencia, si les satisface el ambiente y la forma de vida.

Asimismo, en estas entrevista personales se solicita al residente que señale, en términos generales, los aspectos positivos o negativos de la residencia en lo que a la satisfacción de sus necesidades se refiere.

### **3- El modelo *Qual A Sess***

Se trata de un modelo de autoevaluación desarrollado conjuntamente por organizaciones del Reino Unido y Alemania. El modelo *Qual A Sess*<sup>283</sup> tiene como objetivo la búsqueda de la mejora continua en residencias para personas mayores tomando como base los estándares de calidad establecidos en otros modelos (Reed *et al.*, 2003, p. 249). De esta forma, integra características propias del modelo HAFLI y del modelo EFQM de excelencia (Heras *et al.*, 2008b, p. 275).

El modelo *Qual A Sess* recoge información de los residentes, familiares y personal de las residencias que le permita definir el mejor modo de funcionamiento de la organización y buscar la mejor calidad asistencial posible para el residente. La organización dispondrá de un manual de trabajo, que es una guía donde se explica el modo de implantar el sistema y, por otro lado, se le proporcionarán todas las herramientas necesarias para la realización del proceso de autoevaluación y, de esta forma, medir el nivel de calidad de los servicios ofrecidos e identificar dónde son posibles y necesarias las mejoras.

En el modelo del Reino Unido se analizan 10 elementos o factores (12 en el modelo alemán), que son reagrupados de la manera reflejada en la tabla 6.1.

---

<sup>283</sup> *Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe*, en Alemania.

**Tabla 6.1: Factores del modelo *Qual A Sess***

Alemania/Reino Unido
<p><i>Factores que inciden en la gestión de la residencia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política y estrategia (manera en que la residencia formula, comunica, revisa y modifica su política y estrategia)</li> <li>- Gestión del personal (que permita ofrecer una buena calidad de servicio)</li> <li>- Procesos (modo en que la residencia identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos y procedimientos)</li> </ul>
<p><i>Factores que inciden en el servicio de los residentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información disponible para los residentes</li> <li>- Evaluación y planificación de las necesidades de los residentes</li> <li>- Cuidados y atenciones sanitarias directas</li> <li>- Entorno físico (comodidad y mantenimiento general del centro)</li> <li>- Servicio de catering (planificación de menús, calidad y presentación de las comidas y nivel de satisfacción de los residentes)</li> <li>- Actividades realizadas</li> </ul>
<p><i>Factores que inciden en cualquier persona en contacto con el centro</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción del cliente (modo en que la residencia tiene en cuenta las expectativas de los residentes y de cualquier otro tipo de cliente)</li> </ul>
Alemania (se incluyen otros dos factores)
<p><i>Factor que incide en el servicio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios terapéuticos</li> </ul>
<p><i>Factor que incide en los empleados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción de los empleados</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Reed *et al.* (2003, p. 250).

Lógicamente, los estándares relacionados con cada uno de los factores tienen en cuenta los aspectos culturales y estructurales de cada país por lo que sería arriesgado uniformizar los estándares en ambos países (Reed *et al.*, 2003, p. 250).

Por otra parte, el proceso de autoevaluación consta de las siguientes fases:

1- Selección y formación del grupo de autoevaluación. Dicho grupo lo integran residentes, familiares y personal de la residencia.

2- Evaluación del funcionamiento de la residencia en cada uno de los factores indicados en el manual de trabajo. El objetivo de esta fase es, considerando la opinión de todos los miembros de la residencia a partir de sus propias experiencias y a través de datos objetivos (quejas, sugerencias, informes de inspección, etcétera), evaluar cada uno de los factores mencionados en la tabla anterior.

3- Consenso y desarrollo de un plan de calidad. En esta etapa los miembros del grupo de autoevaluación adoptan de manera consensuada un plan de actuación en función de las observaciones que hayan realizado en la anterior etapa.

4- Implantación del plan de calidad. El coordinador del grupo expone a la dirección del centro el plan desarrollado y negocia su puesta en marcha.

5- Puesta en marcha y control periódico del plan de calidad.

Por tanto, en el proceso de autoevaluación resulta fundamental que todas aquellas personas involucradas en el funcionamiento de la residencia -residentes, familiares y personas que trabajan en la residencia-, estén presentes pues son ellas las que mejor conocen el funcionamiento del centro y, por tanto, quienes van a poder detectar y sugerir propuestas de mejora. (Reed *et al.*, 2003, p. 250).

#### **4- El modelo SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos)**

Entre las prioridades del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) está desarrollar investigaciones que tengan por objeto la evaluación de programas y servicios relacionados con la atención a personas mayores. Como estamos viendo, la oferta de unos servicios de calidad por parte de las residencias para mayores resulta una condición exigible por los residentes, por sus familiares, por los responsables de la política social y por la sociedad en general. El modelo SERA es un modelo creado dentro de un convenio suscrito entre el INSERSO y la Universidad Autónoma de Madrid, donde el equipo investigador ha adecuado y validado para el contexto español el modelo MEAP (*Multiphasic Environmental Assesment Procedure*) de

Moos y Lemke (1979), añadiéndole dispositivos de medida de la calidad originales (Fernández Ballesteros *et al.*, 1995, p. 7).

El Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA) es un modelo holístico que tiene en cuenta los aspectos físicos, organizativos y sociodemográficos de las personas residentes, así como los aspectos psicosociales y personales (Heras *et al.*, 2006b, p. 56). El modelo se basa en la descripción de contextos residenciales para personas mayores a unos amplios niveles de complejidad con posibilidades tanto de cuantificación como de análisis cualitativo de los diferentes aspectos contextuales (físicos y arquitectónicos, organizativos y de funcionamiento, de personal y residentes, y de clima social), personales (habilidades funcionales, nivel de actividad, salud, satisfacción y necesidades sobre el contexto) e interactivos (Fernández Ballesteros *et al.*, 1995, p. 10).

Todos los instrumentos que conforman el modelo SERA han sido elaborados con el fin de tener en cuenta los citados aspectos contextuales, personales e interactivos, considerados revelantes en las residencias para personas mayores. Estos instrumentos son los siguientes:

- Inventario de características arquitectónicas y físicas
- Inventario de características de organización y funcionamiento
- Inventario de características de personal y residentes
- Escala de valoración
- Escala de clima social
- Listado de necesidades
- Cuestionario de información personal
- Cuestionario de satisfacción
- Mapas de interacción conducta-ambiente

Para la construcción del modelo no solo se ha partido de un listado de potenciales variables relevantes, sino que se han tenido en cuenta distintas

conceptualizaciones de estas variables. Así, el modelo SERA introduce características del ambiente tanto reales, externamente observables, como percibidas, informadas por los residentes.

Asimismo, el modelo SERA permite establecer comparaciones normativas entre diferentes contextos residenciales y posibilita la orientación de los contextos residenciales con vistas a una modificación potencialmente necesaria. Por otra parte, el modelo también permite realizar un seguimiento del contexto residencial, de forma que los resultados obtenidos puedan permitir encontrar puntos de mejora. Por último, el modelo SERA también puede resultar de utilidad en el diseño y planificación ambiental (Fernández Ballesteros *et al.*, 1995, p. 13).

En lo que se refiere a la medición de la satisfacción del residente, el modelo SERA describe un cuestionario de satisfacción, en el que se incluyen diversos aspectos, desde las características de la residencia hasta las relaciones interpersonales, dentro y fuera de ella. Este cuestionario, que puede entregarse a los residentes para su cumplimentación o bien realizarse en forma de entrevista, consta de siete elementos que representan otros tantos aspectos sobre los que el residente debe indicar si está o no satisfecho. Estos aspectos son los siguientes: las relaciones entre residentes y personal, las características físicas y arquitectónicas de la residencia, la organización y funcionamiento de la residencia, la relación con otros residentes, la residencia (globalmente), la familia y los amigos (Fernández Ballesteros *et al.*, 1995, pp. 279-280). En nuestra opinión, el cuestionario es excesivamente sencillo y pensamos que los diferentes aspectos podrían ser desarrollados para conocer de manera más precisa las causas de insatisfacción del residente.

El modelo SERA está enfocado sobre todo hacia grandes residencias y exige que las personas evaluadoras sean personas preparadas específicamente para ello. En suma, se trata de un modelo escasamente aplicable por la mayor parte de las residencias objeto de análisis en esta Tesis Doctoral, es decir, residencias para personas mayores de muy pequeña, pequeña o mediana dimensión.

### **5- Las normas UNE 158101 y UNE 158201 de AENOR**

Como señalan Heras *et al.* (2006c), el éxito de la implantación de los sistemas de gestión basados en estándares internacionales no se agota con la exitosa difusión de las normas ISO 9000 e ISO 14001, ya que en los últimos años se está produciendo un importante proceso de emisión de nuevos estándares y de sistemas de gestión, tanto nacionales como internacionales (Heras, 2006c, p. 32). Se trata de estándares relacionados con ámbitos tan diversos de la gestión empresarial como la prevención de riesgos laborales y la seguridad y salud en el trabajo, la responsabilidad social corporativa o las actividades relacionadas con la gestión de recursos humanos, por poner solo unos ejemplos.

La norma UNE 158001, promulgada por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) en el año 2000, fue la primera norma específica para el sector de las residencias para personas mayores. Esta norma, a semejanza de las normas técnicas de gestión de la calidad, tanto de aplicación general, como sectorial, era una norma de mínimos que especificaba los requisitos y el nivel de prestación de servicio mínimo que debían cumplir las residencias para personas mayores a fin de satisfacer las necesidades del usuario. Según se recogía en la propia norma, ésta tenía por objeto constituirse en referencia con relación a la actividad desarrollada por las residencias para mayores y tenía por objeto facilitar las relaciones entre el usuario y el servicio proporcionado en las residencias y la prestación del mismo por profesionales (AENOR, 2000d).

En un trabajo realizado por Heras *et al.* (2006b) en el sector residencial se señalaba, en relación a la norma UNE 158001, que en opinión de los expertos consultados las normas de AENOR específicas para centros residenciales podían constituirse en un marco adecuado de trabajo, pero que resultaban un tanto limitadas dado que no tenían en cuenta el modelo asistencial. Los profesionales del ámbito subrayaban, una vez más, que tanto las inspecciones realizadas por la administración como las auditorias convencionales inciden sobre todo en estándares físicos, en la organización del personal y en la verificación de los registros, que son del todo necesarios, pero que obvian otros aspectos fundamentales que influyen realmente en

la calidad de vida del residente, aspectos en los que algunos modelos específicos, como el modelo HAFLI, tratan de incidir. A pesar de ello, en lo que respecta a los principales beneficios de la implantación de la norma, los encuestados hacían referencia a la aportación relativa a la definición y estandarización de los procedimientos de trabajo, y a la definición clara de las responsabilidades y obligaciones (Heras *et al.*, 2006b, p. 57).

La entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, del año 2006, supuso una oportunidad para regular de forma homogénea aspectos de los recursos y servicios del sector sociosanitario y para establecer las bases de un sistema de servicios que generasen confianza en la sociedad. AENOR sustituyó la familia de normas UNE 158000 por nuevas normas con el objetivo de facilitar el cumplimiento de la citada Ley de dependencia, y garantizar la calidad en el servicio, no olvidando que los servicios van dirigidos a personas en situación de dependencia. Nos referimos a la norma UNE 158101:2008, estándar de gestión específico para los centros residenciales para personas mayores y a la norma UNE 158201:2007, estándar específico para la gestión de los centros de día y de noche. A estas normas se pueden añadir la UNE 158301:2007, sobre gestión de ayuda a domicilio, y la UNE 158401:2007, sobre gestión del servicio de teleasistencia.

La norma UNE 158101 se aplica a todos los centros residenciales para personas mayores y para personas en situación de dependencia, cualquiera que sea su titularidad, y a todos los centros de día y centros de noche integrados en centros residenciales. Tiene como finalidad especificar los requisitos mínimos que debe cumplir un centro residencial para garantizar la calidad de la prestación del servicio, y comprende la gestión de las instalaciones, la prestación del servicio y la gestión de la calidad.

En la norma se señala que la gestión de los centros residenciales debe estar basada en el reconocimiento de una serie de principios orientadores de la atención, de los cuales se deriven los criterios profesionales de intervención. Estos principios a los que se refiere la norma son los siguientes (AENOR, 2008, pp. 4-5):

– Principio de ética. Las personas en situación de dependencia tienen derecho al respeto de la diferencia y al de su propia dignidad. Los valores éticos han de estar siempre presentes en los cuidados e intervenciones profesionales. La práctica profesional debe estar impregnada de un profundo respeto a los derechos humanos, donde se defienda la privacidad, la intimidad, la dignidad, el respeto a la diferencia y a la libertad personal.

– Principio de competencia y autonomía. Cada persona tiene capacidades, con independencia de los apoyos que precisen, para desarrollar actuaciones competentes; así mismo deben tener control sobre su propia vida y actuar con libertad.

– Principio de participación. El residente tiene derecho a estar presente en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida. Además, en los centros se debe promover la participación del residente, su familia y los profesionales en la vida del centro.

– Principio de integralidad. La persona es un ser multidimensional donde interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, se hace necesario un enfoque interdisciplinar y especializado de la intervención.

– Principio de individualidad. Cada persona es única y diferente por lo que la intervención en los centros residenciales se debe llevar a cabo desde los criterios de atención flexible y personalizada, adaptando las intervenciones a las necesidades específicas de las personas atendidas y de sus familias.

– Principio de independencia y bienestar. Todas las personas, independientemente de sus características individuales o situación, tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación de dependencia y su bienestar subjetivo, por lo que la intervención en los centros se debe caracterizar por su finalidad socio-terapéutica.

– Principio de especialización. Se debe proporcionar atención y apoyos especializados que sean adecuados a las necesidades de las personas usuarias y a su grado de dependencia.

Por otro lado, los objetivos generales de un centro residencial citados por la norma UNE 158101 inciden más en la mejora de la calidad asistencial y de la calidad de vida que en la mejora de la gestión. Estos objetivos son los siguientes (AENOR, 2008, pp. 4-5):

- Ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas usuarias en un ambiente confortable.

- Proporcionar una convivencia armoniosa entre las personas usuarias en interrelación con el entorno comunitario, respetando la intimidad y privacidad individuales.

- Mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción con el propio proceso de necesidad de apoyos, favoreciendo la autoestima, el desarrollo personal y la integración socioambiental.

- Prestar la atención necesaria a las personas usuarias según su necesidad de apoyo.

Ahora bien, la norma UNE 158101 establece un modelo de gestión del centro residencial basado en la gestión por procesos y en el compromiso del centro con la mejora continua. El centro debe identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión, así como determinar y documentar las interacciones entre ellos. Por otro lado, el centro debe asegurar el control y la gestión de todas las actividades necesarias para la prestación del servicio, independientemente de que la organización las lleve a cabo con personal propio o subcontratado.

La dirección del centro, que debe manifestar su compromiso con la mejora continua del sistema de gestión del centro, adquiere el compromiso de (AENOR, 2008, pp. 4-5):

- a) Documentar y hacer pública la misión de su centro, los valores en los que se fundamenta, y su política de calidad.

- b) Tomar todas las medidas necesarias para respetar, defender y proteger los derechos de las personas usuarias, su intimidad y privacidad, así como sus pertenencias.

c) Nombrar a un representante de las tareas relativas a los requisitos de esta norma y definir sus funciones.

d) Resumir las normas básicas de funcionamiento del centro en el reglamento de régimen interno.

e) Elaborar, como mínimo una vez al año, un plan de gestión.

f) Conocer, mediante estudios de opinión u otras fórmulas, las necesidades y expectativas de todos sus clientes de acuerdo con las cuales debe desarrollar los planes de acción.

g) Establecer canales de comunicación interna que permitan el flujo de toda la información pertinente a los empleados, personas usuarias, familiares, administraciones competentes y demás partes interesadas.

Uno de los apartados que más se detalla en la norma UNE 158101 es el apartado 6, relativo a la prestación del servicio. En él se dispone que los centros planifiquen los servicios que prestan, así como los no contemplados hasta el momento o la modificación de los existentes debido a posibles cambios en la operatividad de los centros, en la legislación aplicable o por requerimientos de los clientes. Esta planificación compromete a todos los procesos identificados como parte de los servicios prestados por el centro. En ella se deben recoger de forma explícita los recursos necesarios para la prestación del servicio y los responsables de su cumplimiento. Dichos responsables deben supervisar el grado de cumplimiento de la planificación.

Asimismo, la norma dispone que el centro debe prestar los servicios en condiciones controladas y mantener registros que así lo evidencien, al menos para los siguientes procesos<sup>284</sup>: preingreso, ingreso y acogida, plan de atención individual<sup>285</sup> (PAI), atención y cuidados personales, atención sanitaria, atención

---

<sup>284</sup> Para cada proceso la norma establece unos protocolos mínimos asociados, unos registros mínimos asociados y unos indicadores mínimos asociados.

<sup>285</sup> El plan de atención individual (PAI) se basa en la formulación interdisciplinaria de objetivos, el planteamiento de estrategias de intervención y el seguimiento de sus resultados, adecuándolos a las necesidades de la persona usuaria para mejorar, mantener y/o retrasar el deterioro de su calidad de vida

psicosocial, atención hostelera, servicio de transporte y finalización del servicio<sup>286</sup>.

Por otro lado, la norma recoge la obligación del centro de evaluar el grado de satisfacción de sus clientes y, para ello, establecer un protocolo donde se determine la sistemática para la medición, análisis y mejora de la satisfacción del cliente. Este protocolo deberá incluir al menos (AENOR, 2008, p. 21):

- a) Identificación y justificación de los destinatarios de la medición: personas usuarias, familiares/tutor, financiadores, etcétera.
- b) Establecimiento de la periodicidad de la medición.
- c) Definición de la metodología a utilizar con cada destinatario (cuestionarios, entrevistas, reuniones grupales, etcétera).
- d) Valoración de, como mínimo, los procesos de prestación del servicio, las instalaciones y los equipamientos.
- e) Identificación del responsable y establecimiento de una sistemática de análisis y evaluación de los resultados obtenidos.

Asimismo, la norma define un protocolo relativo a la sistemática de tratamiento, análisis y mejora de las quejas, reclamaciones y sugerencias del cliente. Éste deberá incluir al menos (AENOR, 2008, p. 22):

- a) Mecanismo de información a los usuarios de los canales existentes para la formulación de quejas, reclamaciones y sugerencias.
- b) Soportes proporcionados para la recogida de quejas, reclamaciones y sugerencias.
- c) Responsables de su análisis y tratamiento.
- d) Tiempo establecido para su tramitación y respuesta al cliente.

---

(AENOR, 2008, p. 14).

<sup>286</sup> El proceso de finalización del servicio se origina, bien por la manifestación de la persona usuaria o su familia de abandonar el centro, por el fin de la estancia temporal, o por el fallecimiento de la persona usuaria.

e) Análisis, evaluación y establecimiento de acciones de mejora derivadas.

De forma adicional a lo comentado hasta el momento, la norma establece que los centros que cuenten con servicios de centro de día o de centro de noche tienen además los siguientes objetivos (AENOR, 2008, p. 24):

a) Objetivos de los centros de día integrados en los centros residenciales:

- Evitar o retrasar la institucionalización definitiva de la persona usuaria.
- Fomentar la participación e integración sociocomunitaria de la persona usuaria.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de sobrecarga de la persona cuidadora.

b) Objetivos de los centros de noche integrados en los centros residenciales:

- Promover la atención y cuidados necesarios durante el periodo de noche a personas dependientes que viven en la comunidad.
- Recuperar el patrón normalizado del ritmo sueño-vigilia de las personas en situación de dependencia.
- Evitar la sobrecarga del familiar o cuidador principal de personas en situación de dependencia que requieren durante la noche una atención especial y continua.
- Controlar las alteraciones de conducta durante el periodo nocturno.
- Proporcionar un ambiente de tranquilidad que promueva el descanso de las personas usuarias.

En lo que atañe a la norma UNE 158201, relativa a la gestión de centros de día y de noche, podemos decir que tiene una estructura similar a la anterior. Según recoge la norma la finalidad tanto de los centros de día como de los centros de noche, es mejorar la calidad de vida de la persona en situación de dependencia y de su familia, a través de una intervención dirigida por una parte a proporcionarle una atención integral y por otra a ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar la permanencia adecuada de la persona en su entorno habitual (AENOR, 2007a, p. 3).

Los principios orientadores de la atención en los centros de día y de noche son los mismos que se definían en la norma UNE 158101 para centros residenciales: principio de ética, competencia y autonomía, participación, integralidad, individualidad, independencia y bienestar, y especialización, que han sido comentados anteriormente.

La norma señala los objetivos sobre los que debe girar la intervención a realizar en un centro de día y se concretan en función se dirijan a la persona en situación de dependencia, a la familia o a los profesionales (AENOR, 2007a, pp. 5-6).

Así, los objetivos dirigidos a la persona en situación de dependencia son:

- Promover y mantener su mayor grado de autonomía y funcionalidad posible.
- Prevenir su incremento de la dependencia a través de la potenciación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar las dimensiones de calidad de vida de la persona, con especial incidencia en la autoestima y bienestar emocional.
- Evitar o retrasar su institucionalización definitiva.
- Fomentar su participación e integración sociocomunitaria.

Por otro lado, los objetivos dirigidos a la familia son:

- Proporcionarles información, orientación y asesoramiento.
- Dotarles de conocimientos, habilidades, así como promover actitudes que contribuyan a mejorar la calidad de los cuidados dados a la persona dependiente.
- Mejorar el estado psicofísico de las personas cuidadoras y de la familia.
- Proporcionarles tiempo libre y descanso.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de sobrecarga de la persona cuidadora.

Por último, los objetivos dirigidos a los profesionales del centro son:

- Proporcionarles formación continua en conocimientos, habilidades y aptitudes que aseguren la calidad en la prestación del servicio.

- Prevenir o reducir el estrés laboral.

- Favorecer la satisfacción laboral y la motivación de los profesionales.

- Promover la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.

- Promover el trabajo en equipo.

En relación a los centros de noche, la norma establece como objetivos específicos sobre los que debe girar la intervención a realizar los siguientes (AENOR, 2007a, p. 6):

- Promover la atención y cuidados necesarios durante el periodo de noche a personas dependientes que viven en la comunidad.

- Recuperar el patrón normalizado del ritmo sueño-vigilia de las personas en situación de dependencia.

- Evitar la sobrecarga del familiar o cuidador principal de personas en situación de dependencia que requieren atención durante la noche.

- Controlar las alteraciones de conducta durante el periodo nocturno.

- Proporcionar un ambiente de tranquilidad que promueva el descanso de las personas usuarias.

- Promover la seguridad y protección de la salud de las personas usuarias.

- Coordinar con los recursos sociales y sanitarios, en los aspectos necesarios según la situación de cada persona usuaria.

- Evitar o retrasar el ingreso en centros residenciales.

Por otro lado, la norma UNE 158201 especifica los requisitos mínimos, en cuanto a recursos materiales, instalaciones, equipamiento, recursos humanos, programas y servicios, que debe cumplir un centro de día y de noche para garantizar la calidad de la prestación del servicio.

Además, la norma exige, otorgándole una gran relevancia, la existencia de un sistema de calidad en el que se defina, al menos, la política de la calidad, los objetivos, el funcionamiento y organización, el establecimiento de indicadores de la calidad del servicio, instrumentos de medición de la calidad percibida por las personas usuarias y los trabajadores, instrumentos de control de no conformidades, sistema de quejas y reclamaciones, detección de nuevas necesidades, y análisis de datos y mejora.

Para la evaluación interna de la calidad del servicio, la norma establece que la entidad prestadora del servicio debe (AENOR, 2007a, p. 15):

1- Contar con un sistema de evaluación interna de calidad del servicio que garantice la detección y corrección de las posibles deficiencias en la prestación del servicio y permita la mejora continua.

2- Definir los mecanismos de evaluación, seguimiento y mejora de la calidad percibida por la persona usuaria, familiares, personal vinculado al servicio y entidad contratante.

3- Contar con un sistema de evaluación de la satisfacción de las personas usuarias y de las familias orientado a generar acciones de mejora.

4- Disponer de un sistema de recepción y análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias.

Como anexos informativos, tanto en la norma UNE 158101 como en la UNE 158201, figuran, respectivamente, los derechos y deberes de los residentes y los derechos y deberes de las personas usuarias de centros de día y de noche.

En la CAPV, y según hemos podido constatar, parece existir un desconocimiento generalizado en el sector sobre los objetivos y el alcance de la implantación de las normas UNE 158101 y UNE 158201. Igualmente, el grado de conocimiento en relación a los modelos de garantía de la calidad asistencial específicos del ámbito residencial, SERA, HAFLI o SiiS, parece ser muy bajo. El nivel de conocimiento y de utilización de modelos de gestión de la calidad específicos del sector, serán analizados, en el ámbito del País Vasco, en el estudio

empírico de este trabajo y los resultados obtenidos se comentarán en la segunda parte de la Tesis Doctoral.

## **6- Otras iniciativas**

Para finalizar el estudio de los modelos de gestión de la calidad específicos para los centros residenciales de personas mayores, queremos señalar las iniciativas del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y del Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, realizadas, todas ellas, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios en el sector residencial y que pueden servir como guías e instrumentos orientativos para las empresas del sector.

Así, por un lado, el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), impulsó un proyecto de evaluación externa de la calidad de las residencias asistidas para personas mayores que sirviese de impulso para la mejora y garantizase un nivel básico de calidad en el sector. Este proyecto se fundamenta en el diseño de un cuadro de indicadores básicos de calidad, realizado por un grupo de expertos, técnicos y representantes de las diferentes organizaciones patronales del sector, con el apoyo metodológico y técnico de la fundación Avedis Donabedian (ICASS, 1999, p. 3). El proyecto final contiene un total de 37 indicadores relativos a las siguientes dimensiones básicas:

- Atención a la persona
- Relaciones y derechos de los residentes
- Confort y servicios hoteleros
- Organización

En relación a la satisfacción de los residentes y de las familias, se señala que el centro debe realizar todo lo necesario para su medición. La fórmula que se propone para ello es la elaboración de un estudio de opinión dirigido a los residentes y sus familias. La encuesta deberá valorar, como mínimo, las siguientes áreas: comida,

trato personal, higiene del residente y del centro, intimidad, relaciones interpersonales, entorno, autonomía y libertad de la persona. El centro deberá tener definido el sistema de recogida de la información, la muestra representativa, el sistema de análisis de los resultados y las conclusiones. Además, deberá existir un sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones, de manera que pueda quedar constancia escrita del motivo de la queja, así como de las actuaciones tomadas para darle curso y solucionar el problema en que la reclamación se base. Se comprobará el conocimiento del sistema por parte de los residentes.

Aunque no se trate de un modelo o sistema de gestión, resulta destacable, asimismo, el documento denominado “100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores” (Bohórquez *et al.*, 2004), del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología sobre “Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores”, coordinado por el Dr. Bohórquez Rodríguez. El documento intenta sistematizar en diferentes apartados aquellos aspectos que se consideran imprescindibles para que el centro residencial sea un lugar donde las personas que viven en ella, temporal o permanentemente, puedan disfrutar de una vida cotidiana digna, en la que los derechos y las obligaciones estén asumidos por todos, cualquiera que sea su grado de responsabilidad (Bohórquez *et al.*, 2004, p. 3). De esta forma, el documento se constituye en una interesante herramienta de autoevaluación que puede servir de orientación y guía a responsables y trabajadores de residencias para personas mayores.

De las recomendaciones propuestas en el documento citamos, por su interés en el ámbito de esta Tesis Doctoral, la novena y la vigésima, referidas a la determinación de satisfacción de residentes y familiares:

Recomendación 9ª- El sistema interno de recepción y resolución de reclamaciones, debe estar organizado de modo que quede constancia escrita del motivo de la queja, así como de las actuaciones emprendidas para solucionar el problema. Este sistema “debe permitir, a medio plazo, identificar las áreas, personas

y actuaciones que de manera mas frecuente sean motivo de quejas” (Bohórquez *et al.*, 2004, p. 5).

Recomendación 20ª- La dirección del centro de manera periódica “evaluará el nivel de satisfacción de residentes, familiares y trabajadores y adoptará las medidas necesarias para su mejora” (Bohórquez *et al.*, 2004, p. 7).

Para finalizar, queremos citar el Manual de Buena Práctica para residencias de personas mayores de la Diputación Foral de Álava, que es el resultado del esfuerzo de un conjunto de personas que desarrollan su actividad en el medio residencial y que son, por tanto, conocedoras de la realidad del sector (Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, 1996, p. 4).

Este documento, que comentaremos de manera más detallada en el próximo capítulo, se trata de un manual de referencia común para el conjunto de residencias y, por tanto, exigiría un desarrollo posterior en cada centro residencial, que incluyese las características específicas de cada servicio (Córdoba, 2003a, p. 242).

La elaboración de guías de buena práctica, que eviten actitudes inadecuadas, improvisaciones y situaciones de inseguridad, constituye, en nuestra opinión, una excelente base para la formación del personal y para aumentar la calidad del servicio prestado. Muchos países como complemento a su política de estándares de calidad y procesos de acreditación proponen estos manuales, cuya utilidad está demostrada, como solución a los problemas que surgen diariamente (Córdoba, 2003a, p. 238).

Consideramos que sin estas buenas prácticas resulta prácticamente imposible desarrollar, en el ámbito residencial, un plan de calidad de manera coordinada y viable. La implantación de un manual de buena práctica, de manera independiente, puede considerarse un paso previo a la utilización de sistemas o modelos de gestión de la calidad más complejos y exigentes.

### 6.3. La satisfacción de los usuarios de residencias para personas mayores

En la actualidad, la valoración de la calidad de los servicios ofertados y el desarrollo posterior de las actividades de mejora constituyen un proceso inseparable del ejercicio profesional (Aguirre-Gas, 1990; Martínez Ramírez *et al.*, 1996). El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia (Zastowny *et al.*, 1989; Prieto *et al.*, 1999).

Por tanto, si deseamos valorar la calidad de la asistencia en los centros residenciales para personas mayores será necesario incorporar el punto de vista del usuario realizando estudios que permitan medir su nivel de satisfacción. Para cuantificar la satisfacción de los residentes y de sus familiares se deben identificar los requisitos del cliente y asegurarse de que los procesos internos producen los efectos deseado. Para ello, se deben incorporar a la práctica de los centros residenciales los cuestionarios de satisfacción e, igualmente, se deben establecer unos correctos sistemas de gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias (Leturia y Leturia, 2007, p. 230).

Una vez que el usuario recibe un determinado servicio, debe realizarse un seguimiento para conocer sus percepciones y su grado de satisfacción. La satisfacción del cliente, como hemos visto, es un elemento clave para medir la calidad de un servicio, pero no debemos olvidar que su estudio y valoración, además, puede ser fundamental para la gestión de las organizaciones y para el trabajo de los profesionales de las residencias para personas mayores, con la perspectiva de conseguir una mejor adaptación a las necesidades y deseos de los usuarios del sistema.

En efecto, desde nuestra perspectiva, compartida por autores como Delgado *et al.* (1997) y Medina Tornero (2000), el objetivo principal de la determinación de la satisfacción de los usuarios es obtener información que permita la mejora de la calidad asistencial ofrecida por el centro residencial. El objetivo final, por tanto, será

detectar la presencia de problemas en la asistencia y establecer propuestas para mejorar la atención a través de la valoración que el usuario manifieste del servicio recibido (Lewis, 1994).

Como apuntábamos en el capítulo tercero, la calidad de servicio implica superar las expectativas del cliente (Grönroos, 1994). Éste se forja una serie de expectativas que condicionarán su nivel de satisfacción. 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, por tanto, una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la asistencia.

En el concepto de satisfacción del usuario interviene, primeramente, la importancia relativa que éste asigne a cada elemento de la atención y, en segundo lugar, tanto el resultado de la atención sociosanitaria tal y como la percibe, como las expectativas que tenía acerca de cómo iba a recibir esa atención (Oliver, 1980). De este modo, si para el usuario es muy importante la información suministrada, cuando ésta no responda a su expectativa se mostrará insatisfecho pese a que los demás elementos del servicio se hayan suministrado perfectamente. El conocimiento de las expectativas y de las percepciones permitirá a la organización determinar si se están cumpliendo o no las exigencias de sus clientes y, de esta forma, aumentará la probabilidad de tomar las decisiones convenientes (Hayes, 2002, p.16).

Consideramos importante tener presente que, para el tipo de usuario que nos ocupa, debido a la asistencia prolongada que por lo general requiere, la calidad de los cuidados y atenciones es casi siempre sinónimo de calidad de vida<sup>287</sup>. Por ello, su

---

<sup>287</sup> A pesar de que la calidad de vida es aceptada como un buen indicador de resultado, no existe una definición clara de qué es y qué componentes incluye este concepto. Sí existe consenso en dos aspectos: por un lado, se trata una medida subjetiva en la que influyen elementos de difícil medición, como la educación del paciente o sus expectativas vitales, y, por otro lado, es una medida multidimensional. En efecto, la mayoría de las definiciones de calidad de vida incluyen aspectos relativos a la función física, al dolor y otros síntomas, al bienestar psicológico, a las relaciones sociales y a la satisfacción personal (García Navarro, 2002, p. 117).

Además, los usuarios de residencias para personas mayores presentan dificultades añadidas en la medición de su calidad de vida: su bienestar es muchas veces imposible de determinar por su deterioro cognitivo, lo que obliga a recurrir a la información aportada por los cuidadores; el grado de comodidad ambiental influye decisivamente en los resultados y, en ocasiones, los servicios sanitarios no son capaces de influir de manera relevante en esta variable.

satisfacción respecto a los diferentes servicios que recibe acostumbra a ser el resultado de su satisfacción global, es decir, de “cómo vive en la residencia” (Corella, 1998, p. 93). Además, y en términos generales, se puede afirmar que los servicios con un mayor contacto entre el usuario y su cuidador suelen proporcionar un mayor grado de satisfacción.

Otro aspecto a considerar en la medida de la satisfacción es la heterogeneidad de los usuarios de los centros residenciales para personas mayores. En general, los pacientes atendidos en una unidad de geriatría son heterogéneos y con varios problemas médicos activos. Esta heterogeneidad incluye diferencias demográficas, situación premórbida, situación funcional previa, soporte social, depresión, problemas mentales y otros problemas médicos asociados. Entre estos pacientes se puede encontrar un grupo con altas probabilidades de recuperación funcional, estabilización médica y reinserción en su domicilio, mientras que otro grupo de pacientes tiene escasas o nulas posibilidades de recuperación. La mayoría de los pacientes suelen estar en un grupo intermedio (García Navarro, 2002, p.113).

Por otro lado, se considera que la satisfacción decrece en pacientes con depresión y enfermedades crónicas concomitantes, especialmente problemas cardíacos, pulmonares y problemas de movilidad (García Navarro, 2002, p.117). Todo esto provoca que en la medición de la satisfacción se deba tener presente estas variables pues, como estamos señalando, las características de los residentes y su problemática personal influyen en su percepción de calidad de los servicios recibidos.

Hechas estas consideraciones iniciales, y refiriéndonos en concreto a la manera de medir de la satisfacción de los usuarios en residencias para personas mayores, existen diferentes métodos que nos permiten aproximarnos al conocimiento del nivel de satisfacción del usuario, como el análisis de quejas y sugerencias (Pascual *et al*, 1995; Guillén y Pérez Madera, 2002) o la realización de estudios empleando metodología cualitativa (Saturno, 1995). Sin embargo, en el sector que nos ocupa, los estudios de satisfacción se realizan, habitualmente, mediante

encuestas de satisfacción (Crow *et al.*, 2002; Hall y Dornan, 1988a, 1988b; Granado *et al.*, 2007).

Así, el sistema de gestión de sugerencias y reclamaciones es el más antiguo y utilizado para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios. Se trata de un sencillo mecanismo de participación de los usuarios y de expresión de su opinión, que permite conocer las áreas concretas de mejora en las que se debe actuar (Guillén y Pérez Madera, 2002. p. 230). Analizar las reclamaciones de los usuarios es eficaz para detectar áreas de insatisfacción respecto al sistema en el que se realiza la prestación (Medina Tornero, 2000, p. 191). Las quejas siempre se deben presentar por escrito, identificando al reclamante y con la información del servicio que es objeto de sugerencia o reclamación.

En el ámbito de las residencias para personas mayores, resulta sencilla la puesta en marcha de un sistema que permita canalizar la recogida de sugerencias y reclamaciones. Sin embargo, no debemos de olvidar que este sistema exige el establecimiento de mecanismos de respuesta que eviten que las quejas o sugerencias queden sin responder generándose, de esta forma, un grado mayor de frustración por parte de los usuarios (Guillén y Pérez Madera, 2002. p. 231)<sup>288</sup>. En la cultura de los Servicios Sociales, en opinión de Medina Tornero (2000), el sistema de reclamaciones, más allá de resultar una forma de expresión de disconformidad, apenas se ha configurado con seriedad. A pesar de la existencia de un sistema de quejas, e incluso de la existencia de centros con “libros de reclamaciones”, no se ha llegado a comprobar su eficacia. Está comprobado que hay muchos más descontentos que remitentes de quejas, es decir, son pocas las personas que se molestan en utilizar este instrumento (Medina Tornero, 2000, p. 192).

En las conclusiones del estudio realizado por la revista Consumer Eroski, citado con anterioridad, se consideraba, como uno de los aspectos claramente mejorables en los centros de día para personas mayores que fueron analizados, el relativo a la gestión de reclamaciones y sugerencias. A pesar de que la ley realice una

---

<sup>288</sup> Para más información respecto al sistema de gestión de reclamaciones y a las hojas de sugerencias, como método de recogida de la opinión del usuario, se puede consultar Pascual *et al.* (1995) y Medina Tornero (2000).

mención expresa de la obligatoriedad de un mecanismo que recoja las sugerencias de usuarios y familiares, el 65% de los centros de día no contaba con tal servicio (Consumer Eroski, 2007, p. 34).

Sin embargo, como señalábamos anteriormente, el instrumento que se utiliza con mayor frecuencia para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en el ámbito de las residencias para personas mayores es, sin duda, el cuestionario de satisfacción, que recogen información directamente del usuario apoyándose para ello en escalas de medida instituidas específicamente para este tipo de organización.

Las encuestas de satisfacción de usuarios consisten en la formulación de una serie de preguntas sobre diversos elementos del servicio con objeto de medir su grado de satisfacción con él y, con posterioridad, poder proceder a realizar las mejoras en aquellos aspectos que han sido peor valorados y que, por tanto, pueden considerarse debilidades de dicho servicio (Guillén y Pérez Madera, 2002, p. 228). La mejoras realizadas se englobarán en el plan estratégico de cada centro para, de esta forma, incrementar la calidad de los servicios prestados y, por consiguiente, la satisfacción de los usuarios (Leturia y Leturia, 2007, p. 230).

Las primeras referencias que destacan la relevancia de la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria son de finales de los años 50 (Koos, 1954), aunque será Donabedian quien, en 1966, más insistirá en la necesidad y utilidad de realizar este tipo de mediciones, abogando por su sistematización. En los siguientes años se produjo un notable desarrollo en el número de instrumentos, escalas y estudios centrados en la satisfacción del paciente (Hall y Dornan, 1988a; 1988b).

No cabe duda de que las encuestas de satisfacción de usuarios se han hecho populares y, hoy día, es raro encontrar algún centro sociosanitario que no lleve a cabo con una cierta periodicidad este tipo de consultas. La mayoría de estas encuestas incluyen escalas tipo Likert, habitualmente con entre 5 y 7 posibilidades de respuesta, que oscilan en un continuo de “muy favorable a muy desfavorable”. En estas encuestas se suele evaluar el nivel de satisfacción en relación a: la información recibida, al trato y amabilidad, la calidad de las atenciones, la competencia técnica,

las instalaciones, la accesibilidad y, además, una medida global de satisfacción con el conjunto de las atenciones (Hall y Dornan, 1988a; 1988b).

No se debería olvidar que con estos cuestionarios se pretende conocer la opinión de los residentes y de sus familias sobre aspectos que pueden afectar a la satisfacción de los mismos. De esta forma, constituyen el principal indicador existente para la valoración de la satisfacción, tanto del usuario como de su familia. Completando las cuestiones a incorporar en el cuestionario que proponen Leturia y Leturia (2007, pp. 230-231) y Hall y Dornan (1988a; 1988b), consideramos que los ítems incluidos deben tratar, entre otros, los siguientes aspectos:

- Valoración global del centro al ingreso.
- Cambios en la valoración global transcurrido un tiempo.
- Accesibilidad y ubicación.
- Servicios hosteleros: habitación, cocina, lavandería, etcétera.
- Satisfacción sobre horarios: visitas, salidas, frecuencias, etcétera.
- Apoyo social en el centro.
- Trato, amabilidad, actitud y profesionalidad del personal cuidador.
- Comprensión de las necesidades del residente.
- Atención médica y psicológica: rapidez, efectividad y empatía.
- Entorno físico: instalaciones, seguridad, limpieza, comodidad y espacios.
- Organización y funcionamiento de la residencia.
- Relaciones entre residentes.
- Atención a las necesidades de información.
- Actividades fuera y dentro del centro.

La valoración global del centro por parte de una persona que reside permanentemente en una residencia dependerá de la medida en que vea satisfechas sus necesidades, deseos y aspiraciones. En este punto no debería pasarse por alto que las residencias no son deseadas por la inmensa mayoría de la población mayor. Se ven como un recurso *in extremis*. Por ello, la valoración al ingreso es razonable que sea más baja que la que se obtenga transcurrido un tiempo. No se ha profundizado mucho en las causas de este desapego, pero se intuye que se debe a la rotura de vínculos, de espacios y de hábitos que generan el traslado a las residencias. Todos los estudios sociológicos disponibles indican que los sentimientos de estar arraigado en la familia, y en menor medida, en el entorno de procedencia, son determinantes de la felicidad de las personas mayores (Imsero, 2000a, p. 235).

Por último, resulta conveniente incluir en el cuestionario un apartado abierto para posibilitar que la persona encuestada pueda aportar cualquier sugerencia para la mejora del centro.

Las encuestas de satisfacción de residentes exigen una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez, especialmente cuando el propósito es extrapolar los resultados obtenidos al conjunto de la población (Bretones y Sánchez, 1989). De ahí la creciente necesidad de realizar encuestas de satisfacción validadas en los centros residenciales, asegurando que el cuestionario elaborado y los ítems elegidos sean adecuados para medir lo que se pretende medir y que los componentes o dimensiones del cuestionario estén claramente definidos de forma que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente. Validar un cuestionario consiste en comprobar, ratificar o verificar que cumple estas propiedades de validez y fiabilidad, mediante la realización de aplicaciones repetidas y mediciones contrastadas (Granado *et al.*, 2007, p. 368).

El abanico de metodologías, cuestionarios y dimensiones exploradas es diferente en las distintas Comunidades Autónomas y en los diferentes centros residenciales, así como su fiabilidad y sensibilidad, lo que dificulta en gran medida la

utilización del *benchmarking*<sup>289</sup> entre organizaciones, para comparar resultados e identificar mejores prácticas (Moracho, 2005). En cualquier caso, se abren diversas vías de investigación necesarias para profundizar en esta área desde el punto de vista de la validez, la ampliación de la captación de la percepción a otros servicios y dimensiones, el desarrollo de encuestas específicas según perfiles de usuarios y la ampliación de la captación de la percepción a parientes, acompañantes y cuidadores. Consideramos importante, así mismo, evitar el peligro de la autocomplacencia de los responsables e instituciones con los resultados positivos, ya que los resultados no deben entenderse como un fin en sí mismos, sino constituirse en una guía para la mejora.

La creciente preocupación por contar con los usuarios, no solo ha hecho que este tipo de medidas sea cada vez más frecuente, sino que además está propiciando un cambio en la actitud de los profesionales hacia estas evaluaciones. No obstante, es cierto que la información aún no se aprovecha a plena potencialidad y éste es, probablemente, uno de los mayores retos. Difundir y analizar los resultados obtenidos, especificar objetivos de calidad a partir de los resultados de las encuestas, realizar un seguimiento del nivel de cumplimiento de estos objetivos o mejoras asistenciales y relacionarlos con sistemas de incentivos puede suponer un paso decisivo para propiciar una mayor calidad asistencial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 68).

En relación a la investigación de tipo cualitativo, ésta ha sido utilizada normalmente para recoger información de los usuarios respecto a los elementos en los que más se fijan y más valoran en la prestación del servicio (Bowers *et al.*, 1994; Jun *et al.*, 1998). Recordemos que entre los factores que se asocian con la satisfacción del usuario y que, por tanto, determinan la calidad asistencial, se encuentran: la accesibilidad, la rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención, la competencia percibida de los profesionales, la amabilidad y cortesía en

---

<sup>289</sup> Podemos definir el *benchmarking* como “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” (Casadesús *et al.*, 2005, p. 211). Obviamente, no se trata únicamente de copiar una buena práctica sino que ésta debe adaptarse a las circunstancias y características propias.

el trato, la información que se le facilita, el grado de confort y apariencia física de las instalaciones, la disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales<sup>290</sup>.

Por tanto, este tipo de investigación se realizaría previamente a la elaboración de un cuestionario de satisfacción con el objetivo de determinar los atributos de calidad del servicio. Una forma habitual de proceder consiste en la creación de un grupo de trabajo con todos los agentes implicados en el proceso (Rosado, 2003, p. 261). De esta forma, además de incluir a los residentes y familiares, también se puede recoger información de los responsables de los diferentes servicios.

A pesar de lo comentado hasta el momento en relación a la medida de la satisfacción de los residentes, se puede señalar que, aunque en la actualidad la satisfacción del usuario es una medida que no extraña a nadie, los resultados de estas evaluaciones en muchas ocasiones no sirven para mejorar la atención asistencial. Los motivos pueden ser los siguientes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 65):

- Porque se piense que estas escalas ofrecen una información subjetiva y a veces poco aprovechable.
- Porque se les reste valor y se confíe más en la intuición que en los datos a la hora de decidir qué hacer.
- Porque les achaque problemas metodológicos que hagan que se las considere poco útiles.
- Por la resistencia al cambio de los procedimientos de trabajo existente en cualquier organización.

Resulta de interés comentar una investigación realizada con objeto de dotar a una residencia de un conjunto de características que sean valoradas satisfactoriamente por los futuros residentes. La investigación, realizada por el

---

<sup>290</sup> Similares factores son citados por Mira *et al.* (1999a) en un análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi.

profesor Grande (2001) midió el grado de importancia de un conjunto de atributos para una muestra de 1.239 personas mayores de 65 años en Navarra.

Las propias personas mayores decidieron qué atributos o características consideraban más importantes en una residencia para personas mayores válidas. Estas fueron, a su juicio, las siguientes (Grande, 2001, p. 337):

- Un horario de entrada y salida libre.
- Poder optar por una habitación individual o doble.
- Poder recibir a familiares en la habitación.
- Poder llevar a la residencia algunos enseres.
- Poder elegir el menú de las comidas.
- Poder desarrollar actividades (excursiones, pintura, ejercicio físico, etcétera).
- Poder abandonar la residencia temporalmente (para estar con un hijo o realizar un viaje, por ejemplo).
- Proximidad a donde viven los hijos.
- Proximidad a la casa que han habitado hasta ingresar en la residencia.

A continuación, y una vez identificados los atributos relevantes para residencia, se pidió a la muestra que valorase su grado de importancia, en el caso de tener que ingresar en una residencia. Los resultados pusieron de relieve la existencia de diferentes perfiles de personas mayores que valoran los atributos del servicio de forma distinta (Grande, 2001, p. 338).

Desde mediados de los años 80, el modelo SERVQUAL<sup>291</sup> es frecuentemente utilizado para medir la satisfacción de los usuarios de servicios. El instrumento final SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988), se condensó en una escala de 22 ítems y las siguientes cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta,

---

<sup>291</sup> Este modelo, comentado en el capítulo tercero, plantea que los consumidores evalúan la calidad como divergencia entre las percepciones y las expectativas sobre el desempeño del servicio.

seguridad y empatía<sup>292</sup>. Disponer de una valoración cuantitativa de la calidad de servicio tanto a nivel global como desagregado, en diferentes dimensiones e ítems, supone tener una información muy importante para poder emprender acciones de mejora en la prestación del servicio (Casadesús *et al.*, 2005, p. 44).

A pesar de las críticas realizadas por algunos investigadores al modelo SERVQUAL, estudiadas en el apartado 3.5 del capítulo tercero, es un modelo que ha tenido una amplia difusión a nivel internacional (Gadotti y França, 2009, p. 177). Asimismo, el modelo ha sido adaptado para su utilización en diferentes campos. Por lo que se refiere a nuestro ámbito de estudio, Curry y Stark (2000, p. 213) destacan la aplicabilidad de este instrumento, superior al modelo SERVPERF basado solamente en percepciones, en el caso de las residencias para personas mayores. También es reseñable la aplicación del modelo SERVQUAL que realiza Grande (2002, pp.186-205) en relación a los centros residenciales para personas mayores.

Este último autor, aplica el modelo SERVQUAL a la medición de la satisfacción de los usuarios de residencias para personas mayores. De esta forma, los mayores índices de satisfacción se observaron en la limpieza general, la amplitud de las zonas comunes, la limpieza de las habitaciones, la amabilidad en la atención, etcétera. Los menores índices de satisfacción se observaron en la comprensión de las necesidades, la preocupación del cuidador con las personas que atiende, el acceso a la residencia, la comida y la ubicación de la residencia (Grande, 2002, p. 190). Por tanto, sería en estas dimensiones donde se debería actuar fundamentalmente para aumentar la satisfacción de los residentes.

Otras investigaciones, cuando han diferenciado entre usuarios satisfechos e insatisfechos con la atención recibida, han comprobado que la satisfacción se relacionó fundamentalmente con los factores siguientes: la capacidad para comprender las necesidades del usuario, la amabilidad en el trato, el interés que cree que ponen los profesionales en él y el cumplimiento de lo comunicado al usuario (Mira *et al.*, 2006).

---

<sup>292</sup> Pueden verse en la tabla 2 del capítulo tercero los 22 ítems utilizados en el modelo SERVQUAL para la medición de las cinco dimensiones de la calidad de servicio.

Cabe también referirse al estudio INFOGER, mencionado con anterioridad, que en relación a las características más importantes a la hora de elegir una residencia, una inmensa mayoría de las personas mayores encuestadas, el 83%, citaba la amabilidad del personal, con bastante diferencia respecto a otros aspectos (Díez Aramburu, 2003, p. 36).

En definitiva, basándonos en nuestra intuición y experiencia, así como en los estudios consultados, consideramos necesario remarcar la importancia que tiene para el usuario la calidad humana de los trabajadores del centro, especialmente en el caso de que aquellos que tienen un mayor contacto con los residentes. Esta calidad humana, a la que también nos hemos referido como “calidad de trato”, es crucial también para los familiares debido a los posibles problemas emocionales que puedan tener por el hecho de no poder ofrecer diariamente atención y cariño a una persona querida y tener que ingresarle, en ocasiones sin ser su deseo, en una residencia.

En este sentido, el trabajo “*The quality of health received by older adults*” de la Rand Corporation (2004), concluyó que las personas mayores reciben aproximadamente la mitad de los cuidados geriátricos recomendados. Para Rodríguez Rovira (2004) si estos cuidados, que son objetivos y mensurables, no son los suficientes, “es preferible no pensar en el trato personal y humano” (Rodríguez Rovira, 2004, p. 4).

Todo centro residencial puede acudir a indicadores que, de una forma más o menos directa, permitan determinar el grado de satisfacción de los residentes y sus familiares con la organización. No nos referimos únicamente al resultado obtenido de las encuestas de satisfacción sino, además, a una serie de indicadores cuantitativos y cualitativos del tipo de los que se recogen en la tabla 6.2.

Igualmente, la residencia debe establecer por escrito una metodología que detalle los métodos a utilizar para determinar el nivel de calidad percibida por los clientes, los destinatarios de la medición, los responsables de recoger y sistematizar la información, la periodicidad, el análisis de los datos y las propuestas de mejora.

**Tabla 6.2: Indicadores del nivel de satisfacción del usuario con la residencia**

<p><b>Resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a residentes y familiares</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Valoración global de la residencia al ingreso</li><li>- Cambios en la valoración global transcurrido un tiempo</li><li>- Accesibilidad y ubicación</li><li>- Satisfacción sobre horarios</li><li>- Satisfacción en las relaciones entre residentes</li><li>- Comprensión de las necesidades del residente</li><li>- Organización general de los servicios</li><li>- Servicios hosteleros</li><li>- Infraestructuras y espacios</li><li>- Servicios sanitarios y tratamiento el dolor</li><li>- Atención de las necesidades básicas</li><li>- Trato, amabilidad y actitud del personal</li><li>- Información recibida</li><li>- Valoración de las competencias profesionales</li><li>- Satisfacción respecto a las actividades realizadas</li><li>- Apoyo sociofamiliar</li><li>- Servicio de transporte (en caso de tener centro de día)</li></ul> <p><b>Indicadores cuantitativos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Porcentaje de ocupación del centro</li><li>- Nº de visitas de familiares</li><li>- Nº de ingresos hospitalarios</li><li>- Nº de visitas al médico de atención primaria</li><li>- Resultados de las pruebas médicas objetivas</li><li>- Tiempo que tiene que esperar el usuario desde la solicitud hasta el ingreso</li><li>- Ratio usuarios/personal</li><li>- Ratio m<sup>2</sup>/usuario</li><li>- Ratio baños/usuarios</li><li>- Nº de quejas y reclamaciones</li></ul> <p><b>Indicadores cualitativos. Existencia de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Documento de bienvenida</li><li>- Normativa, reglamento</li><li>- Derechos y deberes</li><li>- Carta de servicios</li><li>- Procedimiento de incapacitación</li><li>- Comisión de ética asistencial</li><li>- Protocolos en todas las áreas de intervención</li><li>- Manuales de buena práctica</li></ul>
---

Fuente: Adaptado de Leturia *et al.* (2007, p. 139).

Aunque en muchas organizaciones la información suministrada por las encuestas de satisfacción no traigan consigo medidas que tengan repercusiones prácticas en la mejora de la calidad asistencial o en la forma en la que se organizan y prestan los servicios a los residentes, consideramos fundamental que evaluado el grado de satisfacción de los residentes y familiares con la residencia, se realice un informe y que éste sea considerado para emprender acciones que permitan avanzar en una mejor calidad asistencial. Éste, y no otro, debería ser, en nuestra opinión, el motivo de la organización para querer determinar el nivel de satisfacción de sus clientes.

## **CAPÍTULO 7º- CALIDAD ASISTENCIAL Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES DE LA CAPV**

En el séptimo capítulo de esta Tesis Doctoral vamos a estudiar en profundidad la implantación de modelos de gestión de la calidad, tanto genéricos como específicos, en el sector residencial para personas mayores de la CAPV. Asimismo, nos referiremos a las inspecciones que son realizadas desde la Administración para garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales dada la importancia que éstos tienen para la sociedad.

Finalizaremos el marco teórico del trabajo, manifestando la necesidad de que las residencias para personas mayores hagan uso de una serie de acciones-herramientas como, por ejemplo, las cartas de servicios, los reglamentos de régimen interno, los listados de derechos y deberes de los usuarios y familiares, los manuales de buenas prácticas y la formación del personal. Entendemos que la utilización de estas herramientas, que serán analizadas con detalle en el capítulo, al igual que la implantación de modelos de gestión de la calidad en el sector, no garantiza la satisfacción de los usuarios de un centro residencial pero, como se sostendrá, favorecerán su consecución.

En cualquier caso, implantado o no un modelo de gestión de la calidad, el centro residencial debe hacer todo lo necesario para medir la satisfacción de los residentes y de sus familiares. Para ello, resulta conveniente incorporar a la práctica habitual de los centros residenciales los cuestionarios de satisfacción e, igualmente, establecer un adecuado sistema de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias. Además de centrar esta última parte del estudio teórico en el diseño de un cuestionario de satisfacción dirigido a los residentes, perfilaremos un procedimiento y algunas recomendaciones en cuanto a la sistemática de obtención de información sobre la satisfacción de usuarios y familiares, siempre con el objetivo de mejorar la calidad asistencial ofrecida por la organización.

### **7.1. La gestión de la calidad y su evaluación en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV**

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha supuesto el establecimiento de un marco general común en todas las Comunidades Autónomas, que requiere fijar criterios comunes en cuanto a la calidad y la acreditación de las entidades prestadoras de estos servicios, de forma que la atención a las personas mayores en situación de dependencia se ofrezca en condiciones de igualdad, accesibilidad y sostenibilidad, y con prestaciones integrales e integradas. Son repetidas las ocasiones en que la Ley de dependencia menciona la necesidad de establecer criterios y estándares de calidad, así como criterios de acreditación.

La Ley de dependencia, al igual que el Decreto que regula el funcionamiento de los centros residenciales de la CAPV, exige o recomienda, según el caso, la implantación de determinadas pautas de funcionamiento que, sin garantizar la calidad de la atención, resultan indispensables para aproximarse a ella. Nos estamos refiriendo, entre otras, a cuestiones como el establecimiento de un reglamento de régimen interior, la implantación de un procedimiento de reclamaciones y quejas de los residentes, la existencia de un buzón de sugerencias, la presentación de tarifas y precios por escrito, la realización de contratos con los usuarios y la existencia de manuales de buenas prácticas.

Se trata de medidas que no tienen una incidencia económica importante, pero que pueden modificar sustancialmente las formas tradicionales de dirección y gestión de los centros, bastante arraigadas y, en ocasiones, difíciles de modificar. En relación a estas pautas de funcionamiento, el estudio realizado en 2004 por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS para el Ararteko, citado con anterioridad, puso de manifiesto que prácticamente nueve de cada diez centros disponían de un reglamento interno de funcionamiento, de hojas o libros de reclamaciones y de buzones para recoger las sugerencias tanto de los residentes como de familiares u otros allegados. Sin embargo, solo las tres cuartas partes de los centros tenían establecido de manera

formal un procedimiento para tratar las quejas y reclamaciones de los usuarios. Por otra parte, los manuales de buenas prácticas únicamente estaban implantados en el 51% de las residencias (Ararteko, 2005, p. 382).

Considerando el tipo y el tamaño de los centros, las viviendas comunitarias resultan ser el recurso en el que, con mayor frecuencia, se constata el incumplimiento de la norma relativa a la obligación de contar con reglamentos internos, sistemas de quejas y sugerencias y consignación de las tarifas. En los centros residenciales se aprecia, conforme aumenta su tamaño, un mayor grado de cumplimientos de los requisitos en la implantación de sistemas de quejas, en la presentación de tarifas por escrito y en la realización de contratos con los usuarios. Resulta llamativo que la utilización de manuales de buena práctica sea particularmente baja en los centros de mayor tamaño (Ararteko, 2005, p. 228).

Por otro lado, siete de cada diez centros disponen de un plan de prevención de riesgos laborales y registran por escrito las incidencias más relevantes que pueden afectar a la vida de los usuarios. Tres de cada diez centros encarga la realización de evaluaciones externas para mejorar el funcionamiento del centro y uno de cada cinco centros aplica sistemas de garantía y mejora de la calidad (Ararteko, 2005, p. 383).

Los resultados muestran, por tanto, que la cultura de la evaluación y de los sistemas de calidad no se encuentra generalizada en los centros residenciales para personas mayores. La evaluación está claramente más desarrollada en Álava y Gipuzkoa, en los centros públicos y en las residencias de tamaño intermedio, mientras que en la implantación de sistemas de garantía de calidad, destacan, particularmente, los centros guipuzcoanos, los privados concertados, las residencias de mediana dimensión y las que tienen un porcentaje más alto de personas con discapacidad (Ararteko, 2005, p. 230). Debe tenerse presente que la mayor concentración en Gipuzkoa de centros concertados que aplican sistemas de mejora de la calidad de la atención puede venir determinada, en buena medida, por la existencia en ese territorio de una línea foral de ayudas económicas para su implantación.

Por otra parte, la práctica de registrar por escrito determinadas incidencias, relevantes en la vida de los usuarios, a efectos de control, seguimiento, estudio y

mejora de los procedimientos está bastante desarrollada en los centros residenciales, aunque sería deseable que la consignación de las incidencias se extendiese a la totalidad de los centros (Ararteko, 2005, p. 230).

La falta de tradición a la hora de gestionar las organizaciones residenciales de atención a personas mayores, así como el desconocimiento por parte de las direcciones de estos centros sobre los modelos de gestión de la calidad, ha resultado ser un obstáculo a la hora de tratar de obtener una información de interés relativa a la situación actual y a la evolución de la implantación de los modelos de calidad en el sector. Ahora bien, en los centros residenciales se ha comprobado que se está produciendo un efecto, que otros investigadores también han constatado en otros ámbitos de actuación, donde se han introducido también recientemente metodologías y herramientas de la gestión de la calidad, como, por ejemplo, en organizaciones del sector hospitalario (Øvretveit, 2003) o del sector educativo (Morais, 2010). Nos referimos al hecho de que las direcciones de las organizaciones que operan en dichos ámbitos prácticamente han descubierto la gestión de las organizaciones con la llegada de las citadas metodologías y herramientas de gestión de la calidad.

La principal ventaja de estas fórmulas no son los resultados que se obtienen de manera más o menos inmediata, sino la implantación y el progresivo afianzamiento de la cultura de la calidad en los centros residenciales, basada en el reconocimiento de los derechos de los residentes y en la consiguiente adaptación del conjunto de las características materiales y de las pautas organizativas.

En la CAPV, el modelo de gestión de la calidad por el que se ha apostado en el sector es el basado en la norma ISO 9001. En concreto, en 2010, encontramos 46 centros residenciales de la CAPV que han conseguido la certificación ISO 9001. En relación a otros modelos, podemos señalar que seis centros han optado por el modelo de garantía de calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*. Por otra parte, en 2010, tan solo una residencia figura en la base de datos de AENOR con la norma UNE 158101 implantada en toda la CAPV (ver tabla 7.1).

Respecto a la adopción del modelo EFQM, podemos señalar que, en el momento de escribir estas líneas, no existe ningún centro residencial de la CAPV que

haya obtenido la Q de plata o la Q de oro, y únicamente dos residencias han conseguido el diploma de compromiso de Euskalit. Sin embargo, una veintena de residencias están colaborando con Euskalit en un programa de formación para residencias que consiste en implantar herramientas de gestión basadas en el modelo EFQM<sup>293</sup>.

**Tabla 7.1: Número de centros residenciales de la CAPV con modelos de calidad implantados, por Territorio Histórico, en 2010**

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	Total
ISO 9001 <sup>294</sup>	1	14	31	46
Modelo SiiS–Kalitatea Zainduz <sup>295</sup>	5	-	1	6
UNE 158001/UNE 158101 <sup>296</sup>	-	-	1	1
Modelo EFQM	-	1	1	2

Fuente: Elaboración propia a partir de la información suministrada y/o publicada por AENOR, DNV y el SiiS.

En definitiva, en nuestro entorno, la gestión de la calidad se ha asentado en un modelo genérico de gestión, el basado en la norma ISO 9001, que, con mayor o menor acierto, se ha adaptado al servicio específico que se presta en las residencias de mayores (Heras *et al.*, 2006c, p. 35), a pesar de la existencia de modelos

<sup>293</sup> Esta información fue suministrada por Euskalit en marzo de 2010.

<sup>294</sup> El número de centros certificados según la norma ISO 9001 corresponde al mes de marzo de 2010. Para su obtención se solicitó a AENOR el listado de empresas dentro del Código Nacional de Actividades Económicas 38.85 “Actividades sanitarias y veterinarias; asistencia social”, certificadas en todo el territorio nacional. De este listado se obtuvo la información deseada, es decir, la relativa a la CAPV y a los centros residenciales para personas mayores. Así mismo, se añadieron las certificaciones obtenidas a través de la empresa certificadora DNV (Det Norske Veritas). El primer centro residencial en lograr la certificación ISO 9001 lo logró en el año 1998. La mayoría de las certificaciones se han obtenido a partir del año 2003.

<sup>295</sup> Información facilitada por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS, en julio de 2010.

<sup>296</sup> Información obtenida de la base de datos facilitada por AENOR relativa a centros residenciales certificados con las normas UNE 158001 y UNE 158101 en marzo de 2010.

específicos que, en buena lógica, se adaptarían mejor a la realidad de un centro residencial para personas mayores.

Además, la tendencia no ha variado en los últimos años, pues de los 26 centros certificados<sup>297</sup> conforme a la norma ISO 9001 estimados en 2006, pasamos a 46 centros en 2010. Es decir el número de centros certificados ha aumentado un 77%, una tendencia que no se observa en el caso de los modelos específicos.

Por otro lado, tal y como se observa en la tabla, existe una gran diferencia entre los diferentes Territorios Históricos. Destaca el número de residencias que han obtenido la certificación ISO 9001 en Gipuzkoa (el 67,4% de los centros certificados está en Gipuzkoa). En Álava, tan solo un centro residencial tiene la certificación ISO 9001. Consideramos que esa diferencia entre Territorios puede ser debida a los siguientes factores:

- El Plan de Calidad para centros residenciales<sup>298</sup> promovido, a partir de 2000, por la Diputación Foral de Gipuzkoa, que incentivaba la implantación de las normas ISO 9001 e ISO 14001<sup>299</sup>.

- La implantación del programa de garantía de calidad del SiiS en centros públicos de Álava.

- La mayor atomización del sector en las provincias de Álava y Bizkaia.

Puede observarse en el gráfico 7.1, que la mayoría de los centros certificados con la norma ISO 9001, el 55%, tienen una dimensión mediana, es decir, una capacidad entre 30 y 100 residentes, y el 37,5% de los centros certificados tienen

---

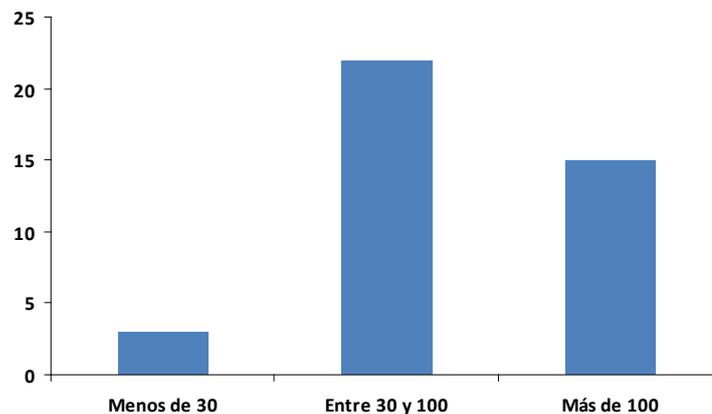
<sup>297</sup> En concreto, 20 centros certificados en el Territorio Histórico de Gipuzkoa y 6 en el Territorio Histórico de Bizkaia (Heras *et al.*, 2006c, p. 38).

<sup>298</sup> El Plan de Calidad para centros residenciales impulsado por la Diputación Foral de Gipuzkoa a partir de 2000, puede englobarse dentro de las actuaciones que originaron el Plan de Calidad 2004-2007 y que tenía como misión introducir paulatinamente la cultura de la calidad en la prestación de servicios públicos. A su vez, este Plan de Calidad puede considerarse precursor del actual Plan Foral de Modernización y Mejora de la Gestión Pública, 2008-2011, que tiene como objetivo aumentar la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios a la ciudadanía guipuzcoana.

<sup>299</sup> La familia de normas ISO 14000 se refieren a la gestión medioambiental aplicada a la empresa y su objetivo consiste en la formalización y sistematización de aquellos procesos y tareas que repercuten directa o indirectamente en el medioambiente (Casadesús *et al.*, 2005, p. 233)

capacidad para más de 100 personas. En cualquier caso, todos los centros que tienen aplicada la norma ISO 9001, excepto tres, son centros de más de 30 plazas.

**Gráfico 7.1: Centros residenciales de la CAPV certificados con la norma ISO 9001, según su número de plazas**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de AENOR y DNV.

Efectivamente, se observa que la práctica totalidad de residencias de pequeño tamaño en la CAPV no ven necesario o no se plantean utilizar modelos de gestión de la calidad, posiblemente porque se relaciona la adopción de estos modelos con un mayor trabajo administrativo más que con la mejora de la calidad asistencial. Hay que tener en cuenta que, generalmente, se tratan de plantillas demasiado ajustadas, sometidas a un alto grado de estrés y con sobrecarga de trabajo.

Heras (2006c) señala que entre los profesionales de la consultoría existe cierto consenso al señalar que las normas ISO 9000 son adaptables al sector residencial y que su éxito dependerá de que su implantación provenga de los propios centros residenciales –es decir, no se establezca *por decreto*–, y de que se adecue al proceso fundamental del ámbito residencial que es la atención directa al usuario (Heras *et al.*, 2006c, p. 38). Ahora bien, tal y como lo hemos podido constatar en la realización de este trabajo de investigación, el consenso existente no es tan amplio entre otros grupos de interés del sector.

Sin embargo, resulta contradictorio, y esto nos parece relevante, evidenciar que las residencias no apuestan claramente por los modelos de calidad específicos

para su actividad<sup>300</sup>, ya que el número de residencias que aplican dichos modelos se reduce a siete. Tan solo una residencia en toda la CAPV figura en la base de datos de AENOR con la norma UNE 158101 implantada. Esta misma residencia, que como vemos es una excepción, tenía implantada, igualmente, la norma UNE 158000. A nivel estatal, los registros de AENOR señalan doce residencias que han adoptado estas normas<sup>301</sup>.

En el estudio empírico, entre otras cuestiones, trataremos de evaluar el grado de conocimiento de los responsables de centros residenciales respecto a los diferentes modelos de gestión de la calidad, sean genéricos o específicos. Igualmente, será interesante determinar la valoración que otorgan a la aplicación de estos modelos de gestión en el ámbito de las residencias para personas mayores. También nos interesará conocer si, en opinión de los responsables de las residencias, el esfuerzo en la calidad se está centrando demasiado en la mejora de la calidad de la gestión dejando de lado la mejora de la calidad asistencial.

Por otro lado, sería interesante conocer los motivos que llevan a las organizaciones del sector a adoptar modelos de gestión de la calidad. A nivel teórico, no existe un claro consenso entre los especialistas del ámbito a la hora de establecer cuáles son las razones que principalmente explican la implantación de las normas ISO 9001 y otras normas similares. Neumayer y Perkins (2005) subrayan que existen, a grandes rasgos, dos grupos de motivaciones que llevan a las organizaciones a implantar este tipo de normas y a certificarlas: por un lado, los motivos internos relacionados con la eficiencia, es decir, con la mejora del desempeño, la productividad y la rentabilidad; y, por otro lado, los motivos externos o institucionales, relacionados con la presión social que ejercen diversos actores para que se adopten estas prácticas de gestión de empresas.

---

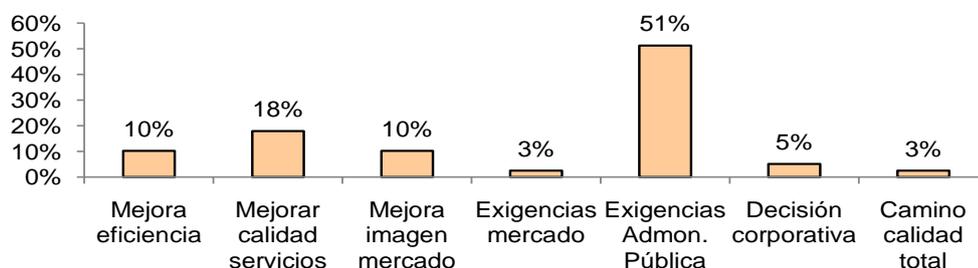
<sup>300</sup> En el estudio realizado por Iradi (2006), los modelos más puntuados son aquellos que se fundamentan en la asistencia a las personas mayores, por tanto, modelos específicos. Sin embargo, el autor señala a las empresas consultoras como las más reticentes a apostar por estos modelos (Iradi, 2006, p. 257).

<sup>301</sup> Consulta realizada a AENOR en marzo de 2010.

Los estudios empíricos llevados a cabo, tanto a nivel internacional, como a nivel nacional, que han analizado la motivación para la implantación de estos estándares, –entre otros, resultan destacables los realizados por Heras, 2001; Escanciano *et al.*, 2001; Casadesús *et al.*, 2001; Martínez y Martínez, 2004; y Llopis y Tarí, 2003–, no llegan a un consenso respecto a sus conclusiones. En efecto, algunos subrayan que son motivaciones de tipo externo (presión y exigencia de los clientes, presión de la competencia y cuestiones de imagen, entre otras), las que llevan a implantar estos estándares, mientras que otros estudios subrayan la influencia de los factores de tipo interno (para una revisión de la literatura sobre esta cuestión se puede consultar Heras, 2006a).

Esta cuestión, para el ámbito que nos ocupa, es analizada por Iradi (2006), quien, además, diferencia entre los motivos fundamentales para aplicar la norma ISO 9001 según el centro residencial la tenga o no implantada.

**Gráfico 7.2: Motivos de la adopción de la norma ISO 9001 para los centros residenciales que no la tienen implantada**



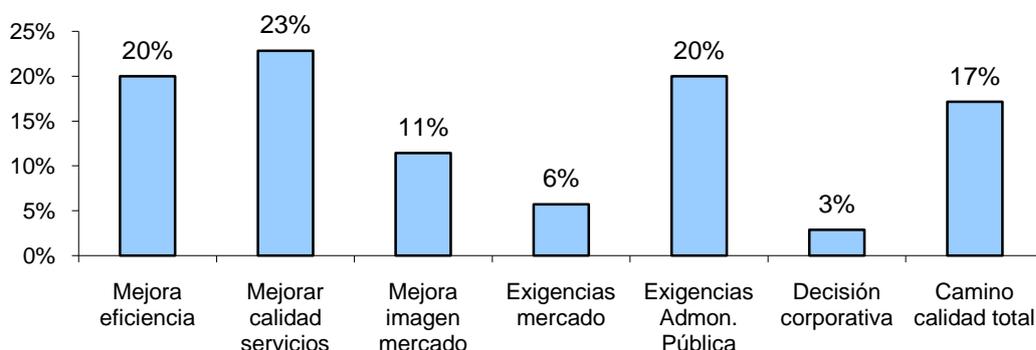
Fuente: Iradi (2006, p. 272).

De esta forma, como puede observarse en el gráfico 7.2, entre los centros que no tienen aplicada la norma ISO 9001 la opción más valorada, con gran diferencia, es la de “exigencias de la administración” (51%). El conjunto de factores externos (mejora de imagen, exigencias de mercado y exigencias de la administración pública), supone el 64% de la puntuación total. Por otra parte, el segundo motivo más valorado es el de la mejora de los servicios (18%), aunque hay que señalar que este dato es debido a la puntuación obtenida mayoritariamente por los centros que están

en proceso de certificación de la norma ISO 9001. Por tanto, este tipo de centros percibe que la aplicación de la norma se debe a motivos que tienen que ver más con factores de tipo externo, que con factores de tipo interno (Iradi, 2006, p. 271).

Por el contrario, para los centros residenciales que han adoptado la norma ISO 9001 los principales motivos para su aplicación son de tipo interno (véase gráfico 7.3). En concreto el motivo “mejorar la calidad de los servicios” (23%) es el principal, seguido del factor “mejorar la eficiencia del centro” (20%). El factor de tipo externo relacionado con las exigencias de la administración (20%) también tiene un peso importante, pero se ha de tener en cuenta que para las empresas certificadas los factores externos (mejora de imagen, exigencias de mercado y administraciones públicas) suponen solo un 37% frente al 64 % en el caso de los centros que no tienen aplicada la norma ISO 9001 (Iradi, 2006, p. 272).

**Gráfico 7.3: Motivos de la adopción de la norma ISO 9001 para los centros residenciales que la tienen implantada**



Fuente: Iradi (2006, p. 272).

La expansión del modelo ISO 9001 en el sector residencial guipuzcoano, como se ha mencionado anteriormente, está estrechamente relacionada con la implantación del Plan de Calidad impulsado en 2000 por la Diputación Foral de Gipuzkoa. El objetivo principal del Plan de Calidad es implantar un sistema de gestión de la calidad con el fin de optimizar la vida residencial y mejorar la calidad de vida de los residentes (Olaechea, 2003, p. 345).

Efectivamente, el 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, señalaba, como uno de los objetivos del Departamento de Servicios Sociales, el estudio y determinación de las necesidades a cubrir dentro de su territorio, siendo una de estas necesidades el mejorar la calidad de vida en los centros residenciales para personas mayores<sup>302</sup>.

En los estudios preliminares se observó la necesidad de homogeneizar el modo de actuación de los centros residenciales y mejorar su funcionamiento interno, teniendo en cuenta en todo momento cuál era el punto de partida de la realidad de cada centro. Por tanto, con el Plan de Calidad se trató de iniciar a los centros en el camino de la mejora partiendo de las oportunidades de mejora detectadas en su evaluación inicial.

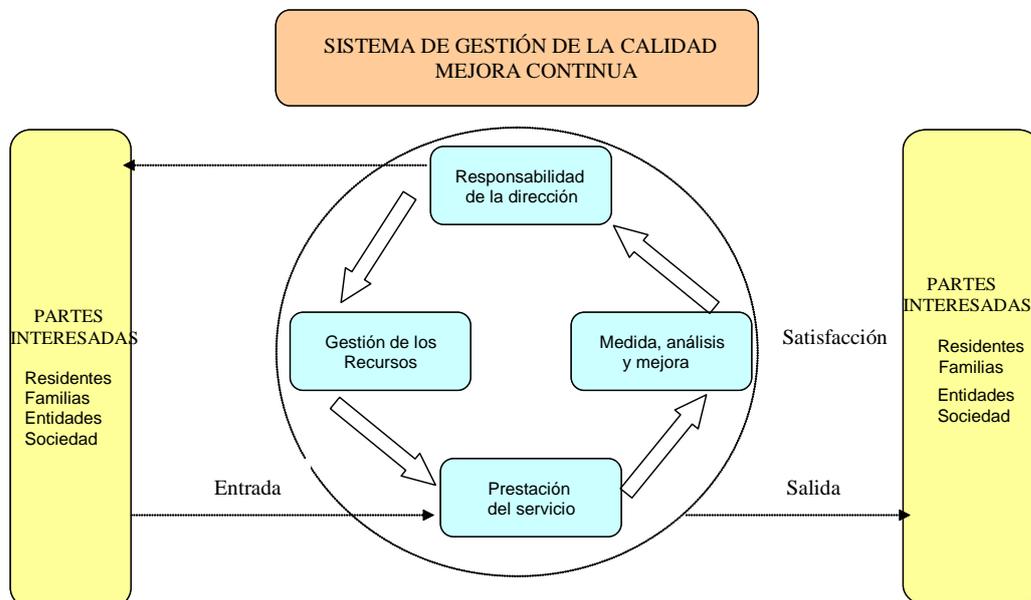
El Plan de Calidad para centros residenciales para personas mayores suponía, por un lado, para la Administración, realizar de un modo mucho más eficiente las inspecciones reglamentarias. Por otro lado, para los propios centros, se trataba de un instrumento que facilitaba el análisis de los procesos residenciales y permitía implicarse en la mejora continua del centro residencial.

La aplicación del Plan implicaba que los centros residenciales guipuzcoanos, apoyados por consultoras externas financiadas por la Diputación Foral, pudieran aplicar un plan de calidad basado en la norma ISO 9001 y en la familia de normas UNE 158000 sobre gestión de residencias para personas mayores. La figura 7.4 representa gráficamente el modelo sobre el que se sustenta el Plan de Calidad para centros residenciales de Gipuzkoa.

---

<sup>302</sup> El Decreto 41/1998, de 10 de marzo sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad establecía una serie de principios generales que debían regir la actuación de los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad como son los de normalización, autonomía, participación, integración, globalidad, profesionalización y atención personalizada. En este contexto, la Diputación Foral de Gipuzkoa, a través del Departamento de Servicios Sociales, en aras de promover los principios citados consideró la conveniencia de iniciar un proceso dirigido a la mejora de la calidad en la atención personal, el funcionamiento y gestión de los centros residenciales, así como la mejora de la calidad de vida en las mismas. Con estos objetivos, el Decreto Foral 82/2000 aprueba la concesión de ayudas económicas destinadas a la implantación de la calidad en los centros residenciales para personas mayores radicados en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

**Gráfico 7.4: Modelo del Plan de Calidad de Gipuzkoa dirigido a centros residenciales para personas mayores**



Fuente: Adaptado de Olaechea (2003, p. 346).

Hay que tener claro que este modelo no busca la certificación, sino la aplicación de un plan de calidad basado en la mejora continua. La certificación conforme a la norma ISO 9001 es una opción independiente de la aplicación del Plan de Calidad. En cualquier caso, hemos podido constatar dos hechos en relación a la implicación de los centros residenciales que han trabajado en la implantación de sistemas de gestión de la calidad en las residencias<sup>303</sup>:

- Los centros que se han certificado en la ISO 9001, una opción independiente de la aplicación del Plan de Calidad, no son centros de pequeñas dimensiones. Este hecho ha sido confirmado gracias a los datos facilitados por AENOR y que hemos comentado con anterioridad.

- Los centros que han tenido más problemas en la implantación del Plan de Calidad han sido, precisamente, los centros de pequeña dimensión, al parecer debido, fundamentalmente, a su escasez de recursos.

<sup>303</sup> Aportaciones recogidas en una entrevista con el responsable de las inspecciones a los centros residenciales para personas mayores de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

En una fase preliminar del proyecto se informó a los representantes de cada residencia de los objetivos, metodología, acciones a realizar y calendario del proyecto. Seguidamente, se proporciona una formación general para acercar a los directores o representantes de las residencias al mundo de la calidad. Para ello, se realiza una exposición relativa a la ISO 9001 y a las normas UNE 158000 (actualmente UNE 158101).

En la primera fase del proyecto se realizó un diagnóstico de las residencias. Según señala Olaechea (2003), en los quince centros en los que se aplicó inicialmente el Plan de Calidad, el diagnóstico inicial donde se reflejaban sus carencias y, por tanto, las oportunidades de mejora, hacía referencia a (Olaechea, 2003, p. 348):

- La necesidad de ampliación y mejora de las instalaciones (habitaciones y baños).
- La necesidad de mejora en el equipamiento del comedor, lavandería y servicios de cuidados personales.
- El déficit en el personal auxiliar-cuidador.
- La falta de protocolos en los servicios prestados en el centro residencial.

Para completar esta fase fue fundamental la realización de una evaluación de satisfacción de los residentes mediante cuestionarios de satisfacción, así como con entrevistas personales, en aquellos casos en los que los cuestionarios no fuesen viables. Los resultados obtenidos de esta evaluación, junto con el diagnóstico realizado inicialmente, permitieron la introducción de mejoras en el sistema de calidad de la residencia y en la vida diaria de los residentes.

De esta forma, los resultados obtenidos dieron lugar al establecimiento de la política de calidad y de los objetivos de la residencia. Seguidamente se comenzó con la implantación de procedimientos o protocolos, tanto los propios de la prestación de servicios (ingreso en el centro, asistencia en comidas, incontinencia urinaria, higiene y aseo, etcétera) como los del sistema de gestión de la calidad (responsabilidad de la

dirección, gestión de los recursos, protocolos del comité de calidad, auditorías internas, acciones correctivas y preventivas, etcétera).

Cuando el sistema de gestión de la calidad estuvo implantado, se procedieron a realizar, periódicamente, unas auditorías internas. En caso de detectar no conformidades, se establecía un periodo para la realización de acciones correctivas. Por último, efectuada una auditoría por un organismo externo se daba la posibilidad de optar a una certificación (Olaechea, 2003, p. 349).

Por el número tan elevado de centros residenciales certificados a través de la norma ISO 9001 en Gipuzkoa podemos hablar del éxito de esta iniciativa. Ahora bien, en nuestra opinión, las administraciones deberían dar un nuevo impulso que permitiera generalizar en el sector la adopción de modelos de calidad y, preferentemente, la implantación de modelos de gestión de la calidad específicos del sector que se han ido desarrollando en la última década.

Por otro lado, consideramos de interés hacer referencia a la inspección obligatoria de las organizaciones del sector que realiza la Administración Pública. Así, el Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, establece que la inspección consiste<sup>304</sup> en “el ejercicio de las funciones de vigilancia, control y comprobación del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de Servicios Sociales, con objeto de garantizar el derecho de la ciudadanía a la calidad de la atención en los Servicios Sociales”. Esta función se ejerce sobre las entidades, tanto públicas como privadas, y sobre los servicios y centros dependientes de ellas. El ejercicio de esta actividad comprende las siguientes funciones:

a) Velar por el cumplimiento de la normativa aplicable en materia de Servicios Sociales.

b) Garantizar el respeto de los derechos de las personas usuarias y verificar la existencia y el funcionamiento de cauces eficaces para el ejercicio de estos derechos.

---

<sup>304</sup> Artículo 38.1 del citado Decreto.

c) Verificar el cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales que se establezcan reglamentariamente para cada tipo de servicio o centro.

d) Supervisar el destino y la utilización de los fondos públicos concedidos o asignados a las entidades para el ejercicio de sus actividades.

e) Asesorar e informar, en el curso de las actuaciones de inspección, a las entidades, a los profesionales, y a las personas usuarias de sus derechos y deberes, y de los cauces efectivos para su ejercicio.

f) Elaborar informes que, como resultado de las visitas de inspección, definan los requisitos materiales y funcionales que no se ajusten a la normativa.

g) Colaborar con las unidades de planificación y/o programación en el estudio de las necesidades de Servicios Sociales en los ámbitos territoriales correspondientes.

h) Asesorar a la administración competente acerca del nivel de adecuación de los requisitos materiales y funcionales a las necesidades reales de las personas usuarias y a la mejora de la calidad de la atención.

i) Detectar buenas prácticas profesionales e informar a su respecto a la administración competente con vistas a su difusión, así como definir indicadores de alarma que reflejen prácticas negativas de atención y que permitan concentrar los esfuerzos de inspección y evaluación en los servicios y centros que los presenten.

Interesa destacar que las funciones atribuidas toman siempre como punto de referencia el respeto y la defensa de los derechos de las personas usuarias y la calidad de la atención, y adoptan así un enfoque cercano a la evaluación que se refleja con claridad en el artículo 38 del Decreto 40/1998, en el que, tras indicar que la función de inspección comprende el ejercicio de las funciones de vigilancia, control y comprobación del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de Servicios Sociales, señala que el ejercicio de la actividad inspectora se ajustará a los siguientes principios:

a) Respeto de los derechos de las personas usuarias y adopción de los mismos como criterio preferente en la interpretación de las normas aplicables.

b) Utilización de instrumentos cuantitativos y cualitativos, con objeto de comprobar la adecuación del servicio o del centro a los requisitos materiales y funcionales que se establezcan reglamentariamente.

c) Atención especial a los cauces de participación de las personas usuarias y de sus familias, y a su funcionamiento efectivo, y analizar las quejas manifestadas por estas.

d) Carácter evaluador y pedagógico de la inspección que involucre a los profesionales de los servicios y centros en el análisis de su funcionamiento y de las medidas idóneas para mejorar la calidad de la atención.

e) Aplicación de sistemas de evaluación cualitativa, como complemento de la inspección, cuyos resultados orienten sobre las directrices que se deben adoptar en la prestación de la atención.

En la actualidad, se observa cierta preocupación e interés por diseñar o adaptar instrumentos de inspección de carácter cualitativo, capaces, más allá de las verificaciones materiales y de ratios profesionales, de ayudar a los inspectores a determinar si las pautas asistenciales son las adecuadas para garantizar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias.

Éste es uno de los principales aspectos que estamos considerando en la realización del trabajo. La Administración, por su lado, consciente de la importancia que tiene este sector para la sociedad, realiza una serie de inspecciones que garanticen el buen funcionamiento de los centros residenciales. Nosotros nos preguntamos, con independencia de las funciones y los principios que rigen el sistema de inspección, ¿qué es lo que verdaderamente se evalúa en las inspecciones?

Para la totalidad de los centros visitados la respuesta es clara. Existe unanimidad a la hora de valorar la necesidad de realizar inspecciones, pero se constata el hecho de que se da mucha más importancia a los aspectos estructurales de los centros en cuanto al cumplimiento de la normativa (Decreto 1998/41), que a aspectos relacionados con la calidad asistencial, es decir, respecto al trato y los cuidados que se dispensa a las personas residentes.

De esta forma, si estudiamos la actuación de los servicios de inspección por Territorio Histórico podemos realizar las siguientes observaciones. En Álava, la Unidad de Registro e Inspección de Servicios Sociales, de la Dirección de Asuntos Sociales, realiza con carácter anual, y sin previo aviso, una inspección de oficio de los centros residenciales y de los centros de día. También realizan visitas de seguimiento, en los casos en los que la visita anual de inspección detecte incumplimientos de la normativa, con el fin de verificar si el centro va adoptando las medidas estipuladas para ajustarse a las condiciones de funcionamiento exigidas. Complementariamente y de forma sistemática visitan los centros cada vez que existe, en relación con ellos, alguna queja, reclamación o denuncia. Estas últimas, ya sean verbales, o formalizadas por escrito, suelen referirse a los bajos ratios de personal, a los cambios de medicación que se realizan en el momento del ingreso, o a la inexistencia de contratos (Ararteko, 2005, p. 54). Aunque los bajos ratios de personal sean motivo de queja hay que señalar que generalmente se ajustan a las exigencias normativas por lo que no existe ninguna posibilidad de intervención por parte de la inspección.

En Bizkaia, el Servicio de Inspección y Control de la Diputación Foral, del Departamento de Acción Social, extiende su función de inspección a todos los servicios y centros de titularidad privada y de titularidad pública foral. En este territorio histórico, dado el elevado número de centros para personas mayores, el servicio de inspección ha optado por limitar las verificaciones a algunos aspectos esenciales de su funcionamiento. Así, se supervisan cinco de los requisitos comunes a todos los servicios residenciales: capacidad, ratio de personal, existencia de contratos, tarifa de precios y exposición en lugar visible del documento que garantiza la autorización de funcionamiento. De forma complementaria, en el caso de las residencias, se supervisa el programa anual de actividades de animación sociocultural. Las vulneraciones de las disposiciones verificadas consisten, principalmente, en sobrepasar la capacidad máxima autorizada, en disponer de un ratio de personal inferior al exigido y en incumplir diversas obligaciones como las de establecer contratos con las personas usuarias, tener expuesta la tarifa de precios y el documento que garantiza la autorización de funcionamiento, disponer de un

programa anual de actividades en cuanto animación sociocultural, colaborar con la inspección y disponer de licencia municipal de actividades (Ararteko, 2005, p. 55). Por tanto, queda claro que aspectos relacionados con el trato y los cuidados que se dispensa a los residentes no son abordados por el sistema de inspección.

En Gipuzkoa, desde la puesta en funcionamiento del Servicio de Inversión, Inspección y Cooperación de los Servicios Sociales, del Departamento para la Política Social, se han llevado a cabo los procedimientos de autorización e inspección correspondientes, si bien se ha incidido en los aspectos más objetivables del Decreto, es decir, en los requisitos materiales y de personal. A partir del año 2003, el servicio empezó a verificar la adecuación de las prácticas asistenciales, iniciando para ello la elaboración de instrumentos de verificación expresamente destinados al efecto. El servicio ha optado por actuar, principalmente, desde una perspectiva más pedagógica que sancionadora (Ararteko, 2005, p. 56). Desde su creación, el Servicio de Inversiones, Cooperación e Inspección ha organizado y desarrollado diversas iniciativas como el diseño de los Planes de Calidad para las residencias de Gipuzkoa, comentado anteriormente. Asimismo, ha participado en la elaboración del Catálogo de servicios residenciales a través del cual se establecen los indicadores que sientan las bases para ofrecer una atención de calidad en los servicios residenciales de Gipuzkoa. El Servicio de Inspección realiza un seguimiento anual de la implantación del mencionado Catálogo en todos los centros del Territorio.

Sin embargo, la situación, en cuanto a la inspección de centros residenciales para personas mayores en la CAPV puede cambiar a raíz de la aprobación de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la CAPV, en la que surge la figura de la Alta Inspección y que evidencia la apuesta del Gobierno Vasco por la calidad asistencial en este sector. Esta Alta Inspección tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de una mínima calidad en toda la red asistencial del País Vasco. Su función consiste en analizar la red de Servicios Sociales y sacar a la luz sus posibles deficiencias. A la Alta Inspección le corresponden las siguientes funciones<sup>305</sup>:

---

<sup>305</sup> Artículo 83 de la Ley de Servicios Sociales 12/2008, de 5 de diciembre.

a) Velar por el cumplimiento de las condiciones básicas que garanticen el derecho a los Servicios Sociales.

b) Comprobar la adecuación de los niveles de servicio y prestación ofrecidos por el Sistema Vasco de Servicios Sociales, atendiendo a las condiciones establecidas en la cartera de prestaciones y servicios.

c) Comprobar, el cumplimiento en relación a la planificación y programación de los Servicios Sociales, la autorización e inspección y las funciones de valoración y diagnóstico.

d) Verificar la adecuación de los conciertos y contratos de gestión de Servicios Sociales.

La realidad es que, en el momento de escribir estas líneas, en abril de 2010, la Alta Inspección no ha comenzado a funcionar<sup>306</sup> y, sin embargo, ha provocado una cierta polémica. Efectivamente, se generó un conflicto entre las Diputaciones Forales y el Gobierno Vasco por las inspecciones de los centros residenciales para personas mayores. Las instituciones forales, e igualmente los ayuntamientos, criticaron la constitución de este organismo supervisor por entender que invadía sus competencias en la gestión de residencias, centros de día y ayuda a domicilio.

En esta línea, en febrero de 2010, el Departamento de Política Social de la Diputación de Gipuzkoa solicitó<sup>307</sup> a la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco que la Alta Inspección se desarrollase como un instrumento para verificar la correcta ejecución de las leyes, y demás normas relativas a los Servicios Sociales, pero sin invadir competencias forales ni buscando el control de éstas. En dicha nota de prensa se añadía que “las tres Diputaciones vascas jamás se han opuesto al desarrollo de la figura de Alta Inspección, solo pedimos respeto para los servicios de inspección que ya funcionan en cada territorio y, por cierto, muy bien a

---

<sup>306</sup> En la última comunicación mantenida con la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, en abril de 2010, nos informaron del retraso en este servicio de inspección y de su probable puesta en funcionamiento hacia octubre de 2010.

<sup>307</sup> Puede consultarse la nota de prensa, del 8 de febrero de 2010, en la página web de la Diputación Foral de Gipuzkoa, concretamente en <[http://www.gizartepolitika.net/08\\_noticiadetalle.php?id=142](http://www.gizartepolitika.net/08_noticiadetalle.php?id=142)>.

tenor de las certificaciones de calidad que vienen recibiendo y renovando” (Departamento de Política Social, 2010).

En opinión de los responsables de la Diputación Foral de Gipuzkoa se trataba de evitar duplicidades y, por otro lado, de que cada institución pudiera mantener su ámbito competencial. A su juicio, el Decreto recogía funciones de la inspección técnica u ordinaria de los Servicios Sociales que eran competencia de las Diputaciones Forales. Por otro lado, se recordaba que la labor del servicio de inspección foral de Gipuzkoa, realizada desde 1998, había sido reconocida con diferentes certificaciones de calidad<sup>308</sup>. Según la citada nota de prensa del Departamento Foral de Política Social, “eso demuestra que el trabajo está bien hecho y que no se baja la guardia en ningún momento; no se puede intentar dar la impresión de que no existe inspección y que todo está sin controlar, pretendiendo así dar una imagen institucional de preocupación”<sup>309</sup> (Departamento de Política Social, 2010).

Finalmente, el Gobierno Vasco y las Diputaciones llegaron a un acuerdo que deslindaba las funciones de cada institución<sup>310</sup>. El Ejecutivo autónomo, de esta forma, controlará el cumplimiento de la ley en los equipamientos sociales. Ahora bien, la inspección sobre el terreno seguirá corriendo a cargo de las Diputaciones<sup>311</sup>. Por otro lado, este nuevo organismo no tendrá capacidad sancionadora. Su labor

---

<sup>308</sup> En efecto, el Servicio de Inspección del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa ha renovado recientemente la certificación de calidad ISO 9001, relacionada con las actividades de autorización, homologación e inspección de entidades, servicios y centros de Servicios Sociales, dirigidos a personas mayores, personas discapacitadas y menores en situación de desamparo, en el ámbito de Gipuzkoa. La sección de Inspección ha recibido la acreditación de AENOR por octavo año consecutivo, una acreditación que, en su opinión, supone un reconocimiento a labor realizada para alcanzar y mantener un alto estándar de calidad.

<sup>309</sup> Diario Vasco, 9 de febrero de 2010, p. 3. Puede consultarse en: <<http://www.diariovasco.com/v/20100209/al-dia-local/diputacion-afirma-servicio-inspeccion-20100209.html>>.

<sup>310</sup> Diario Vasco, 22 de abril de 2010, p. 3. Puede consultarse en: <<http://www.diariovasco.com/v/20100422/al-dia-sociedad/control-servicios-sociales-20100422.html>>.

<sup>311</sup> Por ejemplo, los funcionarios forales serán los encargados de inspeccionar los menús que se sirven en las residencias de ancianos. En el caso de que el Gobierno Vasco quiera disponer de datos sobre esta misma cuestión, la Alta Inspección citará a las personas responsables y reclamará los documentos que estime necesarios para efectuar la investigación.

consistirá en trasladar las irregularidades que haya detectado a la institución que ostente la competencia sancionadora<sup>312</sup>.

En cualquier caso, consideramos que la inspección de los centros residenciales para personas mayores sigue siendo una asignatura pendiente a pesar de la importancia, aceptada por todas las partes implicadas, que tienen. Así mismo, estimamos que resulta esencial valorar en estas inspecciones no solo los aspectos estructurales de los centros en cuanto al cumplimiento de las normativas sino, principalmente, aspectos relacionados con la calidad asistencial y con el nivel de satisfacción de los usuarios.

Para finalizar, consideramos conveniente que los centros residenciales de nuestro entorno modifiquen sus esquemas tradicionales y se adapten a los continuos cambios y a las nuevas demandas de la sociedad. En este sentido, implantar un sistema de gestión de la calidad, independientemente de la consecución de diferentes certificaciones, supone, en nuestra opinión, una buena herramienta que permitirá solicitar homologaciones a la Administración competente, detectar no conformidades y obsolescencias surgidas con el paso del tiempo, proponer mejoras y nuevos ejes de actuación y, sobre todo, mejorar la calidad asistencial y la vida residencial, prestando, de esta manera, los servicios que una sociedad cada vez más exigente solicita.

---

<sup>312</sup> El 30 de septiembre de 2010 se publica en el BOPV el Decreto 238/2010, de 14 de septiembre, de la Alta Inspección en materia de Servicios Sociales que regula el régimen de funcionamiento, procedimiento, organización y régimen de personal de la Alta Inspección prevista en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Como resultado de la polémica comentada, el Decreto diferencia sus funciones de aquellas que corresponden a las diferentes Administraciones Públicas en lo concerniente a inspección ordinaria de Servicios Sociales y pretende contribuir al funcionamiento armónico y coordinado del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

## **7.2. La satisfacción de los usuarios en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV**

A pesar de la complicada situación que existe hoy día en el sector residencial de la CAPV, provocada, principalmente, por la existencia de plantillas insuficientes<sup>313</sup> que, aún cumpliendo los requisitos mínimos legalmente establecidos, no tienen la dimensión deseable en términos de calidad asistencial<sup>314</sup>, consideramos ineludible que los centros residenciales adopten nuevos modelos de gestión, en los que todas las actuaciones planificadas vayan enfocadas a la mejora de la calidad asistencial y a la satisfacción del usuario.

Son muchas las organizaciones, y consideramos que éste es el caso de las residencias para personas mayores, que han descubierto la importancia de la satisfacción de sus clientes con motivo de la implantación de modelos o programas de calidad. A nuestro entender, para garantizar esta satisfacción del usuario resulta conveniente que la organización adopte una filosofía de marketing.

Defendemos, al igual que Santos y Álvarez (2007a), que la aplicación de un sistema de gestión basado en modelos de calidad favorece el desarrollo de la cultura de orientación al mercado que puede permitir a la empresa alcanzar ventajas competitivas mediante la consecución de clientes más satisfechos (Santos y Álvarez, 2007a, pp. 453-455). Como hemos venido señalando desde el inicio de esta Tesis

---

<sup>313</sup> Este problema es mayor sabiendo que en la evolución del residente de los últimos años, como hemos remarcado con anterioridad, se aprecia un importante aumento de personas mayores dependientes que requieren de una atención más intensa y especializada.

<sup>314</sup> La problemática del sector ha sido explicada por trabajadores de residencias con los que hemos tenido la ocasión de entrevistarnos durante la realización de este trabajo. La conflictividad laboral y la insatisfacción de los trabajadores del sector, en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, se debe fundamentalmente, a unas plantillas insuficientes, a unos bajos salarios y a los agravios comparativos. Según los sindicatos, en la mayoría de los centros consultados se habla de “falta de personal” y denuncian que el trabajo “está poco valorado y mal remunerado”. En este sentido, los sindicatos ELA y LAB convocaron cuatro días de huelga en el sector residencial guipuzcoano, los meses de mayo y junio de 2010, y una semana de huelga en noviembre de 2010. La demanda principal de los trabajadores del sector consistía en la homologación con las condiciones laborales que rigen en la Administración que subcontrata la gestión del servicio (Diario Vasco, 21 de mayo de 2010 y 9 de noviembre de 2010).

Doctoral, en el trabajo empírico trataremos de comprobar la existencia de una relación significativa entre la adopción de una cultura de calidad y la orientación al mercado en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores.

Como ya señalábamos en el capítulo primero de este trabajo, y al igual que afirma Mele (2007, p. 253), consideramos que la adopción de modelos de gestión de la calidad representa una plataforma para aprovechar mejor las posibilidades que ofrece el marketing, puesto que, en nuestra opinión, existe una complementariedad entre ambas filosofías<sup>315</sup>.

Por ello, 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. A su vez, la implantación de una filosofía de marketing permitirá asegurar la incorporación de las expectativas de los clientes a los procesos internos de la organización y evitará el riesgo de una excesiva sistematización y formalización o una orientación a la eficiencia interna por parte de la gestión de la calidad que olvide el objetivo central del centro residencial, es decir, conseguir la satisfacción del residente y sus familiares gracias a la elevada calidad asistencial prestada.

Además de una serie de acciones-herramientas como, por ejemplo, las cartas de servicios, los reglamentos de régimen interno, los listados de derechos y deberes de los usuarios y familiares y los manuales de buenas prácticas, que han sido citadas con anterioridad y que se estudiarán a continuación, el centro debe incorporar a la práctica habitual los cuestionarios de satisfacción e, igualmente, debe establecer un adecuado sistema de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias que permitan medir la satisfacción de los residentes y de sus familias.

---

<sup>315</sup> En el capítulo primero se ha reflexionado sobre el hecho de que la orientación al mercado, como implantación de la filosofía de marketing, y la gestión de la calidad total pueden considerarse como filosofías o culturas de gestión complementarias.

### 7.2.1. Los derechos y deberes de los residentes

Para adoptar una filosofía de marketing en el centro residencial consideramos, en primer lugar y como premisa fundamental, que se debe asumir el respeto de los derechos de los residentes como punto de referencia de la organización y funcionamiento de la residencia, admitiendo, de esta manera, que respetarlos constituye la condición *sine qua non* de una atención de calidad.

El reconocimiento de derechos en el ámbito de los Servicios Sociales, y más aún en el de la atención residencial, constituye, en nuestra opinión, un avance fundamental de nuestro sistema. Hace poco más de una década, los derechos de las personas mayores residentes ni se mencionaban en nuestra normativa, ni se explicitaban en la práctica residencial. Progresivamente, sin embargo, se han ido incorporando al sistema, gracias, en gran medida, a la aplicación de métodos de evaluación y de garantía de calidad<sup>316</sup>.

La Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales de la CAPV, en su disposición adicional tercera, imponía al Gobierno Vasco la obligación de elaborar y aprobar, en el plazo de un año una Carta en la que se recogieran los derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los Servicios Sociales<sup>317</sup>. El plazo establecido no se respetó y se necesitaron siete años, con la aprobación del Decreto 64/2004, de 6 de abril, para conseguir aprobar la Carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los Servicios Sociales en la CAPV, así como el régimen de sugerencias y quejas.

---

<sup>316</sup> Fue determinante, desde este punto de vista, la aplicación del método *Homes are for living in* (HAFLI) del Departamento de Salud del Reino Unido, en diversas residencias de Álava, en 1990. Este método incorporaba una “matriz de derechos” en la que se hacía corresponder a cada uno de ellos el conjunto de aspectos materiales, funcionales y de personal que directa o indirectamente incidían en su ejercicio efectivo.

<sup>317</sup> El Ararteko, en su “Informe sobre las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco”, recomendaba que se modificara la entonces vigente Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales, con el fin de configurar un marco garantista mediante el establecimiento de una tabla de derechos y otra de deberes para los usuarios de los Servicios Sociales (López de Foronda, 2003, p. 128).

Esta norma, pionera en el Estado, impuso a las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias respectivas, y a las entidades privadas prestadoras de Servicios Sociales, la obligación de promover las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y para el cumplimiento de las obligaciones definidos en el Decreto. También impuso a los responsables de la dirección y la gestión de cada servicio o centro, independientemente de su naturaleza pública o privada, el mandato de velar por el respeto de los derechos, cumplir y hacer cumplir las obligaciones que se recogen en la Carta, y promover el acceso efectivo a los mecanismos de sugerencias y quejas previstos en el texto (Ararteko, 2005, p. 67).

La nueva Ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008, de 5 de diciembre, en el título I, artículos 9 y 10, regula los derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales. Así, las personas usuarias de los Servicios Sociales de la CAPV, sean éstos de titularidad pública o privada, tendrán, además de los derechos constitucional y legalmente reconocidos, garantizado el ejercicio de los derechos recogidos en la tabla 7.2.

Por otro lado, las personas usuarias de los Servicios Sociales de la CAPV, ya sean éstos de titularidad pública o privada, deberán cumplir los deberes, regulados en el artículo 10º de la Ley de Servicios Sociales de la CAPV, recogidos en la tabla 7.3.

Asimismo, si nos referimos de manera específica a los derechos y deberes de los usuarios de centros residenciales, podemos acudir al Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad, donde son señalados, en su artículo quinto, los siguientes derechos de los residentes:

1- Al acceso a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2- A que se les atienda con respeto, corrección y comprensión, de forma individual y personalizada.

**Tabla 7.2: 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 <sup>318</sup> .
c) Derecho a la autonomía <sup>319</sup> .
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 autotutela <sup>320</sup> .
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 personalizada.
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 queja 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 dos 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: Ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008 (artículo 9).

<sup>318</sup> Se entiende por confidencialidad, en la aplicación de la Ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008, de 5 de diciembre, el derecho a que los datos de carácter personal que obren en su expediente o en cualquier documento que les concierna sean tratados con pleno respeto de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<sup>319</sup> La Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la CAPV entiende por autonomía la posibilidad de la persona de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada, incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo calculado, siempre que dispongan de capacidad jurídica y de obrar para ello.

<sup>320</sup> Se entiende por autotutela la posibilidad que tiene una persona de nombrar anticipadamente a la persona que le representará y ejercerá la tutela sobre su persona y bienes en caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

**Tabla 7.3: Deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales en la CAPV**

a) Cumplir las normas, requisitos, condiciones y procedimientos establecidos en relación con las prestaciones y servicios, y respetar el plan de atención personalizada y las orientaciones establecidas en el mismo por los profesionales competentes.
b) Facilitar al profesional de referencia la información necesaria y veraz sobre sus circunstancias personales, familiares y económicas, así como comunicar las variaciones en las mismas.
c) Destinar las prestaciones a la finalidad para las que hubieran sido concedidas.
d) Contribuir, en su caso, a la financiación del coste del servicio.
e) Conocer y cumplir el contenido de las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de las prestaciones y servicios de los que son usuarias, y, en su caso, de las normas de convivencia vigentes en los mismos.
f) Respetar todos los derechos reconocidos en la ley a las personas usuarias y profesionales.
g) Mantener, en sus relaciones con otras personas un comportamiento no discriminatorio.
h) Respetar y utilizar correctamente los bienes muebles y las instalaciones de los Servicios Sociales.

Fuente: Ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008 (artículo 10).

3- A la confidencialidad de los datos de carácter personal que afecten a su intimidad.

4- A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas del exterior.

5- A recibir información y ser consultadas sobre todos aquellos temas que puedan afectarle o interesarle en su calidad de residente.

6- A la intimidad y a la autonomía para elegir su propio estilo de vida.

7- A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, educativa, cultural y, en general, a todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.

8- A elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones relativas a funcionamiento o a la mejora de los servicios, y a recibir respuesta sobre las mismas.

9- A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.

10- A ser informadas, en lenguaje fácilmente comprensible, del contenido de estos derechos.

Por otro lado, el artículo sexto indica las obligaciones de los residentes:

1- Conocer y cumplir las normas establecidas en el reglamento de régimen interior del servicio residencial.

2- Observar una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia.

También podemos acudir a la norma UNE 158101 para la gestión de centros residenciales para personas mayores, concretamente a su anexo B, donde se proponen, de manera más detallada, los derechos y deberes de los residentes (ver tablas 7.4 y 7.5).

Los derechos recogidos en estas tablas, así como los señalados en el Decreto 41/1998, son tan básicos, tan inherentes a la condición de persona que, a priori, nos parece imposible que puedan ser limitados o transgredidos. Sin embargo, las dificultades que su ejercicio efectivo origina en la práctica presentan un riesgo real de incumplimiento en aspectos que deben considerarse irrenunciables. Este riesgo es todavía mayor cuando el residente presenta un deterioro mental importante. En esas circunstancias, es fácil derivar, sin pretenderlo, hacia un trato cada vez más impersonal (SiiS, 2001b, p. 8).

El centro residencial, lógicamente, podrá incluir derechos adicionales a los citados. Así, la Ley de Servicios Sociales de la CAPV, 12/2008, de 5 de diciembre, no menciona la calidad en el trato al usuario dentro de los derechos del mismo. El Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad, señala como derecho del residente el que se le atienda con respeto y corrección. Paralelamente, la norma UNE 158101 menciona el derecho a recibir un trato correcto por parte del personal. En nuestra opinión, y tal como se sostiene en ámbitos como la gerontología, además de respeto y trato correcto se recomendaría calificar ese trato al que los residentes tienen derecho como cálido y acogedor.

**Tabla 7.4: Derechos de los usuarios de centros residenciales**

a) A participar como elector y poder ser elegido en los procesos de elección del Consejo de personas usuarias que se desarrollen en el centro.
b) A participar activamente en las actividades que se organicen, colaborando con su experiencia y conocimientos, en la medida de sus posibilidades.
c) A formar parte de los grupos de actividades que en el centro se constituyan.
d) A presentar sugerencias a la dirección del centro con propuestas de mejora de servicios y de actividades.
e) A tener acceso a todo tipo de publicaciones y libros que se reciban en el centro.
f) A formular reclamaciones.
g) A mantener relaciones con sus familiares y allegados.
h) A una atención sin discriminación por razón de edad, sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra circunstancia personal o social.
i) Al máximo respeto de su persona y a recibir un trato correcto por parte del personal y de los otros residentes o personas usuarias.
j) A recibir una información clara y completa sobre la organización del centro, sus condiciones y normativas, y toda la información que sea relevante para su estancia en el mismo.
k) A estar informados de manera completa y a decidir su incorporación en estudios o investigaciones clínicas, con las debidas garantías, sabiendo que se pueden negar a ello sin que esto represente ninguna clase de discriminación por parte del personal del centro.
l) A conocer a los profesionales del centro y a conocer quién es la persona o personas a las que puede dirigir sus preguntas o solicitar informaciones sobre cuestiones relacionadas con el centro, su organización, su estancia en él, y a ser recibido en horarios convenientes para ambas partes.
m) A mantener su vida cultural, social o política, salvaguardando en cualquier caso, el legítimo pluralismo de opinión.
n) A recibir todos los servicios que se presten en el centro en las condiciones establecidas, acordadas o convenidas entre la persona usuaria o tutor y el centro.
o) A considerar en su caso como domicilio propio el establecimiento residencial que lo acoge, así como a ejercer sus derechos individuales, con especial alusión al ejercicio de la vida afectiva y la libertad de expresión, haciendo en todo caso un uso del mismo conforme a lo que establezca el reglamento de régimen interior del centro.
p) A la intimidad en su proceso de atención.
q) A recibir la información adecuada y suficiente sobre los programas y tratamientos oportunos, incluyendo beneficios, desventajas y posibles alternativas.
r) A conocer su historia sociosanitaria.

Fuente: Norma UNE 158101 (Anexo B).

**Tabla 7.5: Deberes de los usuarios de centros residenciales**

a) Cumplir el reglamento de régimen interior del centro.
b) Cumplir los acuerdos e instrucciones emanadas de la dirección del centro.
c) Utilizar las instalaciones del centro adecuadamente, conforme a las normas de uso.
d) Guardar las normas de convivencia, higiene y respeto mutuo tanto en el centro como en cualquier otro lugar donde se realicen las actividades organizadas.
e) Abonar puntualmente los servicios, precios públicos o prestaciones económicas estipulados.
f) Colaborar al máximo en el cumplimiento de las normas internas del centro, y respetar las condiciones de admisión, estancia y salida del centro, recogidas en la reglamentación o contrato.
g) Colaborar en la vida cotidiana del centro y en su autocuidado, según sus capacidades.
h) Respetar el ideario del centro.
i) Tratar con el máximo respeto al personal del centro y a las otras personas usuarias. Toda persona usuaria tiene el deber de respetar la intimidad, el reposo y la tranquilidad de los demás.
j) En su caso, acatar y cumplir las resoluciones sancionadoras firmes por infracciones cometidas en la condición de persona usuaria y contempladas en el presente estatuto.
k) Firmar el documento pertinente, en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas, especialmente en caso de pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas y tratamientos de especial relevancia para la salud de la persona usuaria.

Fuente: Norma UNE 158101 (Anexo B).

Aunque pueda resultar innecesario recordarlo, no debemos olvidar que el ingreso en un centro no convierte a los residentes en ciudadanos de segunda categoría, obligados a renunciar a su identidad, a su dignidad, a su intimidad o a su independencia. Los residentes siguen teniendo los mismos derechos que antes de su ingreso y deben tener la posibilidad de ejercerlos, aunque pueda ser necesario, eso sí, variar la forma de hacerlo. En un lugar en el que conviven muchas personas y en el que trabajan otras muchas, deben, indiscutiblemente, establecerse unas reglas que hagan posible el funcionamiento del conjunto, definiendo el marco, 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, se suman los muy variados intereses individuales (SiiS, 2001b, p. 5).

Ahora bien, definir ese marco de convivencia no debe significar regular absolutamente todos los aspectos de la vida residencial y someter a todos los residentes a idénticas pautas de atención y formas de vida. Consideramos necesario

evitar estos excesos si realmente pretendemos que las residencias constituyan un lugar para vivir. La especificidad del medio residencial con respecto a otros servicios personales está, fundamentalmente, en que constituye el lugar en el que viven un conjunto de personas, y, por tanto, soluciones que en otros ámbitos resultan viables, no se adecuan al medio residencial porque pueden ocasionar un fuerte impacto en la vida de los residentes. En el caso de los centros para personas mayores, interviene, además, la carga añadida de *lo definitivo*. Tal y como se señala en el estudio del Centro de Documentación y Estudios - SiiS (2001b) “Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?”, cuando una persona mayor ingresa en una residencia, casi siempre es para permanecer allí el resto de su vida y, en tal situación, determinadas pautas de atención pueden resultar insostenibles, aunque, lamentablemente, en muchos casos, tengan que ser toleradas (SiiS, 2001b, p. 5).

Por tanto, sería deseable esforzarse en descubrir fórmulas de atención que permitan responder, simultáneamente, a las necesidades organizativas del centro residencial y a las necesidades inherentes al ejercicio de los derechos de los residentes, necesidades que no solo no son opuestas sino que deben ser consideradas compatibles e incluso mutuamente benéficas. Por ejemplo, flexibilizar las pautas de atención residencial, por un lado, beneficiará a los residentes que contarán con más posibilidades de elección y con mayores oportunidades de organizar su vida en lugar de tener que someterse a la costumbre institucional. Pero también saldrán beneficiados los profesionales por el hecho de desempeñar su labor en un medio más humano, en condiciones más dignas y de manera más personalizada.

Son los órganos de dirección de los centros residenciales quienes deben tomar todas las medidas necesarias para respetar, defender y proteger los derechos de las personas usuarias. Los derechos y deberes de los residentes deben ser de conocimiento público, estar expuestos en una zona visible del centro y, en cualquier caso, se deben entregar a la persona usuaria y a sus familiares. Es decir, no basta con la existencia de una declaración de principios que marque el rumbo de las pautas de atención, consideramos necesario que se recojan en la documentación que pauta el funcionamiento residencial, es decir, en los folletos informativos, en el reglamento

interno del centro, en la carta de servicios, en el procedimiento de sugerencias y reclamaciones, en el plan individual de atención, etcétera.

Por otro lado, la entidad debe contar con normas escritas que regulen su actividad, es decir, debe existir un reglamento de régimen interno donde se establezca el funcionamiento de la entidad, el régimen de admisión, el régimen de visitas, el horario general del centro, el régimen económico, los derechos y deberes del usuario, los datos en cuanto a la formalización del contrato, el funcionamiento de los distintos órganos, juntas, comités, etcétera. Además, este reglamento de régimen interno, deberá señalar la metodología para la gestión de quejas y reclamaciones de los usuarios del servicio. Los derechos y obligaciones de las personas usuarias también se recogerán en los reglamentos de régimen interno. De hecho, el Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios residenciales para la tercera edad prevé, en el apartado 4 del anexo 1, que los centros dispongan de un reglamento que, entre otros contenidos, deberá explicitar los derechos y deberes de las personas usuarias y del personal del centro<sup>321</sup>.

El reglamento tiene que ser aprobado por la dirección del centro residencial y estará accesible tanto al personal de la organización como a los usuarios y familiares para su consulta. En la práctica, y atendiendo a los datos recogidos en el análisis de centros residenciales realizado por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS (2005), el 86% de los servicios residenciales que participaron en el estudio indicaron que disponían de un reglamento de régimen interno. La mayoría de los reglamentos estudiados contaban con una sección específicamente dedicada a los derechos y obligaciones de las personas usuarias<sup>322</sup>. En ella, además de mencionar los derechos

---

<sup>321</sup> El Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad, señala que el reglamento debe incluir, cuando menos, los objetivos del servicio, las características de las personas destinatarias, los requisitos para el acceso, los criterios y los baremos de selección, la capacidad (número de plazas), los derechos y deberes de las personas usuarias y del personal, las normas de funcionamiento interno, los cauces de participación democrática de las personas usuarias o de sus representantes legales, los sistema de admisiones, bajas y ausencias, los precios (tanto de la estancia como de los servicios que se oferten), el sistema de cobro del precio de los servicios y el procedimiento de reclamación.

<sup>322</sup> Resultan de mucho interés las recomendaciones prácticas para favorecer una atención residencial respetuosa de los derechos de los residentes que propone el Centro de Documentación y Estudios -

proclamados en la normativa autonómica, se definen derechos y obligaciones más directamente relacionados con la vida cotidiana en el centro (Ararteko, 2005, p. 80).

### 7.2.2. Las cartas de servicios

En el trabajo empírico, además de constatar cuántas entidades se encuentran en posesión de una certificación o reconocimiento externo que acredite la adopción de unos modelos determinados de gestión, recogeremos evidencias empíricas sobre otros aspectos vinculados a la implantación de sistemas de gestión de la calidad. Nos referimos a diferentes acciones, herramientas o métodos que, sin traducirse necesariamente en un reconocimiento externo, resultan claves para poder hablar de una mejora teórica en la gestión, como, por ejemplo, la utilización de equipos de mejora, la gestión por procesos, la gestión por indicadores, las cartas de servicios, los planes de comunicación interna, los sistemas de quejas y sugerencias, los manuales de buenas prácticas, etcétera.

De entre estas herramientas, queremos referirnos, de manera concreta, a la implantación por parte de los centros residenciales de las cartas de servicios, esto es, de 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 (López de Foronda, 2003, p. 121).

En el estudio empírico trataremos de medir el nivel de utilización de las cartas de servicios por parte de los centros residenciales de la CAPV pues, como sostienen Heras y Martiarena (2007), las consideramos un instrumento poco exigente y muy interesante para un centro residencial, cualquiera que sea su tamaño<sup>323</sup>.

---

SiiS (2001b), en su documento “Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial”, donde llegan a proponer 235 recomendaciones clasificadas en función de estos derechos.

<sup>323</sup> El estudio empírico será explicado a partir del próximo capítulo y sus resultados analizados en el capítulo noveno.

La carta de servicios<sup>324</sup> de una residencia para personas mayores debería recoger los objetivos del centro, las características generales de los servicios que ofrece, las personas destinatarias, las necesidades a las que responde, los compromisos de calidad que asume la residencia, 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.

De esta forma, el objetivo principal de la carta de servicios reside en conseguir que los usuarios actuales y potenciales, y la ciudadanía en general, conozcan los servicios que pueden esperar y demandar de la entidad, y los compromisos de calidad y de mejora continua de los servicios que la organización ofrece a los ciudadanos. También es 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.

Seguidamente, en la carta de servicios se relacionarán de manera más detallada los servicios, programas y actividades que son ofrecidos por el centro residencial<sup>325</sup>, dependiendo de su capacidad y características, así como del perfil de sus usuarios, con la finalidad de desarrollar un programa interdisciplinar de valoración y de atención integral personalizado. Esta enumeración de servicios podría realizarse distribuyéndolos en las siguientes áreas funcionales<sup>326</sup>:

---

<sup>324</sup> El Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio, regula las cartas de servicios y los premios a la calidad en la Administración General del Estado. El Real Decreto señala en su exposición de motivos que las cartas de servicios hacen posible la flexibilidad de las organizaciones y su adaptación a las necesidades de los ciudadanos pues sitúa a éstos en el centro de sus decisiones.

<sup>325</sup> Todos los planes, programas y actividades deberán estar definidos por escrito, con indicación de los objetivos, el calendario, los métodos de ejecución y los sistemas de evaluación.

<sup>326</sup> De una forma similar a la planteada quedan clasificados los servicios en la carta de servicios de residencias para personas mayores de Castilla La Mancha, aprobada en resolución del 29-06-2006 de la Consejería de Bienestar Social de dicha Comunidad Autónoma.

1. Dirección y gestión de la residencia. Supone la administración, planificación, organización, coordinación y evaluación de servicios. Abarcaría cuestiones como:

- Liderar y supervisar los sistemas de gestión y mejora de la calidad asistencial de la residencia.
- Constituir y garantizar la formación de los equipos profesionales.
- Garantizar la protección de datos relativos a los expedientes e historias individuales de los residentes.

2. Atención social y psicosocial. Comprende actividades de acción social, de acompañamiento emocional y animación socio-cultural. Podrían incluirse, entre otros, los siguientes servicios:

- Programa de atención social con actividades de información, asesoramiento, seguimiento de casos, participación, voluntariado, relaciones sociales y familiares.
- Actividades de carácter psicosocial. Actividades de convivencia, interacción personal y acompañamiento afectivo. En su caso, también puede incluir servicios de atención psicológica y mantenimiento de la función cognitiva.
- Programa de animación socio-cultural.
- Actividades para la promoción de la autonomía personal y otras actuaciones favorecedoras del envejecimiento activo.
- Actividades de acogida e integración al ingreso del residente.
- Seguridad integral del usuario y utilización de recursos del entorno.
- Otras actividades para facilitar la interioridad espiritual del ser humano, según los valores y creencias de los usuarios.

3. Atención a la salud. Incluye atención médica, de enfermería, de rehabilitación y otras actividades sanitarias. Comprende:

- Valoración geriátrica.
  - Plan de cuidados personales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
  - Dietas equilibradas y adaptadas a las necesidades del residente y programa de prevención de la desnutrición y deshidratación.
  - Actividades de prevención y promoción de la salud en general y fomento de estilos de vida saludables.
  - Atención médica en sus distintos niveles. Diagnóstico, seguimiento, control de residentes con enfermedades crónicas, de procesos agudos, etcétera.
  - Protocolos de actuación para residentes con enfermedades más frecuentes y con síndromes geriátricos.
  - Atención de enfermería continuada, valoración, intervención y seguimiento de protocolos sanitarios. Administración y control de medicamentos.
  - Programa de fisioterapia con actividades de prevención de la inmovilidad y tratamiento de las enfermedades prevalentes, actividades de rehabilitación, etcétera.
  - Programa de terapia ocupacional con actividades de psicomotricidad, entrenamiento en actividades de la vida diaria, terapias cognitivas, logoterapia, acondicionamiento del entorno, etcétera.
4. Cuidados hosteleros. Servicios de alojamiento, restauración y demás actividades auxiliares como, por ejemplo:
- Actividades domésticas de limpieza, lavandería y costura.
  - Restauración y atención en comedor.
  - Mantenimiento del inmueble y de su equipamiento, en general.
  - Personalización de la habitación y posibilidad de utilizar enseres propios.

- Otros servicios: cafetería, podología, peluquería, servicios religiosos, transporte adaptado, etcétera.

A continuación, en la carta de servicios se explicitarán los compromisos de calidad que asume el centro residencial. Se trata ésta de una parte importante de la carta de servicios, pues la organización adquiere unos compromisos que quedan recogidos por escrito. Lógicamente, estos compromisos deben ser coherentes, es decir, tiene que ser posibles de cumplir. En nuestra opinión, sería deseable que los centros residenciales adquiriesen la mayor parte de los siguientes compromisos:

1- Informar, valorar y tramitar las solicitudes de ingreso en un plazo máximo, por ejemplo 15 días hábiles.

2- Realizar la valoración integral de los usuarios por el equipo interdisciplinar del centro en un plazo determinado, por ejemplo no superior a 30 días desde su ingreso en la residencia. Posteriormente y con una frecuencia anual, se efectuarán revisiones periódicas.

3- Cumplimiento de la prestación de los servicios programados para cada residente dentro del horario establecido en el protocolo de actuación de régimen interno del centro.

4- Existencia para cada residente de un Plan de Atención Individual.

5- Facilitar la participación de los usuarios y sus familiares en las actividades y organización del centro a través de sus órganos colegiados y/o de comisiones específicas de participación.

6- Existencia de un programa específico de información, orientación, apoyo y participación destinado a las familias.

7- Oferta de dietas equilibradas, adecuadas a las necesidades de sus usuarios.

8- Garantizar un hábitat confortable, accesible y con el equipamiento adaptado a las necesidades funcionales de los usuarios.

9- Compromiso, por parte de todo el personal de la residencia, de realizar buenas prácticas profesionales, manteniendo una actitud respetuosa y cordial en el trato con los usuarios y sus familiares.

10- Utilización de cuestionarios para valorar la satisfacción de usuarios, familiares y profesionales de las residencias, con una periodicidad cuando menos anual.

11- Garantía de la protección de los datos personales de las personas residentes<sup>327</sup>.

En caso de incumplimiento de los compromisos de calidad adquiridos deben existir medidas de subsanación. Por ello, el usuario podrá ponerlo de manifiesto, por los medios que estime oportunos, a la dirección del centro residencial en una primera instancia y/o a la Dirección Territorial competente, quienes una vez comprobada la realidad del incumplimiento responderán en un plazo breve de tiempo, explicando al usuario las causas de dicho incumplimiento y las medidas adoptadas en consecuencia; así mismo, si procediera, se le resarciría por las molestias o perjuicios ocasionados.

La carta de servicios tiene que dejar claro que los usuarios de los servicios residenciales, así como sus familiares y allegados, pueden plantear iniciativas y sugerencias, así como presentar las quejas y reclamaciones que estimen convenientes, informando de las maneras que tienen a su disposición para plantearlas. De esta forma, se hará constar que la residencia dispone de hojas de quejas y sugerencias a disposición de los residentes en donde pueden exponer las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias que consideren oportunas. Se indicará, si fuera el caso, la posibilidad de hacerlas llegar por correo postal o correo electrónico. Así mismo, se indicará el compromiso de la dirección de contestar en un plazo de tiempo determinado.

---

<sup>327</sup> Debe establecerse por escrito un procedimiento que garantice la confidencialidad de los datos y de toda aquella información identificada como sensible.

Resulta interesante, en nuestra opinión, que la carta de servicios de un centro residencial informe sobre las formas de participación y colaboración en la consecución del objetivo de mejora continua, por ejemplo, mediante la participación de los usuarios y sus familiares en los órganos colegiados del centro.

Además, en la carta de servicios se deberá señalar la unidad responsable de la misma. De esta forma, se significará que en última instancia la dirección del centro residencial será responsable del cumplimiento de los compromisos declarados en la carta y de los oportunos impulsos de mejora.

Por último, se deberán indicar los cauces que puede seguir una persona interesada para obtener información más detallada sobre el centro residencial: teléfono, correo electrónico, página web<sup>328</sup>, etcétera.

Como conclusión, a pesar de que, como señalan Heras y Martiarena (2007), cada vez son más las organizaciones de Servicios Sociales que tienen desarrolladas sus cartas de servicios (Heras y Martiarena, 2007, p. 39), en los centros residenciales de la CAPV parecen no estar suficientemente implantadas<sup>329</sup>. Las cartas de servicios están llamadas a ser un instrumento 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 (López de Foronda, 2003, p. 124).

La incorporación de este instrumento a los centros residenciales, así como la extensión de otras experiencias como los manuales de buenas prácticas, que vamos a comentar a continuación, o el respeto de los derechos de los residentes como punto de referencia de la organización, que hemos estudiado en el punto anterior, supondrán, en nuestra opinión, un importante factor de garantía de calidad de los servicios recibidos por los usuarios de los servicios residenciales.

---

<sup>328</sup> La investigación realizada por San Miguel *et al.* (2009b), citada con anterioridad, señala que, en 2009, únicamente el 17% de las residencias de la CAPV disponen de sitio web. Además, la información que estas páginas suministran es, en general, insuficiente, puesto que, entre otras cuestiones, no se mencionan los derechos y deberes de los residentes, no se proporciona información sobre los precios y no se ofrece la posibilidad de realizar trámites en línea (San Miguel *et al.*, 2009b, p. 179).

<sup>329</sup> Esta idea, que responde más a una impresión inicial derivada de los centros visitados y las entrevistas realizadas, trataremos de contrastarla en el estudio empírico.

### 7.2.3. Los manuales o guías de buenas prácticas del ámbito residencial

Los manuales de buenas prácticas tienen por objeto normalizar los procedimientos de actuación del personal con el fin de evitar actitudes inadecuadas, improvisaciones y sentimientos de inseguridad que afecten negativamente tanto al personal, como a los usuarios (Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, 1996, p. 3). Se trata, por tanto, de garantizar los niveles mínimos de calidad en la atención. Para que resulten operativos no deben alejarse de la realidad ni constituir un simple desiderátum, sino que deben centrarse en la recomendación de prácticas posibles.

El éxito de este instrumento dependerá del convencimiento de la organización y de las personas que la integran de la necesidad de mejorar los servicios que ofrecen y de la necesidad de ajustarse a los cambios de su entorno (Lacasta *et al.*, 2001, p. 16). El éxito dependerá, en definitiva, de la apuesta que en el sector residencial se realice por la calidad.

La buena práctica en un centro residencial se entiende como la aplicación de forma estructurada (sistematizada y protocolizada) de la técnica y el conocimiento profesional y multidisciplinar en función de los principios y derechos que asisten a los residentes, para desarrollar los programas de intervención recogidos en una carta de servicios (Diputación Foral de Bizkaia, 2005, p. 9).

El Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, tras una evaluación de la red pública de residencias, concluyó<sup>330</sup> que los aspectos físicos o materiales estaban mejor cuidados que los procedimientos de atención, es decir, que los puntos débiles se encontraban en la práctica asistencial (Córdoba, 2003a, p. 237). Por ello, se consideró necesaria la elaboración de un manual de buena práctica orientado al sector de las residencias para personas mayores, que fue publicado en 1996. Esta iniciativa, que ya ha sido mencionada en el capítulo anterior, empleó una metodología que puede ser utilizada por cualquier organización y que constó de las

---

<sup>330</sup> La evaluación se realizó durante los años 1991-1994 y, como resultado, en 1996 se publicó el manual de buena práctica. Se trata éste, que tengamos constancia, del primer manual de buenas prácticas del Estado dirigido a residencias de atención a personas mayores.

siguientes tres fases (Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, 1996, p. 4):

1- Análisis de la documentación existente y confección de un borrador inicial que recogía los resúmenes y adaptaciones de partes seleccionadas de distintos manuales sobre los que se trabajó.

2- Discusión del documento base, recogida y ordenación de propuestas. Las aportaciones de todo tipo de profesionales (auxiliares, monitores de tiempo libre, personal médico y de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, directores, etcétera) se efectuaron por escrito o en mesas redondas organizadas para este fin.

3- Redacción del manual definitivo, adaptado a la realidad y consensuado en sus formulaciones básicas.

El manual contempla la práctica asistencial basada en la observancia de los derechos individuales de la persona mayor, es decir, en el respeto al derecho a: la privacidad, la dignidad, la autonomía, la elección, al mantenimiento de todos los derechos asociados a la ciudadanía y a la satisfacción.

En el manual, además, se realizan recomendaciones respecto al proceso de admisión y aspectos administrativos, se establecen criterios respecto a la atención individualizada, a las actividades y prácticas diarias y a las animaciones socio-culturales de los residentes, y propone una definición del papel de los familiares y del voluntariado en la residencia. El manual de buena práctica da una gran importancia a las rutinas diarias, ya que son esas actuaciones, sencillas pero no por ello menos importantes, las que al resultar repetitivas pueden facilitar el que se caiga, de forma inconsciente, en malas prácticas (Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, 1996, p. 4).

Por último, el documento incluye anexos con algunos protocolos de actuación que garantizan las adecuadas respuestas a circunstancias determinadas: el aseo personal, ayudas para andar, tipos de baño, accesorios para la incontinencia, etcétera.

En la CAPV, concretamente en el Territorio Histórico de Bizkaia, existe otra iniciativa posterior. Así, el artículo 19 de la Norma Foral 11/2005, de 16 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por la que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes, establece a la Administración Foral competente en el Territorio Histórico de Bizkaia, la obligación de proveer al servicio foral de residencias de un manual de buena práctica, el mejor considerado desde todos los aspectos éticos y técnicos (Diputación Foral de Bizkaia, 2005, p. 5).

Son muchos los países en los que, como complemento a, entre otros, la normativa específica, la política de estándares y las normas de acreditación, se proponen actuaciones y soluciones a los problemas corrientes a través de los manuales de buenas prácticas (Córdoba, 2003a, p. 238). Por ello, y por iniciativas como las realizadas por las Diputaciones Forales de Álava y Bizkaia, las guías y manuales de buenas prácticas son mencionadas explícitamente en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia<sup>331</sup>, como una de las medidas para garantizar la calidad del sistema.

Los manuales, como resulta lógico, deben estar accesibles al personal para su consulta, pues suponen un referente sobre todo para los trabajadores con menores conocimientos profesionales y, por tanto, más necesitados de apoyos metodológicos. Ciertamente, estos manuales constituyen, en nuestro parecer, una excelente base para la formación de los cuidadores. Además, consideramos necesario que el manual establezca pautas de actuación en las relaciones interpersonales por la importancia de éstas en la vida diaria de los residentes

Un manual de buena práctica dirigido a residencias de atención a personas mayores, podría incluir, en principio y teniendo en cuenta que nunca se tratará de un documento cerrado sino abierto y mejorable, las siguientes cuestiones:

---

<sup>331</sup> Concretamente se cita en el artículo 34 de la Ley, perteneciente al capítulo 1, del título II, relativo a las medidas para garantizar la calidad del sistema.

- Unos principios básicos, donde el respeto a la dignidad de la persona se encuentre en primer lugar y tutele cada acción puesta en práctica en el centro residencial.

- Una relación de los derechos y deberes de los usuarios.

- Una relación de los derechos y deberes de los profesionales<sup>332</sup>.

- Buenas prácticas durante el preingreso, ingreso, admisiones de emergencia y periodo de adaptación.

- Buenas prácticas en las tareas administrativas.

- Buenas prácticas en la asistencia biosanitarias: alojamiento, alimentación e hidratación, higiene y cuidados personales, atención sanitaria.

- Buenas prácticas en la atención psicológica y en los programas de espiritualidad.

- Buenas prácticas en las rutinas diarias. Es conveniente dar especial relevancia a este apartado ya que son estas actuaciones las que por resultar tan repetitivas pueden provocar que se caiga, de forma inconsciente, en malas prácticas.

- Buenas prácticas en la comunicación, relaciones interpersonales e interacción social.

- Buenas prácticas en las animaciones socio-culturales.

- Buenas prácticas en la atención familiar.

- Buenas prácticas en la prevención de accidentes, caídas, incendios.

- Buenas prácticas en caso de fallecimiento.

Así mismo, puede incluirse, como anexo, el reglamento de régimen interno y algunos protocolos de actuación para determinadas circunstancias que aseguren la respuesta adecuada.

---

<sup>332</sup> Tanto la relación de principios básicos como el listado de derechos y deberes de usuarios y profesionales pueden recogerse como anexos del manual.

La elaboración de los manuales de buenas prácticas puede, en nuestra opinión, ayudar a elevar de manera significativa la calidad del servicio prestado en el centro residencial. Como ya se ha señalado con anterioridad, tanto la implantación de estos manuales como el establecimiento de cartas de servicios, pueden constituir un paso previo a la utilización modelos más complejos y exigentes.

En relación al grado de conocimiento que existe en al ámbito residencial de la CAPV respecto a los manuales de buenas prácticas, queremos señalar que, sin tratarse de un tema central de estudio, será una de las cuestiones que abordaremos en el trabajo empírico.

#### **7.2.4. La formación del personal en los centros residenciales**

Al estar abordando en este capítulo la satisfacción de los usuarios de los centros residenciales, consideramos interesante incluir un epígrafe dedicado a la formación del personal de la residencia, debido a la importancia que el factor humano y su formación tiene en la satisfacción percibida por los residentes.

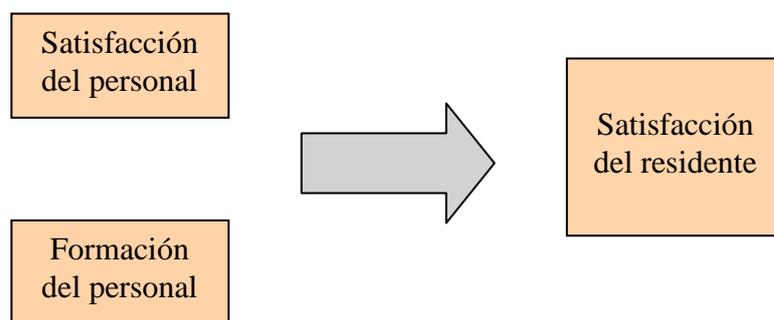
En efecto, el personal en toda organización es un activo fundamental, pero su importancia es mayor en el ámbito de los servicios residenciales dirigidos a las personas mayores dado que la calidad del servicio y la calidad de vida percibida por el residente se basan, fundamentalmente, en la interacción entre los profesionales y el usuario. Un personal satisfecho con el clima laboral, con las condiciones de trabajo y con la actividad que realiza se encontrará en mejores condiciones de prestar un servicio satisfactorio para el residente. Esta idea, generalmente admitida, sugiere la necesidad de conocer no solo el grado de satisfacción del usuario sino también la del personal. Pueden utilizarse, para ello, las denominadas encuestas del clima laboral o encuestas de satisfacción de los empleados (Guillén y Pérez Madera, 2002, pp. 231). En definitiva, parece difícil conseguir la satisfacción del cliente externo, el residente y sus familiares, si los clientes internos, los empleados, no están satisfechos.

Por tanto, el centro residencial debe determinar la posible insatisfacción de sus empleados así como sus causas. Para ello, al igual que con los clientes externos, de manera periódica y sistemática, se deberán recoger las opiniones, sugerencias y quejas de los empleados. Además, las encuestas de satisfacción de los empleados sirven como sistema preventivo al ver éstos, antes que los usuarios, los problemas y deficiencias de los servicios que se están prestando (Hoffman y Bateson, 2002, p. 345).

Por otro lado, la formación del personal surge como un factor imprescindible, pues los procesos formativos que se instauren favorecerán la implantación de sistemas de calidad en el centro residencial. Toda organización que persiga una mejora de la calidad de sus prestaciones y servicios requiere la realización de acciones formativas que posibilite al trabajador adquirir las habilidades que permitan la mejora (Medina, 1999b, p. 32). En definitiva, debemos ser conscientes de la importancia de un adecuado proceso formativo, coherente y adaptado a la realidad, en el que se estudien y trabajen los aspectos relativos a la calidad, especialmente a la calidad de trato, hasta lograr su aceptación.

Es síntesis, tanto la satisfacción del personal como su adecuada formación, en nuestra opinión, son factores que facilitarán la consecución de la satisfacción de los residentes (gráfico 7.5).

**Gráfico 7.5: Aspectos facilitadores de la satisfacción del residente**



Fuente: Elaboración propia.

Estas cuestiones han sido estudiadas con anterioridad en los capítulos tercero y sexto, por tanto no vamos a abundar en ellas. Sin embargo, queremos incidir en dos

aspectos. Por un lado, la formación que debe de suministrarse, principalmente a los cuidadores, debe referirse tanto a aspectos técnicos y profesionales, como a aspectos afectivos y de relación, considerando siempre las características de las personas que estén atendiendo. Es decir, las personas que trabajan con personas mayores han de tener, por una parte, un perfil técnico y, por otra, un perfil asistencial. El perfil técnico se refiere a los conocimientos técnicos que una persona debe tener para realizar su trabajo correctamente, y está al alcance de todas las personas, bien sea por la formación académica recibida o por la formación recibida dentro de la organización. El perfil asistencial hace referencia a la actitud que tiene la persona hacia la persona mayor y es más difícil de adquirir a través de la formación y, sin embargo, es un factor clave para crear un entorno donde predomine la calidad asistencial.

Por otro lado, la residencia debe establecer un plan de formación, inicial y continuada, del personal. Respecto a la formación inicial, el centro debe facilitar, en el momento de la incorporación del personal, la información y el adiestramiento preciso para una adecuada integración y adaptación funcional a los requerimientos de su puesto de trabajo (Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad & Vida, 2008, p. 49). Se considera necesario reflejar por escrito la descripción de las actividades formativas, su duración, las personas a las que van dirigidas y los objetivos que se desean alcanzar. En esta formación inicial del personal resulta de mucha utilidad la existencia de un manual de buena práctica.

En cuanto a la formación continuada, la entidad deberá desarrollar, impulsar y planificar actividades de formación continuada para facilitar una permanente actualización de conocimientos de su personal y así mantener un adecuado nivel de calidad de los servicios (Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad & Vida, 2008, p. 49). Asimismo, se estima conveniente establecer un procedimiento documentado que defina los mecanismos para identificar de manera periódica estas necesidades formativas, por ejemplo, mediante los resultados de la evaluación de la satisfacción de los usuarios y familiares y las necesidades detectadas por el propio personal, entre otros medios.

Estas necesidades formativas se plasmarán anualmente en un plan de formación en el que se debe dejar constancia de los cursos que se van a impartir, a quién están dirigidos, la duración del curso, la fecha prevista de realización, los objetivos que se pretenden con dichas acciones formativas y el responsable de evaluación de la eficacia de las acciones (Comisión de Calidad y Acreditación de la Fundación Edad & Vida, 2008, p. 50). Dicho plan debe estar aprobado por la dirección y debe ser conocido por todo el personal. Por último, se deberá evaluar la eficacia de las acciones formativas.

Aunque no se tratará de un tema central de estudio, en el trabajo empírico trataremos de evaluar el nivel de utilización de las encuestas de satisfacción dirigidas a los empleados, la existencia de planes de comunicación interna y la utilización de planes de reconocimiento del personal, en el sector objeto de estudio.

#### **7.2.5. La medida de la satisfacción de los residentes**

Toda residencia debe hacer lo necesario para medir la satisfacción de los residentes y de sus familias. Para ello, se considera preciso incorporar a la práctica habitual de los centros residenciales los cuestionarios de satisfacción de residentes y familiares e, igualmente, establecer un adecuado sistema de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias (Leturia y Leturia, 2007, p. 230).

En realidad, la entidad prestadora del servicio debería tratar de conocer el nivel de satisfacción de todas las personas o grupos que tienen un interés en el desempeño o éxito de la organización. El centro residencial debería realizar, por tanto, de forma periódica y sistemática, una valoración de la percepción de las partes interesadas para así poder evaluar el grado de satisfacción de los mismos y utilizar los resultados como un instrumento de mejora continua de la calidad. Por ello, el centro debería evaluar el grado de satisfacción no solo de los usuarios y sus familias, sino también el nivel de satisfacción del personal y de la Administración o entidades contratantes. En este apartado nos limitaremos a estudiar la medida de satisfacción de los residentes.

Sin duda, como hemos señalado en el capítulo anterior, el instrumento más utilizado para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en el ámbito residencial es el cuestionario de satisfacción. Estos cuestionarios están formados por preguntas sobre diversos elementos del servicio con objeto de medir su grado de satisfacción y para, posteriormente, realizar mejoras que permitan mejorar la calidad de los servicios prestados y, de esta manera, aumentar la satisfacción de los usuarios (Guillén y Pérez Madera, 2002, p. 228).

Aunque en el capítulo sexto de esta Tesis Doctoral ya hemos estudiado la medida de la satisfacción de los usuarios de centros residenciales para personas mayores, en esta parte del trabajo vamos fundamentalmente a comentar el diseño y contenido de los cuestionarios que hemos podido recoger de las residencias de la CAPV, y con esta información proponer, por un lado, un borrador de cuestionario de satisfacción dirigido al sector residencial y, por otro, un procedimiento en cuanto a la sistemática de obtención de información sobre la satisfacción de usuarios y familiares.

En efecto, el centro residencial debe establecer por escrito una metodología que detalle los instrumentos a utilizar para determinar la satisfacción de los residentes, los responsables, la periodicidad, el análisis de los datos y las propuestas de mejora. Por tanto, en primer lugar el centro debe diseñar unos cuestionarios de satisfacción asegurando que los ítems elegidos sean adecuados para medir lo que se pretende medir y que los componentes o dimensiones del cuestionario estén claramente definidos. El cuestionario de satisfacción debe incluir ítems que permitan recoger información sobre el nivel de satisfacción del cliente respecto a todos los servicios que ofrece el centro residencial.

Teniendo presente la literatura analizada (Hall y Dornan, 1988a; 1988b; Guillén y Pérez Madera, 2002; Moracho, 2005; Leturia y Leturia, 2007; Grande, 2002, Corella, 1998; Granado *et al.*, 2007; Gadotti y França, 2008, entre otros), y considerando lo que propone al respecto la norma UNE 158101, el Proceso de

Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*<sup>333</sup>, el Sistema de Evaluación de residencias de Ancianos (SERA) y el método “Las residencias son para vivir” (*Homes are for living in* – HAFLI), consideramos que, cuando menos, el cuestionario deberá abordar cuestiones 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
- La intimidad
- Las relaciones interpersonales
- El entorno
- La autonomía y la libertad de la persona

Además, resulta conveniente, según se recoge en la literatura, preguntar al residente respecto a la satisfacción global con el conjunto de las atenciones recibidas en el centro residencial y posibilitar que la persona encuestada pueda aportar cualquier sugerencia para la mejora del funcionamiento del centro residencial.

---

<sup>333</sup> A este respecto, consideramos interesante el modelo de encuesta o entrevista que expone el SIIS en el Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, que propone incluir en las entrevistas a residentes cuestiones relativas a: la atención personal, la libertad de elección, el confort, la posibilidad de expresarse y de expresar los sentimientos, el funcionamiento de la residencia, las relaciones con el exterior y la vida en la residencia. Asimismo, se solicita al residente que señale, en términos generales, los aspectos positivos o negativos de la residencia en lo que a la satisfacción de sus necesidades se refiere.

Del estudio de los cuestionarios de satisfacción que las residencias de la CAPV nos han facilitado<sup>334</sup>, se pueden extraer algunas conclusiones. En primer lugar, no existe un cuestionario tipo que sea utilizado por las residencias. Muy al contrario, los cuestionarios que hemos podido analizar son muy diferentes entre sí, tanto en lo que respecta a su diseño, como a su contenido. Además, la mayoría de los cuestionarios parecen tener grandes lagunas en cuanto a las características o elementos del servicio que resulta conveniente medir. Por otro lado, en la mayoría de los cuestionarios, no se constata una ordenación coherente de los ítems, ni se encuentran éstos clasificados en diferentes dimensiones a estudiar.

En consecuencia, consideramos que estos cuestionarios resultan claramente mejorables. Por ello, teniéndose en cuenta los cuestionarios que hemos podido obtener, la literatura mencionada anteriormente y la escala SERVQUAL<sup>335</sup> que permite medir la satisfacción con los servicios en general<sup>336</sup>, se propone, a continuación, un procedimiento para la elaboración del cuestionario así como un borrador de cuestionario de satisfacción adaptado al ámbito que nos ocupa.

En primer lugar, se considera necesario determinar las dimensiones que conforman el concepto de calidad de los usuarios de los centros residenciales para personas mayores. Recomendamos para ello, además de analizar otros cuestionarios de centros residenciales y estudiar la literatura existente al respecto, realizar una sencilla investigación cualitativa tomando una muestra formada por profesionales del centro y usuarios actuales y potenciales. Una dinámica de grupo o, en su caso, varias

---

<sup>334</sup> Solicitamos, por correo electrónico, los cuestionarios de satisfacción a todos los centros residenciales que formaron parte de la muestra. Recibimos los cuestionarios utilizados por veinte residencias para personas mayores de la CAPV. El bajo índice de respuesta obtenido parece sugerir que existe un cierto grado de desconfianza ante la petición de documentos internos de la organización. Sin embargo, los cuestionarios recibidos resultaron suficientes para nuestro objetivo en este epígrafe de la Tesis.

<sup>335</sup> El modelo SERVQUAL ha sido comentado en el capítulo tercero al estudiar, en general, la medida de la satisfacción de los usuarios de los Servicios Sociales.

<sup>336</sup> En especial se considera la aplicación del modelo SERVQUAL que realiza Grande (2002) en relación a las residencias para personas mayores.

entrevistas en profundidad permitiría determinar los atributos y características del servicio desde la perspectiva de la satisfacción de las necesidades de los clientes<sup>337</sup>.

Los atributos resultantes, y, por tanto, en los que se fijan los usuarios para evaluar la calidad del servicio, podrían encajar en las siguientes dimensiones<sup>338</sup>:

- 1- Calidad de las infraestructuras e instalaciones
- 2- Calidad de la atención psicosanitaria prestada
- 3- Calidad de los servicios hosteleros y otros servicios
- 4- Calidad de las actividades socioculturales
- 5- Calidad en el funcionamiento y organización de la residencia
- 6- Calidad de las relaciones interpersonales
- 7- Calidad de trato
- 8- Calidad de la información, comunicación y participación
- 9- Calidad de vida o satisfacción global del residente

Estas dimensiones están representadas en los cuestionarios en forma de preguntas. Partiendo de la información secundaria recogida se propone un borrador inicial de cuestionario dirigido a los residentes que constaría de 57 ítems y que incluirían aspectos relacionados con las nueve dimensiones citadas (ver tabla 7.6). Las cuestiones suscitadas para la evaluación se presentarían en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que irían desde una valoración máxima de *totalmente satisfecho*, a una mínima denominada *totalmente insatisfecho*. Los ítems no aparecen presentados de forma aleatoria, sino agrupados según las dimensiones indicadas anteriormente. En buena lógica, algunas de las preguntas pueden no ser procedentes

---

<sup>337</sup> Una interesante futura línea de investigación consistiría en llevar este procedimiento a la práctica y, partiendo del borrador que planteamos así como de un estudio cualitativo previo, desarrollar un cuestionario de satisfacción específico para centros residenciales para personas mayores que, posteriormente, tendría que ser validado.

<sup>338</sup> El número de dimensiones que inicialmente se han considerado podría reducirse tras la realización de una investigación empírica.

según las características del centro residencial y de los servicios que se ofrezcan.

**Tabla 7.6: Borrador de cuestionario de satisfacción para residentes**

<b>1- Calidad de las infraestructuras e instalaciones</b>
- Satisfacción con la accesibilidad y ubicación
- Satisfacción con la amplitud de las zonas comunes
- Satisfacción con la seguridad de las instalaciones
- Satisfacción con la limpieza de las instalaciones
- Satisfacción con la comodidad de las instalaciones
- Satisfacción con las terrazas, jardines, etcétera.
- Satisfacción con las salas de estar
- Satisfacción con la cafetería
- Satisfacción con la biblioteca
- Satisfacción con el botiquín
- Satisfacción con los baños
- Satisfacción con la sala de fisioterapia
- Satisfacción con los ascensores
- Satisfacción con el estado general de las instalaciones
<b>2- Calidad de la atención psicosanitaria prestada</b>
- Satisfacción con la atención médica
- Satisfacción con la atención de enfermería
- Satisfacción con la atención de los/as auxiliares
- Satisfacción con la atención psicológica
- Satisfacción con la atención del/la asistente/a social
- Satisfacción con la comprensión de las necesidades del residente
- Satisfacción con la rapidez en la atención
- Satisfacción con la disposición del personal asistencial
<b>3- Calidad de los servicios hosteleros y otros servicios</b>
- Satisfacción con el equipamiento de la habitación
- Satisfacción con la personalización de la habitación
- Satisfacción con el servicio de comedor
- Satisfacción con los menús ofrecidos

- Satisfacción con la atención personal (aseo, higiene, etcétera)
- Satisfacción con la lavandería
- Satisfacción con la peluquería
- Satisfacción con la podología
- Satisfacción con el aseo e higiene de los residentes
- Satisfacción con el servicio de transporte
<b>4- Calidad de las actividades socioculturales</b>
- Satisfacción con las actividades de mantenimiento y/o recuperación del estado físico (paseos, gimnasia, etcétera)
- Satisfacción con las actividades de entretenimiento que se realizan en la residencia
- Satisfacción con las actividades culturales que se realizan en la residencia
- Satisfacción con los servicios espirituales
- Satisfacción con los/as animadores/as
<b>5- Calidad en el funcionamiento y organización de la residencia</b>
- Satisfacción con las formalidades y trámites de ingreso en la residencia
- Satisfacción con los horarios de visitas
- Satisfacción con los horarios de entradas y salidas
- Satisfacción con la dirección del centro
- Satisfacción con el nivel de respeto a la intimidad y privacidad
- Satisfacción con el cuidado y respeto de sus pertenencias
<b>6- Calidad de las relaciones interpersonales</b>
- Satisfacción con las relaciones entre residentes
- Satisfacción con el nivel de amistad alcanzado con algunos residentes
- Satisfacción en la convivencia con el compañero de habitación (si lo tuviese)
<b>7- Calidad de trato</b>
- Satisfacción con el trato, amabilidad y actitud de las personas cuidadoras
- Satisfacción con la amabilidad, trato y empatía del personal asistencial
- Satisfacción con el trato y amabilidad del personal de administración
- Satisfacción con el trato y amabilidad de monitores/as de tiempo libre
- Satisfacción con el trato y amabilidad del personal de recepción, personal de limpieza, etcétera
<b>8- Calidad de la información, comunicación y participación</b>
- Satisfacción con la información recibida al ingresar

- Satisfacción con la información disponible sobre el funcionamiento de la residencia: reglamento de régimen interior, derechos y deberes de los residentes, programas de actividades, etcétera
- Satisfacción con la atención recibida a sus sugerencias o reclamaciones
- Satisfacción con los cauces disponibles para expresarse
<b>9- Satisfacción global o valoración global de la residencia</b>
- Satisfacción con la vida en la residencia
- ¿Recomendarías la residencia?
<b>Comentarios, observaciones y sugerencias</b>
- Incluir cualquier aspecto que se considere que la residencia deba mejorar
- Opinión sobre cualquier otro aspecto que se considere oportuno

Fuente: Elaboración propia.

Este borrador debería someterse al juicio de especialistas del ámbito residencial. En esta fase se podrían eliminar algunos ítems, por considerarlos inadecuados para valorar la satisfacción de los usuarios o por ser demasiado parecidos a otros ítems incluidos en esta primera versión del cuestionario. También hay que considerar aspectos sobre la adecuada redacción de las preguntas pensando en el tipo de personas a los que va a ir dirigido.

Es conveniente la realización, a continuación, de una prueba piloto pasando el cuestionario a una muestra de residentes. El resultado obtenido de esta prueba piloto puede obligarnos a reformular algunos ítems para facilitar su comprensión y a reducir el número de ítems al eliminar algunos que pueden resultar redundantes o irrelevantes para la medida de la satisfacción del residente.

Posteriormente, una vez realizado este proceso de validación del contenido del cuestionario el cual permite establecer la correspondencia entre el instrumento y su contexto teórico, se debería proceder a comprobar, ratificar o verificar que cumple las propiedades de validez y fiabilidad, mediante la realización de aplicaciones repetidas y mediciones contrastadas (Granado *et al.*, 2007, p. 368).

Con todo, consideramos que el cuestionario borrador que hemos planteado puede ser un buen punto de partida para cualquier centro residencial. De forma similar diseñaríamos el cuestionario dirigido a los familiares de los residentes. No se

ha de olvidar que el objetivo final consiste en detectar problemas de calidad asistencial y establecer propuestas para mejorar la atención a través de la valoración que el usuario o su familia manifieste del servicio recibido.

Por otro lado, el centro debe tener definido un procedimiento de gestión de las sugerencias<sup>339</sup> y reclamaciones<sup>340</sup>, de manera que, de una forma sistemática, quede constancia escrita del motivo causante de la misma, así como de las actuaciones tomadas para solucionar el problema. Este procedimiento deberá ser conocido por todos los residentes y sus familiares<sup>341</sup>.

En el estudio empírico, que comenzaremos a describir en el próximo capítulo, trataremos de evaluar el grado de utilización, por parte de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, de las encuestas de satisfacción dirigidas a los residentes, de las encuestas de satisfacción dirigidas al personal y de los sistemas de sugerencias, quejas y reclamaciones.

Para finalizar, queremos señalar que, en nuestra opinión, se debe implantar en los centros residenciales para personas mayores un procedimiento sencillo, con las lógicas adaptaciones necesarias en función del tamaño y características del centro, que permita la obtención de información relativa a la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios recibidos. Este procedimiento, establecido por escrito, detallará los métodos a utilizar, los destinatarios, los responsables de recoger y

---

<sup>339</sup> Se entiende por sugerencia toda propuesta que tiende a modificar algún aspecto del servicio, relativo a su dotación, organización, funcionamiento o prácticas profesionales, con objeto de mejorar la calidad de la atención (Lacasta *et al.*, 2001, p. 104).

<sup>340</sup> Se entiende por reclamación todo comentario o solicitud que tiende a modificar algún aspecto del servicio, relativo a su dotación, organización, funcionamiento o prácticas profesionales, por considerar que su estado actual perjudica el ejercicio de los derechos de los socios y de los usuarios (Lacasta *et al.*, 2001, p. 104).

<sup>341</sup> El Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios Sociales residenciales para la tercera edad, exige la existencia de un procedimiento de reclamación, de un libro de reclamaciones, garantizando el adecuado registro de las quejas y de las medidas adoptadas, y de un buzón de sugerencias. Por otro lado, el 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 CAPV y el régimen de sugerencias y quejas, en su artículo 33, señala que las personas usuarias de los Servicios Sociales deben tener la posibilidad de participar directamente en el funcionamiento de los servicios a través de la presentación de sugerencias y quejas. Esta vía de participación debe estar abierta, asimismo, a otras personas que, sin ser usuarias de los servicios, tienen acceso a los mismos bien en calidad de visitantes o acompañantes, bien en el ejercicio de su profesión.

sistematizar la información, la periodicidad, el análisis de los datos y la elaboración de propuestas de mejora.

Una vez revisados los protocolos para evaluar el grado de satisfacción del cliente que proponen la norma UNE 158101, el Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, el Sistema de Evaluación de residencias de Ancianos (SERA), el método “Las residencias son para vivir” (*Homes are for living in – HAFLI*), y el estudio sobre estándares de servicios y equipamientos en residencias para personas mayores que Rodríguez Roldán *et al.* (2003) realizaron para el Imsero, se propone, a continuación, un procedimiento y algunas recomendaciones en cuanto a la sistemática de obtención de información relativa a la satisfacción de usuarios y familiares, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial ofrecida por el centro residencial.

En primer lugar, no resulta complicada la puesta en marcha en el centro residencial de un sistema que permita canalizar convenientemente la recogida de sugerencias y reclamaciones. Éstas siempre se deberán presentar por escrito a través de un formulario diseñado al efecto que estará siempre disponible para los usuarios. En un lugar visible, preferiblemente en la recepción de la residencia, se colocará un cartel que indique la existencia de hojas de reclamaciones a disposición de cualquier residente, familiar o allegado que las solicite. Los formularios deben estar redactados con claridad, en un lenguaje sencillo y en formatos y soportes que faciliten su comprensión por parte de todas las personas usuarias. Deberá existir en el centro una persona responsable de la recepción y tramitación de las sugerencias y reclamaciones<sup>342</sup>, desarrollando las siguientes funciones (Lacasta, 2001, p. 105):

- Facilitar la información necesaria para la presentación de una sugerencia o reclamación.
- Ayudar a rellenar el formulario correspondiente a quienes tengan dificultades para hacerlo.
- Respetar el carácter confidencial de la identidad del solicitante hasta el

---

<sup>342</sup> Puede existir una unidad de atención al usuario, que entre otras competencias, se ocupe de ello.

final de sus actuaciones.

- Tramitar las sugerencias y reclamaciones conforme al procedimiento establecido.

La persona encargada de recoger el formulario deberá acusar recibo de la misma. La queja se deberá tramitar en un plazo determinado de días y se diseñará el tratamiento para solucionar el motivo de la queja e implantar la medida correctora apropiada. Este tratamiento podrá consistir en las actuaciones siguientes (Lacasta, 2001, p. 105):

a) Formular propuestas de mediación cuando la naturaleza de la cuestión objeto de queja lo permita y cuando así sea aceptado por la persona que formule la queja. En estos supuestos se podrá concluir la tramitación siempre y cuando, de las explicaciones proporcionadas, se derive la plena satisfacción del reclamante.

b) Proceder a la investigación pormenorizada de los hechos y circunstancias que sean objeto de queja debiendo contar, en todo caso, con el Director o Responsable del centro, y elaborar un informe donde se recojan los aspectos que puedan resultar relevantes al que se incorporarán las pruebas que se consideren de interés.

c) Proponer las medidas que deberían adoptarse como solución al conflicto planteado.

Se responderá, por el medio que considere más adecuado, al reclamante, exponiéndole las medidas adoptadas para solucionar su queja o reclamación. Deberá, así mismo, remitirse comunicación de la solución adoptada al personal directamente afectado.

Igualmente, debe existir en un lugar visible, preferiblemente en la recepción de la residencia, un buzón de sugerencias para que los residentes, familiares, allegados y trabajadores expresen su opinión sobre cualquier aspecto de la residencia, de forma anónima si así lo prefieren. La persona o unidad de atención al usuario responsable de la recepción y tramitación de las sugerencias las analizará, determinará su viabilidad y elevará la correspondiente propuesta a la dirección de la

residencia pudiendo, a tal efecto, recabar la opinión de otras personas usuarias y profesionales del servicio o centro.

Es importante, como resulta fácilmente comprensible, que el procedimiento exija establecer mecanismos de respuesta que eviten que las quejas o sugerencias queden sin responder, generándose, en ese caso, un grado mayor de frustración por parte de los usuarios (Guillén y Pérez Madera, 2002, p. 231).

Por otro lado, con carácter periódico, y al menos semestralmente, se convocará una reunión con los familiares de los residentes con objeto de evaluar su grado de satisfacción con los servicios ofrecidos y con el tratamiento dado a los residentes. Para esas reuniones se deberá utilizar un cuestionario de satisfacción diseñado de manera específica para los familiares.

De la misma forma, al menos semestralmente, se pulsará el grado de satisfacción de los residentes. También se diseñará un cuestionario específico para ellos, partiendo, por ejemplo, del borrador de cuestionario propuesto anteriormente. El cuestionario de satisfacción puede entregarse al residente para su cumplimentación o bien realizarse en forma de entrevista cuando las condiciones del residente así lo requieran. Puede presentarse el problema de que las personas a partir de un determinado grado de incapacidad puedan tener dificultad para expresar sus opiniones.

Como señalábamos con anterioridad, sería interesante, mediante una sencilla investigación de tipo cualitativa, recoger información de los usuarios, familiares y empleados, respecto a los elementos que más valoran en la prestación del servicio ofrecido por la residencia. Esta información facilitaría la elaboración de los cuestionarios de satisfacción.

En estas entrevistas los clientes de la residencia expresarán su sentir general y podrán referirse a aspectos y problemas específicos respecto a los servicios recibidos en la residencia. Puede existir el inconveniente de que los residentes y sus familias, en algunos casos, pueden no sentirse libres para expresar sus quejas por lo que

siempre tendrá que existir un instrumento, como el buzón de sugerencias, que permita opinar a los clientes de manera anónima.

Por otro lado, resulta muy conveniente, en nuestra opinión, la existencia de comisiones de usuarios, que se deberán reunir de forma periódica y plantear sus problemas, dudas, sugerencias de mejora en la atención, etcétera. Estas comisiones tienen el inconveniente de que solo serán válidas en los casos de personas mayores con suficiente capacidad cognitiva y, por lo general, suelen tener más valor como terapia de grupo que como foros de análisis de la asistencia. Sin embargo, aún en este caso, consideramos positiva su existencia, sobre todo en el caso de una residencia de una dimensión mediana o grande.

En esta línea, también resulta interesante la creación de comisiones de familiares. Aunque en este caso puede obtenerse mayor información puede resultar complicada su gestión al mezclarse, en ocasiones, los problemas familiares particulares con los problemas derivados del modelo de atención que se haya establecido.

Por último, con la información obtenida en las reuniones con los residentes y sus familiares, en las comisiones de usuarios y familiares, la obtenida como consecuencia del examen de las reclamaciones y de las sugerencias recibidas, y añadiendo a toda esta información el resultado obtenido a consecuencia de la implantación de las acciones propuestas en el periodo anterior, se elaborará un informe en el que se evaluará el grado de satisfacción general de los residentes y familiares con los servicios recibidos.

Este informe servirá para elaborar un “Plan de acciones de mejora” para el próximo periodo, que recogerá al menos (Rodríguez Roldán *et al.*, 2003, p. 71):

- Descripción de las acciones propuestas.
- Responsables.
- Medios y equipos necesarios.
- Proceso de implantación.

- Resultados esperados.
- Periodo de implantación.
- Sistemática para el seguimiento de su implantación y para la medición de su efectividad.

Si bien, como señalábamos con anterioridad, en muchas organizaciones los resultados obtenidos no conlleven medidas que tengan repercusiones prácticas en la mejora de la calidad asistencial o en la forma en la que se organizan y prestan los servicios a los residentes, consideramos fundamental que este informe en el que se sintetiza la evaluación realizada respecto al grado de satisfacción de los residentes y familiares con la residencia, sea la base sobre la que se propongan y emprendan acciones que permitan avanzar en una mejor calidad asistencial. Éste, y no otro, debería ser el motivo del centro residencial para determinar el nivel de satisfacción de sus clientes.

### 7.3. Propositiones descriptivas derivadas de la fundamentación teórica

Una vez finalizado el marco teórico de la investigación y teniendo presente la información que de manera previa nos han suministrado personas vinculadas a la gestión de centros residenciales con motivo de nuestra participación en el postgrado “Especialista en dirección y gestión de centros gerontológicos y sociosanitarios” y en los Proyectos de Investigación en los que hemos trabajado y que han sido citados en la introducción de este trabajo, formulamos una serie de proposiciones de carácter descriptivo que posteriormente trataremos de evidenciar con el estudio empírico.

Yin (1994) considera necesario establecer proposiciones teóricas que dirijan la atención hacia algo que debe ser analizado dentro del ámbito del estudio. Estas proposiciones deberían ser el reflejo de cuestiones teóricas abordadas y servir como indicador inicial sobre dónde buscar evidencias relevantes.

Las proposiciones que planteamos y que analizaremos en los próximos capítulos atienden a los objetivos planteados en la introducción de esta Tesis Doctoral y son las siguientes:

**Proposición 1:** *Los responsables de los centros residenciales para personas mayores no conceden importancia a las actividades de marketing en la gestión de su organización y utilizan de manera limitada las herramientas que el marketing proporciona.*

**Proposición 2:** *Los modelos genéricos de gestión de la calidad, en concreto el modelo basado en la familia de normas ISO 9000 y el modelo de excelencia EFQM, son conocidos por los responsables de las residencias para personas mayores de la CAPV pero no tienen una gran difusión en estas organizaciones.*

**Proposición 3:** *Los modelos de gestión de la calidad dirigidos de manera específica a los centros residenciales para personas mayores, con una mayor preocupación por la calidad asistencial, no son conocidos ni tampoco están implantados en el sector.*

**Proposición 4:** *La utilización de instrumentos y herramientas de gestión que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, como, entre otros, los equipos de mejora, los sistemas de quejas y sugerencias, las encuestas de satisfacción o las cartas de servicios, que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, es reducida en las residencias para personas mayores de la CAPV.*

**Proposición 5:** *Los responsables de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV valoran positivamente la adopción de modelos de gestión de la calidad en el sector.*

**Proposición 6:** *Los modelos de gestión de la calidad implantados en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV se centran más en la mejora de la gestión que en la mejora de la calidad asistencial.*

La verificación de estas proposiciones relativas a la utilización de los modelos de gestión de la calidad dirigidos de manera específica a los centros residenciales para personas mayores, a la utilización de diferentes herramientas de gestión, al éxito de la adopción de los modelos de gestión de la calidad en el sector y a su eficacia en el ámbito de la calidad asistencial, puede conducirnos a proponer un modelo conceptual que se adapte mejor a la realidad de las pequeñas y medianas residencias que son las que predominan en la CAPV.

**PARTE II**  
**ESTUDIO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO 8º- METODOLOGÍA, DISEÑO Y DESARROLLO DEL ESTUDIO EMPÍRICO**

A fin de tener un marco referencial para el desarrollo de la presente investigación se han revisado, en la primera parte de la Tesis Doctoral, los trabajos e informes relacionados con los centros residenciales para personas mayores de la CAPV. Esta revisión nos ha permitido visualizar la situación de estas organizaciones bajo diferentes enfoques y en distintos ámbitos. Esto nos ha ayudado a formular las proposiciones e hipótesis y a orientar el diseño de los instrumentos de recolección de datos. De entre estos trabajos, escasos dado lo concreto del ámbito de estudio, debemos destacar los siguientes:

- *Atención a personas mayores de la CAPV: Servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales.* Realizado por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS, en 2005, para el Ararteko (Defensoría del Pueblo de la CAPV).

- *Séptimo informe sobre la situación de los Servicios Sociales en la CAPV.* Realizado por el Centro de Documentación y Estudios - SiiS, en 2008, para el Consejo Vasco de Bienestar Social (Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales de la Viceconsejería de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco).

El presente estudio empírico, atendiendo a la utilidad que, fuera del ámbito académico, se desea que tengan las conclusiones a las que se llegue, es una investigación aplicada, pues los resultados obtenidos podrán ser utilizados por aquellos centros residenciales para personas mayores que así lo deseen y, en especial, por parte de los decisores públicos del ámbito.

Por otro lado, debido al limitado conocimiento empírico que existe sobre estas organizaciones, la presente investigación parte de un primer nivel exploratorio,

llevado a cabo a través de observaciones directas, de entrevistas estructuradas, así como de contactos informales con profesionales del sector, que facilitó el acopio de un conjunto importante de información preliminar que, junto con la suministrada por los trabajos e informes estudiados para la realización del marco teórico del presente trabajo, fue considerada para formular el problema, plantear las proposiciones e hipótesis y, posteriormente, diseñar el instrumento de recogida de datos.

Nuestras propias limitaciones, principalmente temporales y materiales, además de la posibilidad de que los agentes que debían ser consultados no quisieran colaborar con el estudio, se erigieron en limitaciones a considerar a la hora de elegir un método de investigación u otro.

Así las cosas, en el trabajo de campo llevado a cabo en esta Tesis Doctoral optamos por realizar, una vez efectuado el estudio exploratorio citado con anterioridad, un estudio cuantitativo, el cual, desde el inicio de la Tesis Doctoral, se estableció como piedra angular de esta investigación.

En este estudio cuantitativo se utilizó la técnica de la encuesta por correo realizada a través del envío de un cuestionario a todos los centros residenciales para personas mayores de la CAPV.

En este capítulo, además de describir con mayor detalle la metodología seguida en la realización del estudio empírico, formularemos las hipótesis a contrastar y explicaremos el diseño del instrumento de recogida de datos, exponiendo las escalas que utilizaremos para medir el nivel de orientación al mercado y a la gestión de la calidad. Por último, comentaremos las diferentes fases seguidas en el desarrollo del estudio cuantitativo. De esta forma, en el capítulo noveno detallaremos las técnicas de análisis de datos empleados y presentaremos los resultados obtenidos.

### 8.1. Planteamiento de las hipótesis a contrastar

En la formulación de nuestras hipótesis hemos tenido presente los objetivos perseguidos que fueron planteados en la introducción de esta Tesis Doctoral, la revisión de la literatura con la que se elaboró el marco teórico, desarrollado en los capítulos primero al séptimo de este trabajo, y, por último, el citado estudio exploratorio basado en observaciones directas y en contactos con profesionales del sector.

Las hipótesis representan ideas supuestas no verificadas pero probables, expresan la posible relación entre dos o más variables y son formuladas para responder tentativamente a un problema de investigación (Sierra Bravo, 2001, p. 71). No obstante, antes de formularlas, vamos a reseñar, siguiendo a Rodríguez y Gutiérrez (1999, pp. 33-34), las condiciones requeridas para que merezcan la consideración de científicas y que trataremos de tener presentes en su definición:

1) Deben estar fundamentadas en el conocimiento previo o, cuanto menos, resultar compatibles con el cuerpo de conocimientos científicos existente.

2) Debe optarse, si existiesen varias conjeturas alternativas, por la que posea una fuerza lógica mayor.

3) Deben ser empíricamente contrastables mediante los procedimientos objetivos de la ciencia.

4) Deben estar semánticamente bien formuladas y ser conceptualmente claras.

Entendemos, asimismo, que enunciar unas hipótesis de trabajo que se pretenden validar en un ámbito de estudio de ciencias sociales como el que nos ocupa, no resulta una tarea fácil. De hecho, no son pocos los estudiosos que subrayan la cautela con la que se han de establecer este tipo de enunciados para su contrastación (entre otros, cabe señalar a Pardinas, 1984). Por ello, debe quedar claro

que aunque se estime necesario enunciarlas en aras de una mayor precisión en la definición de los objetivos específicos del trabajo de investigación, somos conscientes de que en un trabajo de estas características, el verdadero alcance de la investigación no se agota con la simple verificación de una serie de hipótesis de trabajo, definidas con antelación. Así las cosas, y respetando estas condiciones, pasamos a plantear las hipótesis de trabajo de la presente Tesis Doctoral que, más adelante, someteremos a contraste.

### **8.1.1. La estructura multidimensional de la orientación al mercado**

La primera de las hipótesis que vamos a plantear se refiere a la estructura de la orientación al mercado que, como ya se ha señalado con anterioridad, tiene un carácter multidimensional.

La orientación al mercado surge por la necesidad de operacionalizar el concepto de marketing (Bigné *et al.*, 2001, p. 5). Así, dicha orientación es considerada como la implantación del concepto de marketing en el seno de la organización<sup>343</sup>. Uno de los objetivos que perseguimos con el presente estudio empírico es la obtención de una escala de medida de la orientación al mercado que contemple las aportaciones más relevantes de la literatura y que se adapte al sector objeto de estudio. De esta forma, con esta escala trataremos de analizar el grado de orientación al mercado de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV.

A pesar del gran número de investigaciones realizadas, existe un cierto consenso al admitir los trabajos de Kohli y Jaworski (1990) y de Narver y Slater (1990) como el cuerpo doctrinal básico de la línea de investigación relativa a la orientación al mercado.

---

<sup>343</sup> En el capítulo primero de esta Tesis Doctoral hemos estudiado la orientación al mercado como implantación de una filosofía de marketing en la organización e, igualmente, fueron revisados algunos de los trabajos mencionados en este epígrafe.

Kohli y Jaworski (1990, pp. 4-5), desde una perspectiva comportamental, conceptualizan la orientación al mercado en torno a tres componentes: la generación de información de mercado, su diseminación interdepartamental y la respuesta de toda la organización. De acuerdo con estas tres dimensiones, Kohli *et al.* (1993) proponen la escala MARKOR para la medición de la orientación al mercado. En la estructura de la escala subyacen los tres componentes citados. El grado de orientación al mercado es la suma no ponderada de los tres componentes. Esta escala ha sido utilizada posteriormente en numerosas ocasiones (Bisp *et al.*, 1996; Pitt *et al.*, 1996; Varela *et al.*, 1996; Balabanis *et al.*, 1997; Bhuiyan, 1997, 1998; Varela y Calvo, 1998; Álvarez *et al.*, 1999; Vázquez *et al.*, 2001; Matsuno *et al.*, 2002; Cambra y Fuster, 2005, entre otros).

Para Narver y Slater (1990, p. 21), desde una perspectiva cultural, la orientación al mercado se conceptualiza en torno a tres componentes comportamentales –la orientación al cliente, la orientación a la competencia y la coordinación interfuncional–, y a dos criterios de decisión –el enfoque de largo plazo y la rentabilidad–. Estos autores, basándose en estas dimensiones, proponen la escala MKTOR para la medición de la orientación al mercado. Finalmente, en un examen posterior sobre la validación de la escala los dos criterios de decisión son desestimados por falta de fiabilidad de las escalas de medida utilizadas, no por su falta de importancia. Los planteamientos de estos investigadores han servido como base para los trabajos desarrollados con posterioridad por autores como Deng y Dart (1994), Greenley (1995), Llonch (1996), Bigné *et al.* (1998), Chang y Chen (1998), Barroso y Sánchez del Río (2002) y Rodríguez-Bobada (2005), entre otros.

En conjunto, las dos definiciones proporcionadas por Kohli y Jaworski (1990) y Narver y Slater (1990) resultan próximas y complementarias. En concreto, entienden la orientación al mercado como un constructo continuo y no dicotómico, se centran en la obtención y diseminación de información sobre los clientes y competidores para obtener una ventaja competitiva<sup>344</sup>, señalan la importancia de

---

<sup>344</sup> Aunque Kohli y Jaworski (1990) se centran más en los clientes que en los competidores.

concentrar los esfuerzos de todas las funciones para responder a las necesidades del consumidor, y ambas perspectivas consideran la orientación al mercado como un constructo formado por tres componentes.

En el estudio de las similitudes entre ambos enfoques, algunos de los autores que más han contribuido han sido Diamantopoulos y Hart (1993) o Cadogan y Diamantopoulos (1995). Así, Diamantopoulos y Hart (1993) manifiestan las siguientes similitudes entre ambas perspectivas: por un lado, la orientación al cliente y la orientación a la competencia del modelo cultural lleva implícita la búsqueda y captación de información, es decir la generación de información propuesta en el modelo comportamental; por otro lado, la coordinación interfuncional puede corresponderse con la diseminación de información; y finalmente, manifiestan que la respuesta a la información del mercado no parece corresponderse directamente con ninguno de los elementos del modelo cultural, aunque se considere un elemento esencial en la implantación de la orientación al mercado. Por su parte, Cadogan y Diamantopoulos (1995) también analizan las coincidencias de ambos enfoques al tiempo que proponen un modelo integrador.

De la misma manera, encontramos en la literatura otros trabajos que manifiestan la complementariedad de ambas perspectivas (Vázquez *et al.*, 1999; Álvarez *et al.*, 2000; Homburg y Pflesser, 2000), o que analizan la relación entre ellas (Gainer y Padanyi, 2002; 2005; Flavián y Lozano, 2004a; 2004b; 2005). Estos intentos por relacionar ambos modelos teóricos se complementarán con el desarrollo de escalas de medida también de carácter integrador.

En lo referente a la adaptación de escalas a diferentes contextos (países, sectores, tipos y tamaños de empresas) resulta de especial interés el trabajo llevado a cabo por Gray *et al.* (1998). Estos autores opinan que la causa del escaso éxito en la aplicación de estas escalas se debe a la falta de un modelo generalizable de orientación al mercado. Por lo tanto, a falta de un modelo generalizado, los autores proponen un método de medición partiendo de la combinación de las dos escalas anteriores, la escala MKTOR de Narver y Slater (1990) y la escala MARKOR de

Kohli, Jaworski y Kumar (1993), que, con posterioridad, se adaptará a cada situación particular<sup>345</sup>.

En nuestro caso, para obtener una escala que permita evaluar el grado de orientación al mercado de los centros residenciales, hemos recurrido, en principio, a las escalas ya existentes, para incluir, con posterioridad, ítems sobre aspectos no recogidos por aquéllas. Como hemos señalado, no existe una escala polivalente única que sirva a la perfección para todos los propósitos de medición de la orientación al mercado (Bigné *et al.*, 2001, p.13), y, por ello, los investigadores se han encontrado con la necesidad de adaptarlas, en mayor o menor medida, a cada caso particular.

Por consiguiente, mientras no se desarrolle una escala generalizable para la medición del grado de orientación al mercado, habrá que trabajar en adaptaciones de las existentes, planteando medidas de fiabilidad y validez de las mismas. Esto implica: primero, la adaptación de una o varias escalas al caso concreto, incluyendo los ítems que recojan las particularidades pertinentes y eliminando los de menor significación, y, segundo, la validación estadística y empírica de la escala.

Sobre la base de lo expuesto, y en cuanto a la medición del concepto de orientación al mercado, partiendo de la premisa de que las escalas MKTOR y MARKOR han sido ampliamente aceptadas en la literatura publicada al respecto (Bigné *et al.*, 2001, p. 6), planteamos la conveniencia de desarrollar una escala de medición que contemple ambas escalas y en la que se realicen los ajustes y adaptaciones necesarias en función de las características del sector y del público objeto de estudio<sup>346</sup>.

Consideramos un interesante punto de partida la escala ecléctica propuesta por Bigné y Blesa (2002), la cual se basa, en lo que a sus dimensiones se refiere, en

---

<sup>345</sup> En su caso lo realizan para una multi-industria y para un país concreto, Nueva Zelanda.

<sup>346</sup> Realizan adaptaciones de las escalas de orientación al mercado a campos específicos autores como Greenley (1995), Farrell y Ockowski (1997), Harris (1998), Lado *et al.* (1996), Gray *et al.* (1998), Siguaw *et al.* (1998), Álvarez *et al.* (2003), Bigné *et al.* (2001, 2006), y Santos y Álvarez (2006), entre otros.

las escalas MARKOR y MKTOR, aunque la estructura de la misma obligó a la reubicación de algunos de los ítems, a la supresión de redundancias y a la incorporación de ítems de otras escalas referentes a aspectos no recogidos en las escalas mencionadas (Bigné y Blesa, 2002, p. 39).

La ventaja que aporta esta escala se refiere, fundamentalmente, a su estructura, ya que contempla las dimensiones de la escala MARKOR –generación de información de mercado, su diseminación interdepartamental y la respuesta de toda la organización–, añadiendo, de forma explícita, la coordinación interfuncional de la escala de Narver y Slater (1990)<sup>347</sup>.

De esta manera, la primera dimensión de la orientación al mercado, *la generación de la información*, supone obtener información del mercado, de manera sistemática, que permita comprender sus necesidades y preferencias, presentes y futuras, para, de esta manera, poder tomar decisiones. La investigación de mercado es, por tanto, una herramienta fundamental para generar dicha información. Esta generación de información es responsabilidad de todos los miembros de la organización, por lo que es necesario contar con los mecanismos adecuados para asegurar que la información fluya por toda la organización.

Esto nos lleva al segundo elemento: *la diseminación de información*. La información debe fluir de forma efectiva por los diferentes departamentos de la organización, de tal forma que permita compartir los datos disponibles y facilitar la toma de decisiones. Esta diseminación se producirá tanto por procedimientos formales como informales. El valor de la información generada en la organización sólo es maximizado cuando está a disposición de los miembros de la organización en el momento en que éstos tienen que tomar sus decisiones y llevar a cabo las acciones consecuentes. La diseminación de la información en la organización se logra, por ejemplo, mediante reuniones interdepartamentales o charlas informales sobre la

---

<sup>347</sup> Además, dentro de los 16 ítems de los que finalmente consta la escala ecléctica de Bigné y Blesa (2002), se incorporan ítems que recogen aspectos relacionados con el entorno, coincidiendo así con trabajos como el de Matsuno *et al.* (2000) que han abundado en el refinamiento de la escala MARKOR.

evolución del mercado, discusiones sobre las acciones de la competencia, debates sobre los niveles de satisfacción de los usuarios, etcétera.

Los dos primeros elementos no tendrán ningún valor si la organización no es capaz de *diseñar e implantar una respuesta* ofreciendo unos servicios que satisfagan las necesidades actuales de los usuarios o que se anticipen a las necesidades futuras. Actuar de forma orientada al mercado presupone diseñar la respuesta en función de la información acumulada sobre los deseos y preferencias de los usuarios, las estrategias de la competencia y las características del entorno. La implantación de una respuesta válida requiere con frecuencia el uso de herramientas e instrumentos de marketing, como pueden ser la segmentación de mercados y la diferenciación de los servicios, teniendo siempre presente, en el caso de los centros residenciales, la búsqueda de la calidad asistencial.

Por último, *la coordinación interfuncional* se refiere a la capacidad de la organización para lograr la cooperación de sus diferentes integrantes. Para ser efectivos, cada departamento debe ser sensible a las necesidades de todos los demás departamentos de la organización. Por su importancia, algunos autores consideran que la coordinación interfuncional es una orientación hacia el interior de la organización, pues permite tener empleados satisfechos y eficientes, y facilitar el trabajo conjunto de los diferentes departamentos (Harris, 2000; Khan, 1996).

Así pues, tomando en consideración las evidencias de la literatura académica sintetizadas previamente, la primera de nuestras hipótesis queda definida en los siguientes términos:

**Hipótesis 1:** *La orientación al mercado constituye un concepto multidimensional integrado, en el sector de las residencias para personas mayores, por la búsqueda de información, su diseminación por los diferentes departamentos de la organización, el diseño e implantación de la respuesta y la coordinación interfuncional.*

### 8.1.2. La estructura multidimensional de la gestión de la calidad

La siguiente hipótesis que vamos a plantear se refiere a la estructura del concepto de gestión de la calidad en el sector de las residencias para personas mayores.

A pesar de la multitud de estudios publicados en las dos últimas décadas sobre gestión de la calidad, no existe un consenso generalizado sobre las dimensiones que integran este concepto. En efecto, el análisis de la dimensionalidad de la gestión de la calidad resulta ser un aspecto controvertido en la literatura, pues el amplio espectro que cubre provoca la aparición de múltiples y variadas dimensiones. En este sentido, Sila y Ebrahimpour (2002) llegan a identificar, en el periodo 1989-2000, más de 75 trabajos en los que se tratan de obtener empíricamente los factores relevantes que definen el constructo. En éstos se reconocen hasta 25 dimensiones que son extraídas con relativa frecuencia en unos y otros estudios. Estos datos ponen de manifiesto las dificultades prácticas que supone medir un concepto tan amplio y complejo como es la gestión de la calidad ante la inexistencia de un marco de referencia común.

Además, nos encontramos con autores, como Saravanan y Rao (2006), que consideran que, dado que existen diferencias entre las prácticas de gestión de la calidad en la industria y en los servicios, es necesario identificar y validar las dimensiones críticas de la gestión de la calidad en las empresas de servicios<sup>348</sup>.

En definitiva, la revisión de los estudios empíricos sobre gestión de la calidad sugiere que los investigadores han construido el constructo de diferentes formas aportando diferentes dimensiones de la misma, siendo todas ellas complementarias entre sí.

---

<sup>348</sup> De la literatura sobre la dimensionalidad de la gestión de la calidad referida a empresas de servicios podemos destacar los trabajos de Saraph *et al.* (1989), Powell (1995), Black y Porter (1995,1996), Tamimi (1998), Kaynak (2003), Douglas y Fredendall (2004), y Saravan y Rao (2006), entre otros.

Muchos trabajos, entre otros los de Badri *et al.* (1995), Eskildsen y Dahlgaard (2000), Woon (2000), Rahman (2001), Antony *et al.* (2002), Brah *et al.* (2002), y Prajogo y Sohal (2004), desarrollan escalas de medición inspiradas en el modelo de gestión de la calidad total predominante en la zona geográfica donde se lleva a cabo el estudio. En nuestro caso, por tanto, correspondería utilizar el modelo EFQM de excelencia, desarrollado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, que tiene sus homólogos en el modelo Malcolm Baldrige en Estados Unidos y en el Premio Deming en Japón, estudiados, todos ellos, en el capítulo cuarto de esta Tesis Doctoral.

Siguiendo esta línea, a fin de evaluar el grado en que un centro residencial para personas mayores adopta los principios de la gestión de la calidad, se ha desarrollado, considerando los estudios de Santos y Álvarez (2007a, pp. 457-458), una escala específica de medición inspirada en las dimensiones críticas del modelo EFQM de excelencia<sup>349</sup>. Los criterios o agentes representativos de las actuaciones específicas en materia de calidad que hemos considerado relevantes para las organizaciones del sector que nos ocupa son los siguientes:

- Liderazgo. Es unánime el acuerdo en la literatura, –Garvin (1987), Deming (1989), Powell (1995), Black y Porter (1995,1996), Samson y Terziovski (1999), Kaynak (2003), Douglas y Fredendall (2004), y Saravan y Rao (2006), entre muchos otros–, en cuanto a que el compromiso de la alta dirección resulta determinante para una eficaz implantación del enfoque de gestión de la calidad. Así, los líderes excelentes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión organizativa, desarrollando los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido, haciendo realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos.

---

<sup>349</sup> A su vez, Santos y Álvarez (2007a), consideran las escalas de medida de la gestión de la calidad desarrolladas por Badri *et al.* (1995), Ahire y O’Shaughnessy (1998), Grandolz y Gershon (1998), Quazi y Padibjo (1998), Anderson y Sohal (1999), Samson y Terziovski (1999), Zhang *et al.* (2000), Antony *et al.* (2002) y Brah *et al.* (2002).

- Personas. Asimismo, en el marco teórico de la Tesis Doctoral, nos hemos referido, en todo momento, a las personas como el elemento clave de la calidad de la gestión y de la calidad asistencial en nuestro ámbito de estudio. Como subrayan Bartlett y Ghoshal (1990), Randolph (1995a; 1995b) y Dale (2003), entre otros, conseguir la involucración y el compromiso de los empleados es uno de los principios clave de la calidad; se trata de una tarea extremadamente compleja, que pone de manifiesto el carácter sistémico del conjunto de los principios desarrollados y de la cual se derivan importantes ventajas para la empresa. De esta forma, las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que se manifieste todo el potencial de las personas que las integran, tanto considerando su labor individual como su trabajo en equipo.

- Recursos y alianzas. Son numerosos los autores que incluyen la gestión de los recursos internos y de las relaciones dentro de las prácticas de gestión de la calidad –Saraph *et al.* (1989), Anderson *et al.* (1994), Powell (1995), Black y Porter (1995, 1996), Kaynak (2003), y Douglas y Fredendall (2004), entre otros–. Así, las organizaciones excelentes planifican y gestionan los recursos internos y las alianzas externas en apoyo de su estrategia y del eficaz cumplimiento de sus procesos.

- Procesos. Las organizaciones son conjuntos de procesos interrelacionados y la mejora de estos procesos es el fundamento para la mejora del desempeño, –Deming (1989), Anderson *et al.* (1994), Powell (1995), Martínez-Lorente *et al.* (1998), Kaynak (2003), y Douglas y Fredendall (2004), entre otros–. De esta forma, las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.

No hemos considerado, para el sector objeto de estudio, el quinto criterio o agente del modelo EFQM, es decir, la *estrategia*. El desarrollo de planes estratégicos y su comunicación a los grupos de interés, la utilización de análisis DAFO, el uso del Cuadro de Mando Integral o la formulación de alternativas estratégicas no es habitual en el sector y, por otro lado, los ítems propuestos para su evaluación podrían resultar confusos para los encuestados.

Con todo lo expuesto proponemos, en los siguientes términos, nuestra segunda hipótesis de investigación:

**Hipótesis 2:** *La gestión de la calidad constituye un concepto multidimensional compuesto, en el sector de las residencias para personas mayores, por el liderazgo, las personas, los procesos, y los recursos y alianzas.*

### 8.1.3. Relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado

Una vez formuladas las hipótesis sobre la estructura de cada uno de los constructos clave de nuestro trabajo, la orientación al mercado y la gestión de la calidad, seguidamente planteamos la hipótesis relativa a la relación existente entre ambos en el sector objeto de estudio.

Como hemos estudiado en el capítulo primero de esta Tesis Doctoral, en las últimas dos décadas se han venido publicando trabajos que defienden que tanto el marketing como la gestión de la calidad son filosofías de gestión complementarias. Así, podemos destacar, entre otros, los trabajos de Morgan y Piercy (1992), Webster (1994a), Mohr-Jackson (1998), Lai y Weerakoon (1998), Morris *et al.* (1999), Longbottom *et al.* (2000), Christopher *et al.* (2002), Gummesson (2002), Bathie y Sarkar (2002), Barnes *et al.* (2004), Samat *et al.* (2006) y Mele (2007)<sup>350</sup>. De esta forma, nos encontramos con autores, como Longbottom *et al.* (2000), que subrayan la existencia de una convergencia conceptual entre los objetivos del marketing y los de la gestión de la calidad.

Para Garvin (1987, pp. 101-102), todas las definiciones de la gestión de la calidad giran en torno al concepto de satisfacción del cliente, siendo igualmente el núcleo central de la orientación al mercado. Por otro lado, Mohr-Jackson señala que la gestión de la calidad promete resultados superiores a través de un enfoque

---

<sup>350</sup> La revisión de algunos de los trabajos mencionados en este epígrafe se realizó en el capítulo primero de la Tesis en el que se abordó la relación entre el marketing y la gestión de la calidad.

centrado externamente en la satisfacción del cliente e internamente en la excelencia operativa (Mohr-Jackson, 1998, p. 19).

Quizás podría hablarse de un diferente énfasis conceptual entre la filosofía de marketing y la gestión de la calidad al tratar el concepto de satisfacción de cliente. Así, la primera se centraría más en "hacer las cosas adecuadas" respecto al cliente, mientras que la segunda se centraría más en "hacer las cosas bien" en toda la organización (Lai, 2003, p. 20).

Coincidimos con Mele (2007, p. 253), al considerar que la gestión de la calidad representa una plataforma para aprovechar totalmente la potencialidad del marketing e insistimos en la complementariedad de ambos enfoques. Asimismo, y realizando una síntesis de las aportaciones de Cravens *et al.* (1988), Orsini (1994) y Fram (1995), podemos subrayar las acciones que, de manera prioritaria, debe desarrollar el departamento de marketing para conseguir el aseguramiento de la calidad. Estas acciones, que a su vez son propias de las organizaciones orientadas al mercado, se resumirían en: a) determinar las expectativas de calidad de los clientes y participar en su conversión en estándares de calidad; b) utilizar los estándares para mejorar la calidad de sus actividades; y c) desarrollar la función de comercialización aprovechando la calidad de los productos para obtener ventajas competitivas.

Por otro lado, los trabajos realizados por los profesores Sussan y Johnson (1997), Lai y Weerakoon (2003, 2005), Santos y Álvarez (2007a, 2009), proporcionan evidencias empíricas que permiten defender que la adopción de un modelo de gestión de la calidad favorece el desarrollo de una cultura de orientación al mercado en la organización. Además, el enfoque de gestión de la calidad posibilita, en opinión de Santos y Álvarez (2007a, p. 454), el logro de un mayor reconocimiento y utilización del marketing en las organizaciones. Asimismo, estos autores consideran que la gestión de la calidad es relevante para la aplicación con éxito de la filosofía de marketing, pues aumenta la cooperación entre el departamento de marketing y otras funciones de la organización, evitándose, de esta forma, que el cometido del marketing termine limitándose a las actividades propias de su función

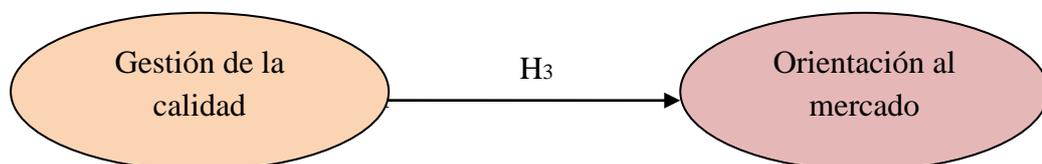
(Santos y Álvarez, 2007b, p. 41). En efecto, uno de los pilares de la gestión de la calidad es su carácter de responsabilidad compartida por todas las funciones en la organización, para lo cual resulta necesario desarrollar un diálogo interdepartamental. Esta idea es similar a la defendida para la adopción de una orientación al mercado. En efecto, para poder ofrecer una respuesta adecuada de toda la organización a la inteligencia de mercado que ha sido generada resulta necesaria una diseminación eficiente de esta información que solo se conseguirá con un diálogo entre los diferentes departamentos de la organización (Kohli y Jaworski, 1990).

En resumen, de la literatura empírica existente sobre la relación entre ambos constructos, parece constatarse el vínculo que sugerimos. Como resultado de todo lo anterior, formulamos la siguiente hipótesis de nuestro trabajo de investigación:

**Hipótesis 3:** *Existe una relación significativa y positiva entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector de los centros residenciales para personas mayores.*

Esta hipótesis constituye la base de nuestro estudio empírico, habida cuenta que nuestro propósito es indagar en la relación existente entre ambos constructos. Dicha relación aparece representada en el modelo teórico ilustrado en el gráfico 8.1,

**Gráfico 8.1: Primer modelo teórico propuesto**



Fuente: Elaboración propia.

#### **8.1.4. Relación entre los componentes de la gestión de la calidad y la orientación al mercado**

Como hemos señalado con anterioridad, nuestro trabajo pretende, además de determinar la relación existente entre los conceptos de gestión de la calidad y orientación al mercado en el sector objeto de estudio, explicar de qué manera la adopción de los principios de la gestión de la calidad contribuye a la orientación al mercado en las residencias para personas mayores.

La pretensión de comprender la relación existente entre ambos constructos nos lleva a plantear la cuarta hipótesis de este estudio empírico:

**Hipótesis 4:** *Existe una relación significativa y positiva entre los componentes de la gestión de la calidad y la orientación al mercado en las residencias para personas mayores.*

Como hemos comentado al plantear la hipótesis anterior, desde la última década del siglo pasado se han venido publicando trabajos que defienden la existencia de una relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado. Además, existe la evidencia empírica de la existencia de esta relación (Sussan y Johnson, 1997; Lai y Weerakoon, 2003 y 2005; Samat *et al.*, 2006; Santos y Álvarez, 2007a y 2009).

Sin embargo, resulta más complicado localizar en la literatura académica trabajos en los que se estudie, más concretamente, la relación existente entre las dimensiones que integran el concepto de gestión de la calidad y la orientación al mercado. En este sentido, podemos citar los trabajos de Lai y Weerakoon (2003, 2005) y Samat *et al.* (2006), que encuentran evidencias de esta relación en el caso de los componentes de la gestión de la calidad que ellos proponen. Así, las dimensiones *personas* y *procesos* son consideradas por estos autores y, aunque en otros términos, también la dimensión *liderazgo*.

En nuestro caso, al plantear que la gestión de la calidad es un concepto multidimensional compuesto, en el sector residencial, por el *liderazgo*, las *personas*, los *procesos*, y los *recursos y alianzas*, la hipótesis cuarta será subdividida en las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 4a:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “liderazgo” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

De esta forma, la existencia de un liderazgo excelente en el centro residencial influye positivamente en la orientación al mercado del mismo. La orientación al mercado no puede progresar en un centro residencial sin que exista un compromiso por parte de la dirección hacia la mejora continua. En efecto, la existencia de un liderazgo en la dirección de la residencia permitirá que esta orientación sea asumida por todos los miembros de la organización, de forma que la estructura, los procedimientos, las normas y las relaciones entre profesionales, entre otras cuestiones, estén siempre subordinadas a las necesidades y expectativas del residente así como a la mejora de la calidad asistencial ofrecida.

**Hipótesis 4b:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “procesos” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

Es decir, diseñar, gestionar y mejorar los procesos en la residencia para satisfacer plenamente a sus usuarios y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos influye positivamente en la orientación al mercado de la organización. Así, el proceso clave de la residencia –el servicio asistencial prestado al residente– y los subprocesos que lo componen –la determinación de las necesidades de los usuarios, la prestación de los servicios que permitan satisfacerlas y la evaluación del nivel de satisfacción de los residentes y de sus familiares–, contribuirán positivamente a la orientación al mercado del centro residencial.

**Hipótesis 4c:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “recursos y alianzas” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

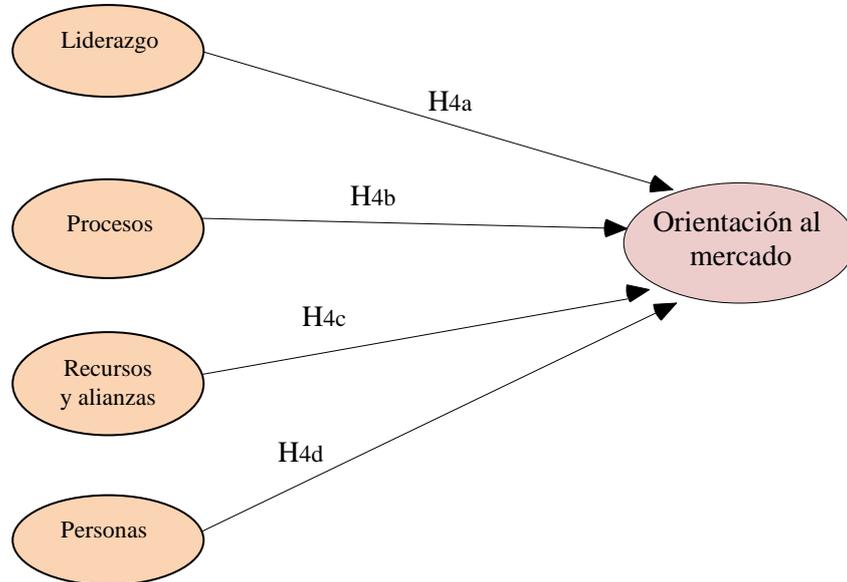
De esta manera, la planificación y gestión de las alianzas externas basadas en unos beneficios mutuos sostenibles y la administración eficaz y eficiente de los recursos internos en el centro residencial, buscando un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización y de la comunidad, influyen de manera positiva en su orientación al mercado.

**Hipótesis 4d:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “personas” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

En efecto, consideramos que gestionar y desarrollar el potencial de las personas que integran la residencia influye positivamente en su orientación al mercado. Así, del estudio teórico realizado hemos podido concluir de manera rotunda que el personal que trabaja en un centro residencial tiene una relación muy estrecha con los residentes y depende de sus aptitudes y, sobre todo, de sus actitudes el que el usuario perciba una elevada calidad asistencial. Por ello, las personas que trabajan con personas mayores deben tener no solo un perfil técnico, sino también un perfil asistencial.

Todas las hipótesis formuladas en este epígrafe quedan reflejadas en el segundo modelo teórico propuesto (gráfico 8.2).

**Gráfico 8.2: Segundo modelo teórico propuesto**



Fuente: Elaboración propia.

## 8.2. Metodología utilizada en el estudio empírico

Una vez concluida la fase heurística de la investigación, que ha sido realizada mediante la observación, descripción y reflexión de la literatura sobre el tema objeto de estudio, que nos ha permitido generar tanto las proposiciones descriptivas planteadas al finalizar el capítulo séptimo como las hipótesis formuladas en el epígrafe anterior, comprobaremos el fundamento de las mismas por medio de un procedimiento empírico. En este apartado, por tanto, describiremos cuál ha sido la metodología investigadora seguida en el estudio empírico llevado a cabo en el ámbito de esta Tesis Doctoral.

De esta manera, podemos distinguir dos etapas en la realización de esta investigación. En una primera etapa, de carácter exploratorio, fueron visitados una serie de centros residenciales dentro de un trabajo de campo realizado en el marco de los Proyectos de Investigación académica “Gestión de la calidad en el sector sociosanitario de Gipuzkoa: generación de propuestas innovadoras”, dentro del programa “Red guipuzcoana de ciencia, tecnología e innovación” de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y “Gestión de la calidad en el sector sociosanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco: generación de propuestas innovadoras e integradoras”, convocatoria de la UPV/EHU, que tenían como objetivo evaluar la incidencia de la adopción de los modelos genéricos de gestión de la calidad en el ámbito de las residencias para personas mayores de la CAPV, tratando de examinar cuáles han sido las motivaciones, los obstáculos y los resultados de dichas adopciones en la mejora de la calidad del servicio ofrecido.

De esta forma, se visitaron unas treinta residencias de atención a personas mayores de la CAPV, todas ellas del Territorio Histórico de Gipuzkoa, durante los meses de abril y julio de 2009. Dos de los centros correspondían a residencias con más de 200 plazas y el resto se trataba de centros de tamaño mediano o pequeño. Las visitas a estos centros sirvieron para conocer, mediante observación simple, las

condiciones de trabajo y la problemática de estas organizaciones. Por otro lado, nos permitió realizar una serie de contactos que, posteriormente, serían de gran utilidad.

Sierra Bravo (2001, p. 253) señala que la observación simple consiste en la inspección y estudio realizado por el investigador, mediante el uso de sus propios sentidos, de las cosas o hechos de interés social, tal y como se presentan en un momento dado y con las exigencias de la investigación científica.

En este sentido, se ha de reseñar que la visita a los centros residenciales supuso una primera toma de contacto para conocer cuál era la realidad de las residencias para personas mayores en la CAPV. Además, la observación se dirigió a evidenciar la presencia de algunos aspectos tales como la existencia de folletos explicativos de los servicios ofrecidos por la residencia, protocolos de acogida al residente, publicaciones dirigidas a residentes o familiares, cartas de servicios, manuales de buenas prácticas, sistemas de quejas y sugerencias, etcétera. Se aprovechó la ocasión para conocer la opinión de los profesionales del sector respecto a los modelos de gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores. Las aportaciones de los responsables y de los trabajadores de los centros residenciales<sup>351</sup> han sido fundamentales para poder realizar este estudio y agradecemos sinceramente su colaboración.

En una segunda etapa se realizó un estudio cuantitativo, base de esta investigación, utilizando la técnica de la encuesta por correo postal, ejecutada a través del envío de un cuestionario a todos los centros residenciales para personas mayores de la CAPV.

Una parte fundamental de este estudio cuantitativo es de tipo descriptivo, pues se trata de identificar y cuantificar la utilización de las herramientas de marketing como parte de la gestión de estas organizaciones. Asimismo, se intenta determinar el nivel de conocimiento y utilización de los diferentes instrumentos y modelos de gestión de la calidad que se utilizan y la percepción que tienen los

responsables de los centros para personas mayores en cuanto a la aplicabilidad de los mismos en sus organizaciones.

Por otro lado, también es objetivo relevante de este estudio cuantitativo diseñar unas escalas de medición de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad, dirigidas específicamente a los centros residenciales para personas mayores, que permitan evaluar el grado de orientación al mercado y el nivel de adopción de los principios de la gestión de la calidad en las organizaciones del sector. En el apartado siguiente explicaremos tanto el diseño del instrumento de recogida de datos como, de forma más concreta, el diseño de ambas escalas.

Aunque en las dos fases se ha pretendido obtener tanto datos cuantitativos como aportaciones cualitativas, la primera fase tiene un marcado carácter cualitativo, y la segunda fase tiene, fundamentalmente, un carácter cuantitativo.

---

<sup>351</sup> En total se recogió información de aproximadamente 75 profesionales del sector, con un mayor o menor nivel de responsabilidad.

### 8.3. Diseño del instrumento de recogida de datos

Como señalábamos anteriormente, una vez finalizada la primera etapa exploratoria, en una segunda fase de la investigación se realizó un estudio cuantitativo utilizando la técnica de la encuesta postal. El cuestionario se envió a todas las residencias para personas mayores de la CAPV.

La encuesta postal consiste en enviar a los encuestados el cuestionario por correo para que lo cumplimenten y lo devuelvan por el mismo sistema (Luque, 1997, p. 131). El cuestionario es el nexo de unión en la comunicación entre investigador y entrevistado. Sirve como código para transmitir lo que se desea del entrevistado y, a su vez, recoger la respuesta de éste. El diseño del cuestionario supone una fase crucial del proceso de investigación, dado que condiciona sustancialmente el éxito del mismo (Díaz de Rada, 2001, p. 16).

Un requisito fundamental para utilizar la encuesta postal es disponer de un listado con las direcciones postales de los individuos a encuestar. Para obtener una base de datos actualizada con los centros residenciales de la CAPV nos pusimos en contacto con el Portal de Mayores del Imserso<sup>352</sup> quienes, muy amablemente, nos facilitaron la base de datos con los centros residenciales registrados en la CAPV a fecha de junio de 2009.

El cuestionario tenía como principales objetivos determinar el grado de conocimiento y utilización de modelos de gestión de la calidad, tanto genéricos como específicos del sector; conocer el nivel de utilización de determinadas acciones y herramientas de gestión; precisar el grado de utilización de herramientas de marketing; validar una escala que permita determinar el nivel de orientación al mercado existente en el sector, y, por último, diseñar y validar otra escala que

---

<sup>352</sup> Se trata de un portal científico especializado en gerontología y geriatría, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), y dirigido al ámbito académico y científico, a los profesionales de los Servicios Sociales, a las propias personas mayores y a la sociedad en general.

permita medir el grado en que los centros residenciales para personas mayores asumen los principios de la gestión de la calidad.

Por otro lado, las respuestas obtenidas nos permitirán determinar la posible existencia de una relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector residencial. De esta forma, como puede observarse, el cuestionario trata de plasmar en preguntas los objetivos perseguidos en la investigación.

Por otra parte, la encuesta se diseñó para ser respondida y devuelta a través de correo, sin intervención del encuestador, de manera sencilla y rápida de contestar. Consideramos importante, para garantizar una tasa suficiente de respuesta, no abrumar a los encuestados con un número excesivo de preguntas que les ocupase demasiado tiempo.

Por este mismo motivo, se formularon preguntas cerradas o semicerradas, de tal modo que el cuestionario resultara más sencillo de responder. El uso de preguntas cerradas es recomendable, además, para poder establecer comparaciones entre los datos obtenidos de diferentes individuos y, a su vez, minimizar los errores en las respuestas o los derivados de la interpretación dada por el encuestado o por el encuestador. En las dos últimas preguntas se dio la posibilidad al encuestado de incluir comentarios para, de esta forma, recoger una breve pero interesante información de tipo cualitativo.

Asimismo, concedimos importancia a la estética del cuestionario. Como señala Luque (1999, p. 274) no solo es importante el contenido del cuestionario, también la forma es un factor decisivo para el éxito de la encuesta. Se trató de que el diseño fuese atractivo y que las preguntas que se deseaban formular tuviesen cabida en un espacio limitado, maximizando el espacio disponible. Consideramos que un cuadernillo de dos hojas no sería desatendido por demasiado extenso y permitiría alcanzar una mayor tasa de respuesta. La primera cara del cuadernillo serviría como introducción, tanto en euskara como en castellano, y de manera breve permitiría señalar el objetivo de la investigación. Por otro lado, acompañó al cuestionario una carta de presentación igualmente en euskara y en castellano (ver anexos 1 y 2). En

este proceso seguimos las indicaciones de Rodríguez del Bosque (1999, p. 330), que señala que el papel, la impresión, el material de apoyo y la carta de presentación han de ser cuidados con especial esmero, dando apariencia de profesionalidad para conseguir la consideración del entrevistado. Por último, para la devolución del cuestionario se adjuntó un sobre con la dirección del destinatario, debidamente franqueado y con un código de identificación. Adjuntar el sobre cumplimentado y franqueado permite, tal y como se ha constatado en trabajos previos, la obtención de una mayor tasa de respuesta.

El instrumento diseñado para esta investigación se sometió a un proceso de validación de contenido con el objetivo de establecer la correspondencia entre el instrumento y su contexto teórico. Se trata de conocer si el cuestionario recoge los diferentes aspectos que se consideran básicos y fundamentales en relación al objeto de análisis. Esta validación del contenido se basa, por lo general, en la capacidad de discernimiento y juicio subjetivo de uno o varios investigadores, a quienes se les entrega información relacionada con el propósito y contenido de la investigación (Miquel *et al.*, 1997, p. 126).

De esta manera el instrumento fue sometido a la evaluación de tres expertos: uno en diseño y elaboración de instrumentos de recolección de datos, otro en marketing y otro en estudios e investigaciones referentes a los Servicios Sociales en la CAPV. A estos especialistas se les solicitó emitir un juicio calificativo sobre el contenido de los reactivos, tomando en cuenta su coherencia, claridad y pertinencia con las hipótesis y objetivos de la investigación. Las observaciones realizadas por los expertos fueron incorporadas al instrumento para garantizar su validez.

Posteriormente, responsables de centros residenciales para personas mayores de Azkoitia, Zumaia, Zarauz e Irun, colaboraron en la realización de un *pretest* que tenía como objetivo determinar el nivel de comprensión por parte de los encuestados de las diferentes preguntas, así como el tiempo necesario para la cumplimentación del cuestionario. Las sugerencias realizadas por estas personas, fundamentalmente en relación a la claridad de algunas preguntas, fueron tenidas en cuenta en la redacción del cuestionario definitivo, que se recoge como anexo en las páginas finales de esta

Tesis Doctoral. En todos los casos, tal y como se recoge en el apartado de agradecimientos de esta Tesis, hemos de agradecer muy sinceramente la colaboración y el tiempo prestados para esta labor tan importante.

El cuestionario se estructuró, tras la solicitud de unos datos básicos, de forma que las aportaciones obtenidas diesen información acerca de:

1. El grado de utilización de herramientas de marketing y su importancia en la gestión de los centros residenciales.

2. El grado de conocimiento y utilización de los modelos de genéricos y específicos de gestión de la calidad, así como la utilización de una serie de métodos, acciones y herramientas de gestión.

3. El nivel de orientación al mercado en el sector.

4. El nivel de orientación a la gestión de la calidad en el sector.

A continuación, comentamos brevemente cada uno de los módulos siguiendo la estructura citada.

### **1- Utilización de acciones de marketing y valoración de su importancia en la gestión de los centros residenciales**

Después de formular unas preguntas de carácter introductorio en las que se solicitaba una información básica al encuestado en relación con su cargo en la organización, su experiencia en el sector y la formación en gestión recibida, pasamos al primer módulo temático, formado por las preguntas 4-7 del cuestionario<sup>353</sup>. Con estas cuestiones tratamos de determinar si las organizaciones del sector realizan determinadas acciones de marketing. También queremos conocer la importancia que

---

<sup>353</sup> El cuestionario figura como tercer anexo en las páginas finales del trabajo.

otorgan los responsables de los centros residenciales para personas mayores a las actividades de marketing en la gestión de su organización.

Cabe reseñar, además, que en el cuestionario se han incluido otras preguntas relacionadas con los competidores. Algunas de las preguntas, como es el caso de las introductorias, tienen un carácter sencillo, pretenden relajar la entrevista y, por otro lado, obtener información adicional.

## **2- Grado de conocimiento y utilización de herramientas y modelos de gestión de la calidad en las residencias para personas mayores**

Con las preguntas de este módulo, preguntas 13-15 y 17-18 (ver anexo 3), tratamos de determinar el grado de conocimiento y de implantación de los modelos de gestión de la calidad, tanto genéricos (norma ISO 9001, modelo EFQM) como específicos del sector (modelo SERA, HAFLI, SIIS, norma UNE 158000/158101), así como la utilización de una serie de acciones, métodos y herramientas de gestión (equipos de mejora, sistema de sugerencias, encuestas de satisfacción, gestión por procesos, planes de comunicación interna y cartas de servicio).

Además, deseamos conocer la opinión de los responsables respecto de la aplicación de estos modelos en los centros residenciales para personas mayores e, igualmente, su parecer en relación con la influencia de la calidad de la gestión en la calidad del servicio. En estas últimas preguntas se ofrece al encuestado la posibilidad de que incluya comentarios personales.

De esta manera, con las preguntas de estos dos primeros módulos, se trata de recoger información que permita aceptar, rechazar o reformular las proposiciones descriptivas que han sido formuladas al finalizar el estudio teórico de este trabajo.

### 3- Orientación al mercado en las organizaciones del sector

Con el tercer módulo de preguntas del cuestionario trataremos de determinar el grado de orientación al mercado que existe en estas organizaciones y, por tanto, si podemos hablar de la adopción de una filosofía de marketing en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV.

Para ello, como se ha señalado con anterioridad, partimos de una escala que contempla las dimensiones de la escala MARKOR de Kohli, Jaworski y Kumar (1993) –*búsqueda y recogida de información de mercado, diseminación de la información entre los diferentes departamentos y diseño e implementación de la respuesta de toda la organización*–, añadiendo, de forma explícita, la *coordinación interfuncional* de la escala de Narver y Slater (1990).

De esta forma, la escala obtenida inicialmente se caracteriza por recoger las cuatro dimensiones citadas y 21 atributos que reflejan el conjunto de comportamientos que conducen a un centro residencial a orientarse al mercado. El número mínimo de indicadores por constructo es uno (Hair *et al.*, 1999, p. 626), pero el uso de un único indicador exige al investigador dar estimaciones de fiabilidad. Por ello, vamos a tener presente la necesidad de establecer al menos dos indicadores para cada constructo del modelo. De hecho, conforme aumenta el número de indicadores de una escala también lo hace su fiabilidad y validez convergente (Sánchez y Sarabia, 1999, p. 371; Kline, 2005, p. 119).

Por otro lado, hemos optado por crear la escala siguiendo el método propuesto por Likert (1932). Ello implica desarrollar un conjunto de ítems que el entrevistado deberá valorar usando para ello un continuo actitudinal que consta de cinco categorías de respuesta, siendo los extremos “muy en desacuerdo” y “muy de acuerdo”. Por tanto, se solicitó a los encuestados que mostraran su grado de acuerdo o desacuerdo con las 21 afirmaciones que se planteaban respecto a las cuatro dimensiones críticas señaladas.

**Tabla 8.1: Escala de orientación al mercado específica para centros residenciales de personas mayores**

BÚSQUEDA Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN
BUSQ1- Nos reunimos periódicamente con nuestros residentes y familiares para conocer sus necesidades actuales y las del futuro
BUSQ2- Medimos periódicamente la satisfacción de los residentes y familiares con nuestros servicios
BUSQ3- Tratamos de conocer en profundidad a los competidores (precios, actividades de comunicación, modelos de atención, etcétera)
BUSQ4- Detectamos inmediatamente los cambios importantes en nuestro sector
BUSQ5- Periódicamente revisamos nuestros servicios para asegurarnos que se ajustan a los deseos de residentes y familiares
DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN
DISEM1- La información sobre la satisfacción de residentes y familiares se distribuye a todos los departamentos de la Residencia de forma sistemática
DISEM2- La dirección de la Residencia analiza las fortalezas y debilidades de los competidores
DISEM3- Cuando el personal dispone de información importante sobre nuestros competidores lo comunica rápidamente a la dirección
DISEM4- Cualquier información procedente del mercado se distribuye entre todos los departamentos
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA
RESP1- Nos dirigimos a los segmentos del mercado en los que tenemos o podemos conseguir ventajas competitivas
RESP2- Nuestros servicios están diseñados en función de las necesidades de los residentes y familiares
RESP3- Ofrecemos información completa a nuestros residentes y familiares para un mejor aprovechamiento de nuestros servicios
RESP4- Atendemos todas las quejas de los residentes y familiares
RESP5- Respondemos rápidamente a las acciones de la competencia
RESP6- El precio para una plaza privada se decide, principalmente, considerando el valor que otorgan a nuestros servicios los residentes y familiares
RESP7- Estamos satisfechos con el grado de cumplimiento del plan de marketing previsto
RESP8- Participamos activamente en acciones tendentes a mostrar al público en general la utilidad social de nuestro sector
RESP9- Nos adaptamos con rapidez a los cambios legislativos
COORDINACIÓN INTERFUNCIONAL
COORD1- Los diferentes departamentos están bien coordinados para atender a nuestro mercado
COORD2- Cada uno de nuestros responsables sabe cómo contribuir a mejorar la satisfacción del residente
COORD3- El personal se reúne periódicamente para planificar de forma conjunta la respuesta a los cambios que ocurren en el entorno

Fuente: Elaboración propia.

Al objeto de no confundir a los encuestados, los ítems no están desglosados en función de las dimensiones que se pretenden medir. Se decidió que los ítems fueran incluidos en las preguntas 11 (11 ítems) y 12 (10 ítems) del cuestionario (ver anexo). En la tabla 8.1 mostramos la correspondencia de los diferentes ítems con las cuatro dimensiones que se desean medir con los mismos.

En relación con los destinatarios del cuestionario, existe un cierto debate para determinar si la medición de la orientación al mercado es más adecuada desde la perspectiva de la empresa o, por el contrario, desde la perspectiva del consumidor. Mientras que la mayoría de los modelos parten de la base de que quien juzga el nivel de orientación al mercado es la propia empresa, para Deshpandé *et al.* (1993) el verdadero juez debe ser el cliente. Sin embargo, la mayoría de las mediciones de la orientación al mercado consideran que los altos directivos de la empresa son las personas idóneas para evaluar el nivel y el grado de orientación al mercado<sup>354</sup> (Bigné y Blesa, 2002, p. 44). Las percepciones de los directivos revelan un juicio global que evita la disparidad de puntos de vista en el interior de la empresa y proporciona información completa de las pequeñas empresas, a pesar de las limitaciones de su perspectiva (McKiernan y Morris, 1994). En nuestro caso, seguiremos la tendencia mayoritaria en las investigaciones de orientación al mercado y, de esta forma, mediremos la misma desde la perspectiva de la dirección de los centros residenciales para personas mayores.

Una vez adaptada la escala al contexto de los centros residenciales y obtenidos los resultados de la encuesta, deberemos analizar su fiabilidad, la dimensionalidad de cada una de las subescalas, las propiedades que presenta la escala global y confirmar la validez del instrumento de medida. Todo esto se detallará en el próximo capítulo.

---

<sup>354</sup> De hecho, se considera que la responsabilidad de esta orientación se encuentra en la alta dirección (Shapiro, 1988; Jaworski y Kohli, 1993; Webster, 1992 y Deshpandé *et al.*, 1993).

#### 4- Orientación a la gestión de la calidad en los centros residenciales

Con el cuarto módulo del cuestionario trataremos de determinar el nivel de adopción de los principios de la gestión de la calidad que existe en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV.

Para ello, como se ha señalado anteriormente, se ha desarrollado una escala de medición específica para el sector objeto de estudio, inspirada en las dimensiones críticas del modelo EFQM de excelencia, integrada por las dimensiones *liderazgo, personas, procesos, y recursos y alianzas*.

Así, los ítems incluidos en la pregunta 16 del cuestionario (ver anexo 3), tratan de evaluar las cuatro dimensiones señaladas. Al igual que en el caso anterior, cada variable es valorada en una escala de cinco posiciones, de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”.

En la tabla 8.2, mostramos la correspondencia de los ítems del cuestionario con las dimensiones<sup>355</sup> que se desean medir.

Una vez diseñada la escala y recogida la información de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, la someteremos a un proceso de depuración hasta alcanzar niveles aceptables de fiabilidad y validez. Este proceso será comentado en el próximo capítulo.

---

<sup>355</sup> Al igual que en el caso de la escala para la medida de la orientación al mercado, la escala inicialmente diseñada, consecuencia de la literatura estudiada, fue evaluada, de manera exploratoria, mediante un análisis factorial de componentes principales que nos permitió detectar la presencia de cuatro de factores subyacentes identificados para el concepto de gestión de la calidad. En el próximo capítulo estudiaremos con detalle los pasos seguidos en la validación de la escala.

**Tabla 8.2: Escala de orientación a la gestión de la calidad específica para centros residenciales de personas mayores**

PERSONAS
PERS1- El personal recibe formación específica relacionada con las buenas prácticas en la atención
PERS2- El personal recibe formación específica relacionada con la mejora de la gestión
PERS3- El personal tiene autonomía para tomar decisiones relacionadas con la mejora de la calidad del servicio
PERS4- Se ponen en marcha muchas de las sugerencias del personal
LIDERAZGO
LIDER1- Disponemos de planes de previsión de cambios motivados por factores diversos (de inversiones, financiación, selección de personal, etcétera)
LIDER2- Contamos con planes de reconocimiento y recompensa por las aportaciones del personal a la mejora de la calidad
PROCESOS
PROCES1- Existe un sistema efectivo de comunicación “desde y hacia” los/las empleados/as
PROCES2- Preguntamos regularmente a los residentes y familiares sobre qué esperan en la actualidad y en el futuro de nuestros servicios
PROCES3- Analizamos los motivos por los que los residentes abandonan la Residencia
PROCES4- Utilizamos las quejas y reclamaciones para mejorar nuestra oferta
RECURSOS Y ALIANZAS
RECALI1- Existen equipos de trabajo interfuncionales para la mejora de la calidad
RECALI2- Nuestras relaciones con proveedores son estrechas, orientadas al largo plazo y a solucionar problemas relacionados con la calidad
RECALI3- Estamos dispuestos a desarrollar alianzas con socios o colaboradores del sector que puedan contribuir al logro de ventajas competitivas

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, con las preguntas de estos dos últimos módulos del cuestionario, tratamos de recoger información que permita realizar el contraste de las hipótesis formuladas en el epígrafe 8.1 de este capítulo.

#### **8.4. Desarrollo del estudio cuantitativo**

En este último apartado del capítulo, y antes de presentar los resultados obtenidos, comentaremos brevemente las diferentes fases seguidas en el estudio cuantitativo.

En una primera fase, se enviaron los cuestionarios, en octubre de 2009, a todas las residencias para personas mayores de la CAPV. Para tal fin se utilizó, como ya se ha señalado con anterioridad, la base de datos de los centros residenciales suministrada por el Portal de Mayores del Imsero, actualizada a fecha de junio de 2009. Del listado que inicialmente nos proporcionaron fueron eliminados aquellos centros residenciales que estaban en fase de cierre o traslado a otra Comunidad Autónoma de forma que, en definitiva, la población total quedó en 368 residencias. A todas ellas se les envió el cuestionario por correo.

La tasa de respuesta en esta fase de la investigación fue ligeramente inferior al 25%. Con el fin de mejorarla, y una vez analizadas las características de la no-respuesta, se diseñó la realización de una segunda fase en la recogida de información del estudio cuantitativo, en diciembre de 2009. De esta forma, se volvió a enviar el cuestionario, en esta ocasión por correo electrónico, a los centros residenciales de menos de 30 residentes que no hubieran respondido a la solicitud inicial, con un seguimiento telefónico de la encuesta por parte del equipo investigador. Se trató, de esta forma, que los centros de menos de 30 plazas, es decir, los centros residenciales con menor tasa de respuesta en la primera fase, estuvieran suficientemente representados en la muestra, teniendo en cuenta que representan más del 50% de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV.

En esta segunda fase, a los centros se les dio la posibilidad de devolver el cuestionario a través de fax o correo electrónico. De esta manera, se recibieron 35 cuestionarios correspondientes a otros tantos centros residenciales. Así, en total se obtuvieron 137 cuestionarios perfectamente cumplimentados y válidos para su

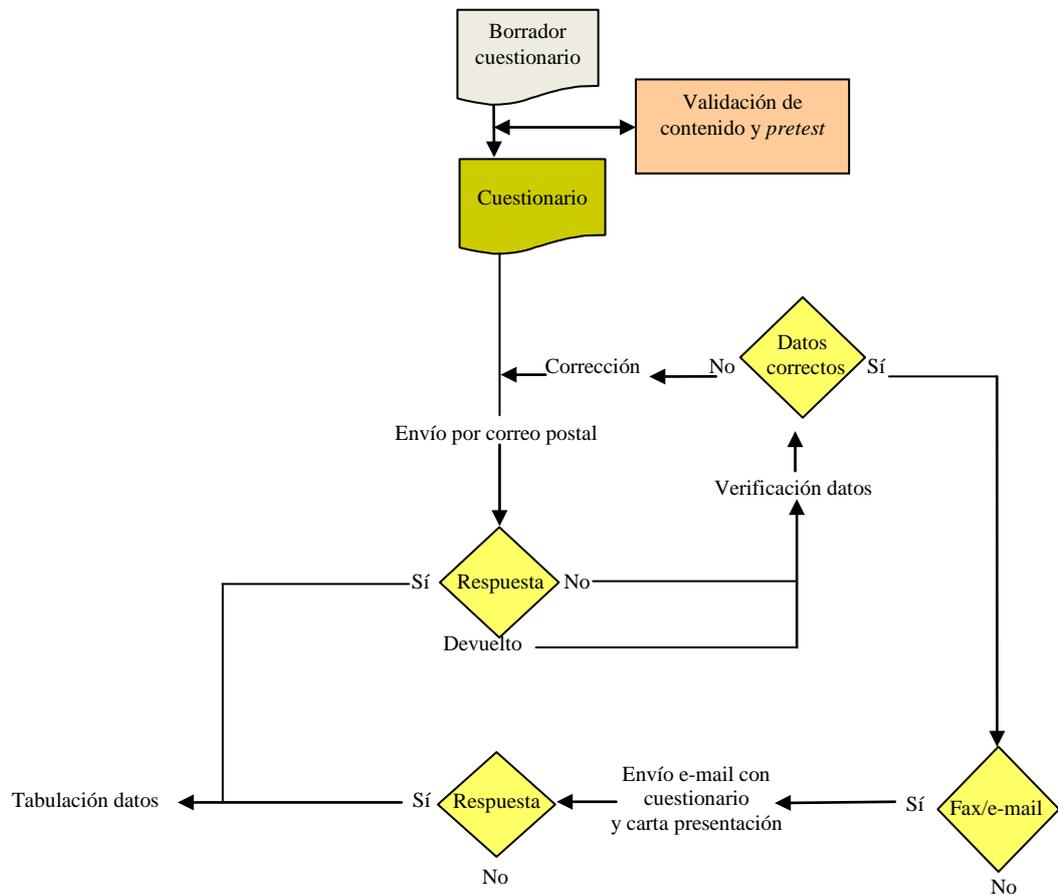
tratamiento, lo que supuso una tasa de respuesta del 37,23 %, un porcentaje que se sitúa muy por encima de la tasa de respuesta del 25 % que Malhotra y Grover (1998) señalaban como exitosa para el estándar español.

La explicación del hecho de no haber obtenido una mayor tasa de respuesta está, en nuestra opinión, en la falta de recursos de los centros, sobre todo en el caso de los más pequeños, para poder responder a las numerosas inspecciones y encuestas que se realizan por parte de la Administración. Como resulta razonable, las personas que dirigen los centros residenciales, sobre todo en el caso de los de dimensión más reducida, utilizan su escaso tiempo en responder o colaborar en función del carácter obligatorio o no del cuestionario que se les plantea. Ciertamente, estas organizaciones reciben un gran número de encuestas que se envían desde diferentes instituciones con el objetivo de evaluar la calidad de los centros residenciales, encuestas que además en la mayor parte de los casos son de obligada cumplimentación –como cuando provienen del Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales o de la oficina del Ararteko, ya sea para la confección de un informe ordinario o extraordinario–. Esta saturación de encuestas, de la que hemos escuchado quejas de varios responsables de centros residenciales, ha supuesto un obstáculo en la utilización de la metodología cuantitativa, provocando, sin duda, un menor índice de respuesta de nuestro cuestionario.

Por otro lado, algunas de las proposiciones descriptivas, en especial las relativas al uso limitado de herramientas de marketing, a la poca importancia que se da a las actividades de marketing y al desconocimiento y escasa implantación de los modelos de calidad en estas organizaciones, principalmente en las de menor dimensión, explicaría también que muchos centros residenciales, que no estén muy profesionalizados y/o que no hayan avanzado mucho en estas cuestiones, prefiriesen no contestar al cuestionario. Por supuesto, estas proposiciones que señalamos no están todavía aceptadas.

De manera visual, representamos en el gráfico 8.3 el procedimiento seguido en la recogida de datos. A continuación comentaremos sus diferentes etapas.

**Gráfico 8.3: Desarrollo del estudio cuantitativo**



Fuente: Elaboración propia.

### 1. Envío del cuestionario (1ª fase)

Una vez validado el contenido del cuestionario y realizado el *pretest*, el cuestionario definitivo es enviado a todos los centros residenciales de la CAPV. El sobre que los encuestados recibirán contiene los siguientes documentos:

- Carta de presentación<sup>356</sup> (en euskara y castellano).
- Cuestionario con breves instrucciones para su cumplimentación.

<sup>356</sup> La carta de presentación figura como anexo, junto con el cuestionario definitivo, al final del trabajo.

- Sobre de respuesta cumplimentado, franqueado y con un código de identificación.

## **2. Verificación de los datos**

En caso de no obtener respuesta o de devolución del sobre enviado se verifica la dirección de correo postal del centro residencial utilizando para ello los buscadores principales de la Web. De esta forma, se corrigen aquellos datos erróneos, se actualiza la base datos y vuelve a enviarse el cuestionario a la dirección correcta.

## **3. Reenvío del cuestionario (2ª fase)**

Con objeto de aumentar la tasa de respuesta, en una segunda fase el cuestionario es enviado por correo electrónico a aquellos centros de menos de 30 plazas que no hubieran contestado con anterioridad. En una carta de presentación personalizada se les recuerda el interés del estudio y se les solicita que respondan al cuestionario enviado por correo, si todavía lo conservan, o bien, lo respondan y reenvíen por correo electrónico o, si así lo desean, vía fax.

## **4. Tabulación de datos**

Como hemos señalado, los sobres de respuesta estaban identificados utilizando las codificaciones creadas para tal fin. Las respuestas son tabuladas en una hoja de cálculo Excel para su posterior exportación a SPSS.

La tabla 8.3 recoge la ficha técnica del trabajo de campo realizado en el sector de centros residenciales para personas mayores de la CAPV. En la misma se muestran el universo, el ámbito de aplicación, el tamaño de la muestra, el error muestral, el nivel de confianza y las fechas en las que se realizó el trabajo de campo.

**Tabla 8.3: Ficha técnica de la investigación**

Universo: 368 centros residenciales para personas mayores
Ámbito: Comunidad Autónoma del País Vasco
Fecha del trabajo de campo: Octubre – Diciembre 2009
Tamaño de la muestra: 137 centros residenciales
Tasa de respuesta: 37,23%
Margen de error: 6,63%, para un intervalo de confianza del 95%, bajo la hipótesis $p=q=0,5$
Método de recogida de información: Encuesta postal

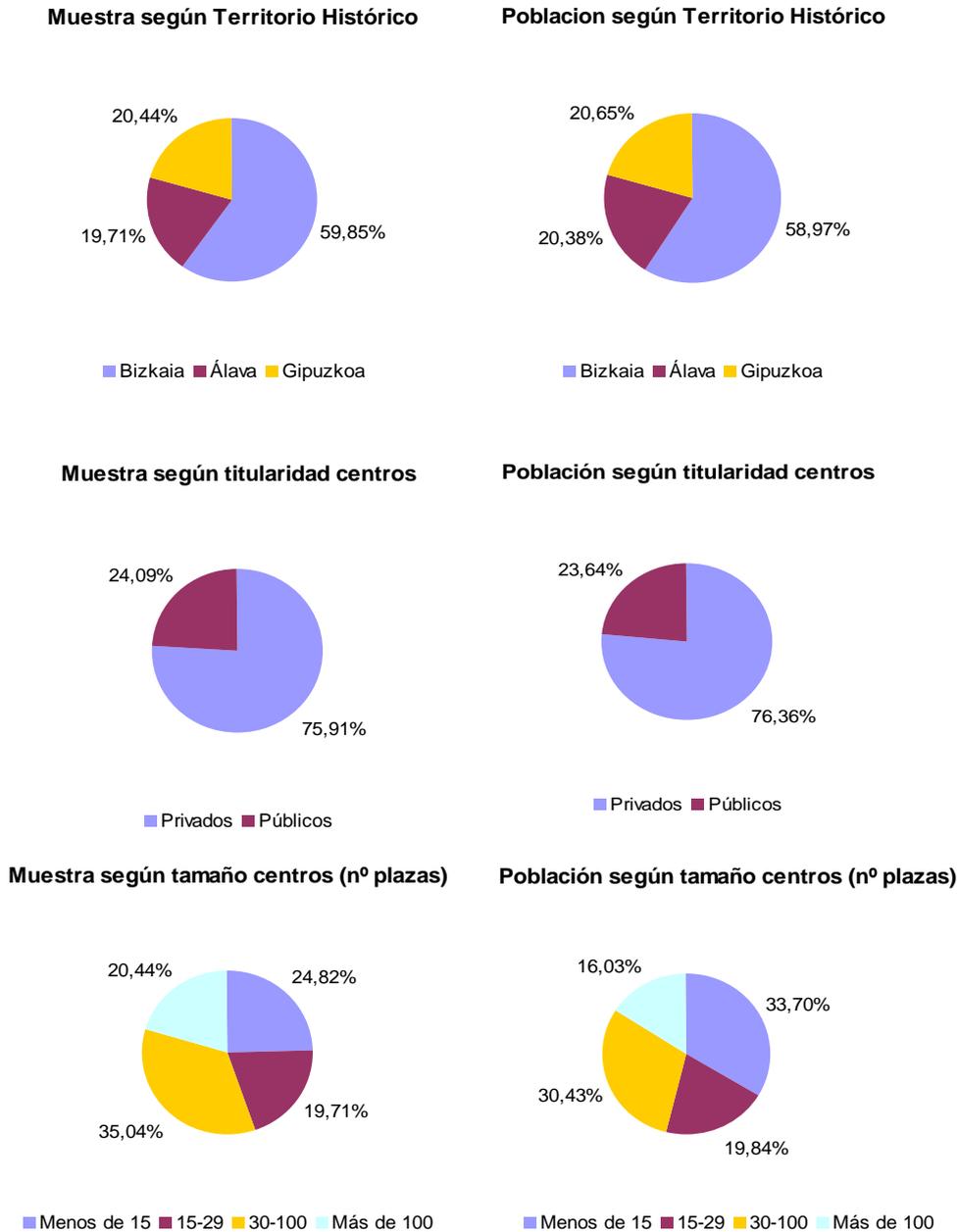
Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, cabe destacar que las características de la muestra que respondió a la encuesta son similares, en general, a las de la población objeto de estudio. En el estudio se emplearon tres variables de clasificación que permiten la descripción de la muestra: el territorio histórico, el tamaño del centro en función de su número de plazas y la titularidad.

Así, la distribución de la muestra por Territorio Histórico resultó del 19,71%, 20,44% y 59,85% para Álava, Gipuzkoa y Bizkaia, respectivamente. La distribución de centros residenciales según Territorio Histórico es similar: el 20,16% de los mismos están ubicados en Álava, el 20,70% en Gipuzkoa y el 59,14% en Bizkaia (ver gráfico 8.4).

Por otra parte, el 75,91% de las respuestas procedieron de centros residenciales privados, y el restante 24,09% de centros públicos. La distribución de los centros residenciales según su titularidad es, también en este caso, muy similar: el 76,34% tienen titularidad privada y el 23,66% titularidad pública (ver gráfico 8.4).

**Gráfico 8.4: Descripción de la población y de la muestra, según Territorio Histórico, titularidad y tamaño de los centros residenciales**



Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, en lo que respecta a la dimensión de los centros residenciales, existe una diferencia significativa entre la muestra y la población objeto de estudio. Así, mientras que los centros residenciales muy pequeños representan el 24,82% de

la muestra, pertenecen a este segmento de la población estudiada el 33,33% de los centros residenciales de la CAPV. Por el contrario, el 35,04% y el 20,44% de la muestra son, respectivamente, centros medianos y grandes, mientras que los centros medianos y grandes existentes en la CAPV representan el 30,65% y el 15,86%, respectivamente. En cuanto a los centros residenciales pequeños, no existe una diferencia significativa entre los pertenecientes a la muestra, el 19,71%, y los existentes en la CAPV, el 20,16% (ver gráfico 8.4).

En definitiva, mientras que los centros de mayor dimensión están algo sobrerrepresentados en la muestra, los centros muy pequeños se encuentran infrarrepresentados. No resultan sorprendentes estos datos pues, como señalábamos anteriormente, las personas que dirigen centros residenciales de pequeña dimensión, dado lo limitado de sus recursos, prestan su colaboración en función del carácter, imperativo o no, del cuestionario que se les plantea. Además, como hemos comentado con anterioridad, los centros residenciales de menos de 15 plazas posiblemente utilicen en menor medida instrumentos de marketing y modelos de gestión de la calidad<sup>357</sup> y, por ello, pueden haber encontrado un menor interés en responder al cuestionario. Se trata de una cuestión que deberemos tener en cuenta al interpretar los resultados de este estudio.

Por otro lado, y como era de esperar, los centros que tenían implantado algún modelo de gestión de la calidad respondieron en mayor medida al cuestionario. Un 33,6% de las residencias que respondieron al cuestionario indicaron que tenían implantado algún modelo de gestión de la calidad, mayoritariamente el basado en la norma ISO 9001. Sin embargo, como señalamos en el capítulo anterior, apenas el 15% de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV cuentan con algún modelo implantado. Por tanto, existe una sobrerrepresentación en la muestra de aquellos centros residenciales con algún modelo de gestión de la calidad implantado. Cuestiones relativas al nivel de utilización de las herramientas de gestión propuestas o las valoraciones dadas a los modelos de gestión de la calidad pueden verse

condicionadas por este hecho. Por tanto, también se deberá tener en cuenta este hecho a la hora de interpretar los resultados del estudio.

En síntesis, entendemos que en el transcurso del extenso trabajo de campo llevado a cabo, se ha recogido un conjunto de información de tipo primario importante. Así, hemos podido obtener información de un total de 137 residencias que han cumplimentado el cuestionario, es decir, se ha obtenido información cuantitativa de más del 37% de los 368 centros residenciales para personas mayores que existían en la CAPV, según datos de 2009. Además, debemos añadir la información recogida en aquellos centros residenciales que fueron visitados y la suministrada por aproximadamente 75 profesionales del sector, entre responsables y trabajadores, con los que se contactó. Una vez más, queremos agradecer a todos su participación en este estudio.

---

<sup>357</sup> En el caso de los modelos de gestión de la calidad, en el capítulo séptimo han sido comentados los datos, publicados o suministrados por Euskalit, Aenor y SiiS, que reflejan la mínima utilización de estos modelos por parte de los centros residenciales muy pequeños.

## **CAPÍTULO 9º- ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS**

Una vez definidas la metodología y el diseño de nuestro estudio empírico, estamos en condiciones de examinar el procedimiento y las técnicas de análisis de datos que hemos utilizado, así como de presentar los resultados obtenidos. Comenzamos con la primera de las cuestiones.

### **9.1. Procedimiento y técnicas de análisis de datos**

El procedimiento de investigación y las técnicas de análisis de datos deben permitir contrastar con el suficiente rigor las proposiciones e hipótesis planteadas.

En primer lugar, mediante técnicas descriptivas y de clasificación, realizaremos un análisis de los datos que permitirán aceptar, rechazar o reformular las proposiciones relativas al nivel de utilización y a la importancia que se concede a las actividades de marketing en la gestión de los centros residenciales para personas mayores, así como las proposiciones relativas al grado de conocimiento y de utilización de los modelos de gestión de la calidad, sean éstos genéricos o específicos del sector.

Además, estudiaremos si existen diferencias significativas en las respuestas en función del Territorio Histórico donde esté ubicado el centro residencial, en función de que tenga o no implantado algún modelo de gestión de la calidad, en función de su carácter privado o público y, por último, en función de su dimensión.

Con el objetivo de estudiar el grado de orientación al mercado y a la gestión de la calidad existente en el sector de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, realizaremos, de manera exploratoria, un análisis *cluster* que nos permita determinar diferentes tipologías de centros residenciales según su nivel de

orientación al mercado y a la gestión de la calidad. Sin embargo, consideraremos los resultados obtenidos como meramente preliminares y trataremos de confirmarlos mediante el uso de metodologías de análisis más avanzadas.

En el capítulo anterior se diseñaron las escalas de medida de los conceptos de orientación al mercado y orientación a la gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores. Ahora es necesario proceder a la evaluación de sus propiedades psicométricas para demostrar la solidez de los instrumentos de medida. Este análisis adquiere especial relevancia cuando se trabaja con conceptos que no son directamente observables como es este caso. De esta forma, se procederá a evaluar los siguientes aspectos: la dimensionalidad de la escala, la fiabilidad y la validez de contenido, convergente y discriminante de los instrumentos de medida (Churchill, 1979; Gerbing y Anderson, 1988; Hair *et al.*, 1999).

Para ello, en primer lugar se efectuará, para cada escala, un análisis factorial exploratorio de componentes principales con el fin de comprobar si los factores latentes hallados se corresponden con los que hemos establecido apoyándonos en la literatura especializada. Este análisis permitirá la depuración preliminar de las escalas.

En segundo lugar, se realizará un análisis factorial confirmatorio (AFC) de primer orden mediante ecuaciones estructurales, con el objeto de comprobar la validez de los instrumentos de medida y, además, estudiar la bondad del ajuste de las escalas y su consistencia interna. El análisis factorial confirmatorio constituye un caso particular de los modelos de ecuaciones estructurales que resulta especialmente útil en la validación de las escalas para la medida de los constructos específicos (Hair *et al.*, 1999, p. 643). Para llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio es preciso especificar en primer lugar un modelo de medida de los diferentes conceptos que se desean evaluar. Sin embargo, no habrá que especificar las ecuaciones estructurales al no establecerse relaciones causales entre las variables latentes. En cuanto a la evaluación del modelo, será preciso analizar la bondad del ajuste a través de los

índices correspondientes, así como analizar los parámetros individuales ante posibles irregularidades sustantivas o estadísticas.

Así, además de validar las escalas, podremos contrastar las hipótesis relativas a la multidimensionalidad de los conceptos de orientación al mercado y gestión de la calidad. Para todos estos análisis se emplearán los programas estadísticos SPSS y AMOS 17.0.

A continuación, con objeto de contrastar la hipótesis correspondiente a la relación que existe entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado recurriremos a modelos de ecuaciones estructurales que responderán a dos premisas básicas. Por un lado, que los constructos o variables latentes considerados en el modelo sean válidos y estén bien diferenciados entre ellos, y, por otro, que la relación entre los constructos se produzca según lo previsto en el modelo. Para responder a estas cuestiones analizaremos el modelo de medida y el modelo estructural (Anderson y Gerbing, 1988, p. 417), haciendo uso de los programas estadísticos anteriormente citados.

Por último, además de contrastar la existencia de un vínculo causal entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector estudiado, pretendemos comprender de qué manera la gestión de la calidad contribuye a la orientación al mercado en el sector de las residencias para personas mayores y, por tanto, contrastar las hipótesis relativas a la relación que existe entre los diferentes componentes de la gestión de la calidad y la orientación al mercado. Para ello, recurriremos también a un modelo de ecuaciones estructurales.

Los modelos de ecuaciones estructurales son técnicas multivariantes que combinan aspectos de la regresión múltiple y del análisis factorial para estimar una serie de relaciones de dependencia interrelacionadas simultáneamente (Barroso *et al.*, 2005, p. 626). En nuestro caso, optaremos por utilizar métodos basados en

covarianzas, que se adaptan adecuadamente a la investigación confirmatoria<sup>358</sup>, con el objeto de estimar los parámetros del modelo, de tal modo que se minimicen las discrepancias entre la matriz empírica inicial de datos de covarianzas y la matriz de covarianzas deducida a partir del modelo y de los parámetros estimados. Este enfoque proporciona medidas de bondad de ajuste globales que informan acerca del grado con el que el modelo se ajusta a los datos disponibles.

En general, la ventaja de los modelos de ecuaciones estructurales reside en que utilizan simultáneamente variables observadas y latentes, lo que permite abordar tanto la evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas de medida, es decir, comprobar el grado de correspondencia existente entre las medidas y los conceptos que se pretenden medir, como la validación de las hipótesis teóricas planteadas en el modelo (Bagozzi y Phillips, 1982, p. 460).

Por otro lado, el uso de los modelos de ecuaciones estructurales permite considerar los fenómenos en su verdadera complejidad, desde una perspectiva más realista, abandonando la estadística uni y bivalente e incorporando múltiples variables exógenas y endógenas. Además, permite al investigador introducir su conocimiento teórico en la especificación del modelo antes de su estimación (Batista y Coenders, 2000, p. 17).

Antes de comenzar con el análisis de los resultados de nuestra investigación, vamos a reseñar, de una forma sintética, los niveles de aceptación recomendados por la literatura para la evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas así como para las medidas de ajuste global de los modelos, que tomaremos como referencia en este trabajo y que aparecen reflejados en las tablas 9.1 y 9.2.

---

<sup>358</sup> El análisis holístico que los modelos de ecuaciones estructurales desarrollan puede ser llevado a cabo por medio de dos tipos de técnicas estadísticas: los métodos basados en el análisis de las covarianzas y los análisis basados en la varianza o en componentes (Barroso et al., 2005, p. 627). En las situaciones donde la teoría previa es sólida y se tiene como meta un mayor desarrollo y evaluación de la teoría, los métodos de estimación basados en covarianzas son más adecuados (Anderson y Gerbing, 1988). Sin embargo, los métodos basados en la varianza o en componentes (Partial Least Squares) pueden considerarse adecuados para fines predictivos y para la realización de análisis exploratorios en caso de un conocimiento teórico poco desarrollado (Chin et al., 2003).

**Tabla 9.1: Indicadores de fiabilidad y validez**

INDICADORES	NIVELES MÍNIMOS RECOMENDADOS
<p><i>Validez convergente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coeficiente crítico (CR) de las cargas factoriales</li> <li>- Cargas factoriales estandarizadas</li> <li>- Fiabilidad de cada indicador (<math>R^2</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser significativo: <math>CR \geq 1,96</math> (Anderson y Gerbin, 1988)</li> <li>- Recomendable <math>&gt; 0,6</math> (Bagozzi y Yi, 1988)</li> <li>- Valores <math>&gt; 0,3</math> (Bigné y Blesa, 2002)</li> </ul>
<p><i>Validez discriminante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correlación entre dimensiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correlación <math>&lt; 0,8</math> (Bagozzi, 1994; Luque, 1997)</li> <li>- Alfa de Cronbach <math>&gt;</math> correlaciones con el resto de dimensiones (Berné <i>et al.</i>, 1994; Sánchez y Sarabia, 1999)</li> <li>- <math>\sqrt{AVE} &gt;</math> correlaciones con el resto de dimensiones (Chin, 1998; Fornell y Larcker, 1981)</li> <li>- Intervalos de confianza de las correlaciones no incluya valor 1 (Anderson y Gerbin, 1998)</li> </ul>
<p><i>Consistencia interna:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alfa de Cronbach</li> <li>-Fiabilidad compuesta (FC)</li> <li>-Varianza extraída (VE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valores <math>&gt; 0,7</math> (Bagozzi y Yi, 1988; Luque, 1997; Nunally, 1978; Peterson, 1994; Vernet, 1995)</li> <li>-Valores <math>&gt; 0,7</math> (Hair <i>et al.</i>, 1999; Del Barrio y Luque, 2000)</li> <li>-Valores <math>&gt; 0,5</math> (Hair <i>et al.</i>, 1999)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 9.2: Medidas de ajuste global**

INDICADORES	NIVELES MÍNIMOS RECOMENDADOS
<p><i>Medidas absolutas de ajuste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadístico Chi-cuadrado</li> <li>- Goodness of Fit Index (GFI)</li> <li>- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de significación &gt; 0,05 (Del Barrio y Luque, 2000; Arias, 2008)</li> <li>- Valores próximos a 0,9 (Lévy, 2003; Arias, 2008)</li> <li>- Valores inferiores a 0,08 (Lévy, 2003; Arias, 2008)</li> </ul>
<p><i>Medidas incrementales de ajuste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)</li> <li>- Incremental Fit Index (IFI)</li> <li>- Comparative Fit Index (CFI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores superiores a 0,9 (Del Barrio y Luque, 2000; Arias, 2008)</li> <li>- Valores próximos a 0,9 (Hair <i>et al.</i>, 1999; Fernández Pulido, 2008)</li> <li>- Valores próximos a 0,9 (Hair <i>et al.</i>, 1999; Fernández Pulido, 2008)</li> </ul>
<p><i>Medidas de ajuste de parsimonia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normed Chi-Square (NCS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores entre 1 y 2 (Lévy, 2003; Del Barrio y Luque, 2000)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 9.2. Resultados de la investigación empírica

### 9.2.1. Análisis descriptivo de los datos obtenidos

Como señalábamos en el capítulo introductorio de esta Tesis Doctoral, este trabajo tiene como primer objetivo subsidiario presentar de forma sistemática los aspectos más relevantes de la realidad, contexto, situación y perspectivas de los centros residenciales para personas mayores presentes en nuestro entorno cercano. En el marco teórico hemos tratado de cumplir con este primer objetivo pero, con el estudio descriptivo que, en un primer lugar, vamos a presentar, pensamos que podemos completar la aportación realizada en el estudio teórico de la Tesis Doctoral.

Igualmente, nos planteamos como objetivo de este trabajo estudiar el grado de utilización de las herramientas de marketing así como la importancia que éstas tienen en la gestión de las organizaciones del sector. Además, también es finalidad de esta investigación evaluar, por un lado, la incidencia de la adopción de los principales modelos generales de gestión de la calidad, el estándar internacional ISO 9001 y el modelo de excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), y, por otro lado, analizar el grado de utilización de modelos de gestión de la calidad especializados en el sector de los centros residenciales para personas mayores.

Por otra parte, también proyectamos como objetivo de esta Tesis Doctoral estudiar el grado de utilización de instrumentos de gestión, como las cartas de servicio o los manuales de buenas prácticas, que suponen, en nuestra opinión, un importante factor de garantía de calidad de los servicios ofertados por los centros residenciales y que, además, pueden constituir un paso previo a la utilización de modelos más complejos y exigentes.

Partiendo, entre otros, de estos objetivos, y finalizada la fase de observación, descripción y reflexión de la literatura existente sobre estas cuestiones, planteamos

nuestras proposiciones e hipótesis de investigación, que, con el presente estudio empírico, someteremos a examen. Las proposiciones planteadas al finalizar el marco teórico del trabajo estimamos que pueden ser verificadas con el estudio descriptivo que, en primer lugar, vamos a realizar.

De esta forma, analizaremos las frecuencias de respuesta a las diferentes preguntas planteadas en el cuestionario en relación a todas estas cuestiones. Además, estudiaremos si existen diferencias significativas en las respuestas en función del Territorio Histórico donde esté ubicado el centro residencial, en función de que tenga o no implantado algún modelo de gestión de la calidad, en función de su carácter privado o público y, por último, en función de su dimensión. Para determinar si existen estas diferencias significativas utilizaremos el test Chi-cuadrado de Pearson, muy utilizado en las tabulaciones cruzadas, que permite determinar si el comportamiento de las categorías de una variable presenta diferencias estadísticamente significativas. El test Chi-cuadrado se basa en la comparación entre las frecuencias encontradas en cada celda de la tabla cruzada, con los valores que se deberían esperar en caso de que no existiera relación entre ambas variables. Cuando la probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado sea menor de 0,05 podremos concluir que existen diferencias significativas y, por tanto, una relación entre las variables estudiadas (Miquel *et al.*, 1997, p. 191). Además, exigiremos que las frecuencias esperadas menores de 5 no superen el 20 por ciento del total de frecuencias esperadas y no se aceptarán frecuencias esperadas menores que la unidad.

Para concluir este estudio descriptivo, trataremos, de una manera preliminar, de precisar el grado de orientación al mercado que existe en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, así como el grado de asunción de los principios que definen la gestión de la calidad en estas organizaciones. Además, mediante un análisis *cluster* intentaremos encontrar diferentes tipologías de centros residenciales según su nivel de orientación al mercado y a la gestión de la calidad.

### **9.2.1.1. Nivel de utilización e importancia de las actividades de marketing en la gestión de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV**

Siguiendo el esquema señalado, comenzamos con el estudio de las actividades marketing que se realizan y de la importancia que los responsables de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV conceden al marketing en la gestión de estas organizaciones.

Así, en primer lugar, el estudio empírico refleja una escasa realización de acciones de marketing por parte de las residencias para personas mayores de la CAPV y un uso limitado de los instrumentos que éste proporciona. En la tabla 9.3 recogemos el nivel de utilización de algunas acciones y herramientas de marketing por parte de las residencias para personas mayores que respondieron al cuestionario.

De los resultados obtenidos destaca el alto porcentaje de residencias (un 78,8%) que no realiza un plan de marketing. Por otro lado, la actividad publicitaria, en caso de realizarse, se efectúa en mayor medida a través de la prensa (42,3%), de revistas (23,4%) o de Internet (23,4%). Sin embargo, únicamente el 18,2% de los responsables de los centros residenciales consideran que las acciones publicitarias realizadas permiten a los usuarios potenciales conocer su organización. La poca importancia que se otorga a las acciones de comunicación (prensa, radio, *mailings*, etcétera), resulta lógica dado el reducido número de centros residenciales que las realizan.

La mayoría de los responsables de centros residenciales que respondieron al cuestionario (un 78,8%) indican que el boca a boca es la manera más habitual de tener conocimiento de la oferta del centro residencial, mientras que la acción de los prescriptores (trabajadores sociales, médicos, etcétera) es señalada por el 58,4% de los encuestados. La página web es considerada como la forma en que los usuarios tienen conocimiento de la residencia por solo el 24,1% de los responsables. Este último resultado no resulta sorprendente teniendo en cuenta que, en 2009, tan solo el

17,1% de las residencias de la CAPV contaban con sitio web (San Miguel *et al.*, 2009b, p. 175).

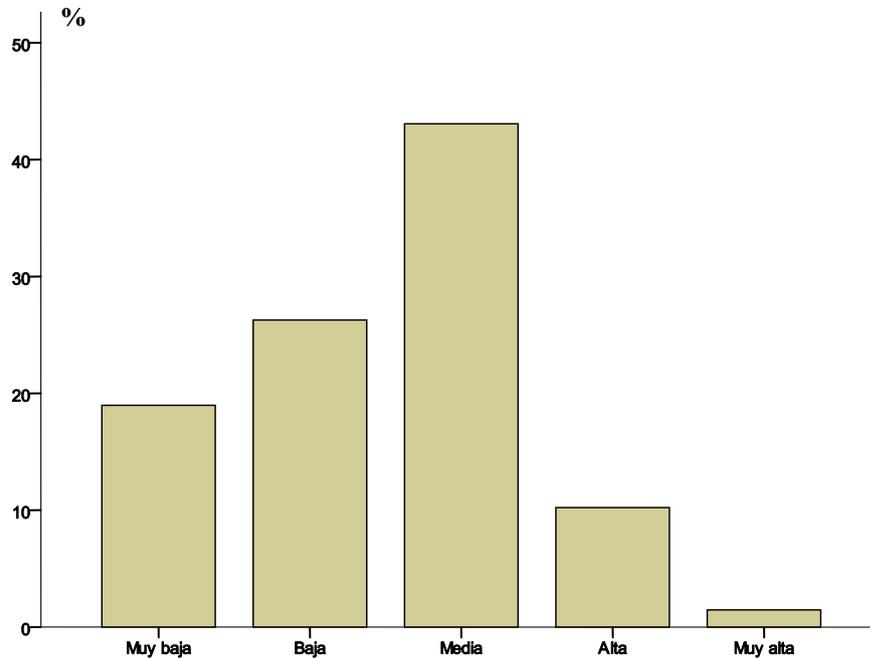
**Tabla 9.3: Utilización de herramientas de marketing en el sector**

	<i>% de residencias que utilizan la herramienta</i>
Folletos explicativos	62,8%
Visitas planificadas para clientes	52,6%
Protocolos de acogida al residente	71,5%
Órganos de representación de residentes	32,1%
Plan de Atención Individualizado	87,6%
Plan de marketing	21,2%
Publicaciones dirigidas a residentes	20,4%
Publicaciones dirigidas a familiares	24,8%
Memoria anual de actividades	49,6%
Comunicación a través de Internet	23,4%
Publicidad en TV	8,8%
Publicidad en radio	12,4%
Publicidad en prensa	42,3%
Publicidad en revistas	23,4%

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la importancia que los responsables de centros residenciales para personas mayores otorgan a las actividades de marketing en la gestión de su organización, resulta remarcable que tan solo el 1,5% les conceden una importancia muy alta y, el 10,2%, una importancia alta. El 45,3% de los encuestados consideran que las actividades de marketing tienen una importancia baja o muy baja en la gestión de su residencia (ver gráfico 9.1).

**Gráfico 9.1: Importancia de las actividades de marketing en la gestión de la residencia**



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, los encuestados no consideran que exista un grado alto de competencia entre sus residencias y otro tipo de servicios dirigidos a las personas mayores como apartamentos tutelados, viviendas comunitarias, servicio de ayuda a domicilio (SAD), prestaciones económicas e, incluso, centros de día. En relación al grado de competencia entre sus residencias y otras residencias, únicamente un 25,5% y un 10,9% de los encuestados consideran que éste es alto o muy alto, respectivamente.

Los resultados comentados hasta el momento no ofrecen diferencias significativas al considerar el Territorio Histórico donde están ubicados los centros residenciales o su titularidad, pública o privada. Si consideramos el tamaño de los centros, tampoco se observan diferencias significativas, excepto en el porcentaje de residencias que dirigen publicaciones periódicas a sus residentes, el cual es significativamente superior, en concreto de un 40,7%, en el caso de los centros

residenciales de gran dimensión<sup>359</sup>, siendo el nivel de utilización de este instrumento en el sector del 24,8%.

Sin embargo, pueden observarse un mayor número de diferencias significativas<sup>360</sup> cuando distinguimos entre residencias que tienen implantado algún modelo de gestión de la calidad y aquellas que no lo tienen. Estas diferencias pueden observarse en la tabla 9.4.

**Tabla 9.4: Utilización de herramientas de marketing según se tenga implantado o no un modelo de gestión de la calidad**

	<i>Sin modelo implantado</i>	<i>Con modelo implantado</i>	<i>Signif.</i>
Folletos explicativos	57,1%,	73,9%	*
Memoria anual de actividades	37,4%,	73,9%	***
Publicación periódica para residentes	15,4%	30,4%	*
Plan de marketing	15,4%	32,6%	**
Utilización de Internet	9,9%	50,0%	***

Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

No obstante, el hecho de tener implantado un modelo de gestión de la calidad no implica una diferencia significativa a la hora de valorar la importancia que tienen las actividades de marketing en la gestión de la residencia. En cualquier caso, la importancia de estas actividades se considera reducida.

En el capítulo tercero de la presente Tesis Doctoral ya exponíamos que, según hemos podido constatar en el sector, las actividades de marketing eran herramientas

---

<sup>359</sup> Recordamos que hemos clasificado los centros residenciales utilizando el criterio seguido por el Eustat en sus estadísticas de Servicios Sociales. De esta forma, hablaremos de residencias muy pequeñas, con menos de 15 residentes; pequeñas residencias, con capacidad entre 15 y 29 plazas; residencias medianas, con capacidad entre 30 y 100 plazas; y grandes residencias, con capacidad superior a 100 plazas.

<sup>360</sup> Como hemos señalado con anterioridad para determinar la existencia de diferencias significativas utilizaremos el test Chi-cuadrado de Pearson. Cuando la probabilidad asociada al estadístico Chi-

de gestión extrañas para muchas personas con responsabilidades de gestión. Además, el marketing no ha tenido buena imagen en el sector por considerarse que tiene poca relación con la actividad asistencial y, por otro lado, puede no verse clara la necesidad de realizar actividades de marketing en sectores con escasa competencia, en los que la demanda es superior a la oferta y existen listas de espera. Todos estos argumentos pueden explicar el resultado obtenido.

Sin embargo, de la investigación cualitativa llevada a cabo hemos podido concluir que lo que también sucede, y explica estos resultados, es el gran desconocimiento existente acerca del concepto y contenido del marketing como herramienta de gestión. Resulta curioso que menos del 12% de los encuestados den una valoración alta o muy alta a las actividades de marketing y que, por otro lado, entre un 60% y un 80% de los encuestados estén de acuerdo o muy de acuerdo con, entre otras, afirmaciones como: “nuestros servicios están diseñados en función de las necesidades de los residentes y familiares”, “periódicamente revisamos nuestros servicios para asegurarnos que se ajustan a los deseos de residentes y familiares”, “la información sobre la satisfacción de residentes y familiares se distribuye a todos los departamentos de la residencia de forma sistemática”, o “medimos periódicamente la satisfacción de los residentes y familiares con nuestros servicios”.

Es posible que, al igual que en organizaciones de otros sectores de actividad, en las residencias para personas mayores de la CAPV el interés por las necesidades de los clientes y su satisfacción haya surgido, aparentemente, con motivo de la implantación de programas de calidad. Por ello, parece ignorarse que el marketing puede considerarse como una filosofía que se caracteriza por situar al cliente como centro de atención de toda la empresa, de manera que todas las actividades que se realicen tengan como elemento central su satisfacción. Así, determinar las necesidades de los usuarios actuales y potenciales, adaptar los servicios a estas necesidades, hacer llegar al mercado la información relativa a la oferta de servicios, recoger mediante encuestas periódicas de satisfacción la opinión de los residentes y

---

cuadrado sea inferior a 0,05 concluiremos que existen diferencias significativas y, por tanto, una relación entre las variables estudiadas (Miquel *et al.*, 1997, p. 191).

de sus familiares sobre los servicios recibidos, entre otras cuestiones, es parte fundamental del marketing que los responsables de los centros residenciales parecen desconocer.

En conclusión, consideramos que los resultados comentados hasta el momento permiten validar la primera de las proposiciones descriptivas tal y como fue planteada al finalizar la fundamentación teórica de esta Tesis Doctoral.

**Proposición 1:** *Los responsables de los centros residenciales para personas mayores no conceden importancia a las actividades de marketing en la gestión de su organización y utilizan de manera limitada las herramientas que el marketing proporciona.*

Sin embargo, en relación con la utilización de herramientas de marketing podemos añadir que observamos diferencias significativas entre las residencias que tienen implantado algún modelo de gestión de la calidad y aquellas que no los han adoptado. Así, el porcentaje de responsables de centros residenciales que dicen realizar un plan de marketing y utilizar diferentes medios e instrumentos para la comunicación con sus clientes actuales y potenciales es significativamente superior en el caso de tener un modelo de gestión de la calidad implantado.

Respecto de la importancia que los responsables de estas organizaciones conceden a las actividades de marketing en la gestión de su organización los resultados pueden ser considerados, sin matizaciones, concluyentes. Además, no existen diferencias significativas en estos resultados al considerar el Territorio Histórico donde esté ubicado el centro, su titularidad, su tamaño o, incluso, el hecho de tener implantado o no algún modelo de gestión de la calidad.

### 9.2.1.2. Nivel de conocimiento y utilización de los modelos de gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV

Continuamos el estudio descriptivo analizando el grado de conocimiento y de utilización de modelos de gestión de la calidad, tanto genéricos como específicos del sector de los centros residenciales para personas mayores, así como el grado de utilización de instrumentos y herramientas de gestión como, entre otros, los equipos de mejora, los sistemas de quejas y sugerencias, las encuestas de satisfacción o las cartas de servicios, que permiten la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos por estas organizaciones.

De esta forma, comenzando con el análisis del grado de conocimiento de los diferentes modelos de gestión de la calidad, los resultados obtenidos muestran que existe un conocimiento mucho mayor del modelo basado en la norma ISO 9001 respecto a otros modelos de gestión de la calidad (ver tabla 9.5).

**Tabla 9.5: Grado de conocimiento de los modelos de gestión de la calidad**

361

	Norma ISO 9001	Normas UNE 158000 de AENOR	Modelo de autoevaluación EFQM	Modelos específicos (SERA, HAFLI, SIIS)
<i>Media</i>	3,79	2,55	2,61	1,90
<i>Desv. típica</i>	1,274	1,328	1,335	1,178

Fuente: Elaboración propia.

Así, con relación a la norma ISO 9001, el 67,9% de los responsables de centros residenciales para personas mayores tienen un grado de conocimiento alto (31,4%) o muy alto (36,5%), y únicamente el 15,3% de los encuestados dicen tener un conocimiento bajo (5,1%) o muy bajo (10,2%) de la misma (ver tabla 9.6).

**Tabla 9.6: Grado de conocimiento de la norma ISO 9001**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
1 (muy bajo)	14	10,2	10,2
2	7	5,1	15,3
3	23	16,8	32,1
4	43	31,4	63,5
5 (muy alto)	50	36,5	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, existen diferencias significativas según el tamaño del centro residencial. Así, el nivel de conocimiento de la norma ISO 9001 es mayor en el caso de las residencias grandes respecto de las pequeñas o muy pequeñas. El 85,2% de los responsables de las primeras dicen tener un conocimiento alto o muy alto de la norma y tan solo el 7,4% dicen poseer un conocimiento muy bajo. En el caso de las residencias pequeñas o muy pequeñas el 13,8% y el 16,1% señalan, respectivamente, un muy bajo nivel de conocimiento de la norma.

Por otro lado, como resultaba previsible, existen diferencias significativas en caso de tener o no implantado algún modelo de gestión de la calidad, más aún teniendo cuenta que en la mayoría de los casos el modelo implantado es el basado en la familia de normas ISO 9000. Por ello, el 100% de los responsables de centros residenciales con algún modelo implantado afirman conocer bien (30,4%) o muy bien (69,4%) la norma ISO 9001. En caso de no tener ningún modelo implantado el porcentaje se reduce al 51,7%. De ellos, el 31,9% señalan conocer bien la norma y el 19,8% declaran conocerla muy bien.

Con relación al modelo de autoevaluación EFQM, resulta reseñable que tan solo el 25,5% de los responsables de residencias declaren tener un conocimiento alto

---

<sup>361</sup> Se indica la puntuación media dada por las residencias en una escala de 1 a 5, de un menor a un mayor grado de conocimiento de los modelos.

o muy alto. El 29,2% declaran tener un nivel de conocimiento muy bajo (ver tabla 9.7).

**Tabla 9.7: Grado de conocimiento del modelo de autoevaluación EFQM**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
1 (muy bajo)	40	29,2	29,2
2	23	16,8	46,0
3	39	28,5	74,5
4	20	14,6	89,1
5 (muy alto)	15	10,9	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Únicamente encontramos diferencias significativas entre centros residenciales en caso de que éstos tengan implantado o no un modelo de gestión de la calidad. En el caso de las residencias que tienen implantado algún modelo, el 34,7% de los encuestados tienen un nivel de conocimiento alto o muy alto del modelo de autoevaluación EFQM. Este porcentaje disminuye al 20,9% en el caso de no tener implantado modelo alguno.

Por otro parte, destacamos el bajo nivel de conocimiento que los responsables de centros residenciales tienen con respecto a los modelos específicos del sector residencial. Así, únicamente el 26,2% de los encuestados tienen un conocimiento alto o muy alto de las normas UNE 158001/UNE 158101 de AENOR. Respecto de otros modelos específicos del ámbito residencial (SERA, HAFLI, SiiS), solo el 11,7% tienen un nivel de conocimiento alto o muy alto. También resulta sorprendente que el 54% de los encuestados no tengan conocimiento alguno de los mismos<sup>362</sup>(ver tabla 9.8).

---

<sup>362</sup> O bien tienen un conocimiento muy bajo de ellos. Marcar la opción que indica el nivel de conocimiento más bajo de estos modelos (es decir, marcar el 1 en una escala de 1 a 5) nos permite pensar que, en algunos casos, son totalmente desconocidos para el encuestado.

**Tabla 9.8: Grado de conocimiento de los modelos de gestión de la calidad específicos del ámbito residencial**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
1 (muy bajo)	74	54,0	54,0
2	25	18,2	72,3
3	22	16,1	88,3
4	10	7,3	95,6
5 (muy alto)	6	4,4	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En relación con estos datos, queremos insistir en que nos estamos refiriendo a modelos de gestión que, al dirigirse de manera específica al sector de los centros residenciales para personas mayores, tienen una mayor preocupación por la calidad asistencial<sup>363</sup>. Curiosamente, no encontramos diferencias significativas en la respuesta dada por el hecho de que el centro residencial tenga o no implantado un modelo de gestión de la calidad. En cualquiera de los casos nos encontramos con un bajo conocimiento de estos modelos de gestión.

Una vez estudiado el nivel de conocimiento de los modelos de gestión de la calidad, continuamos el análisis de los resultados obtenidos comentando el nivel de utilización de los mismos. De esta forma, observamos que el 33,6% de los encuestados declara que su residencia tiene implantado algún modelo de gestión de la calidad. Sin embargo, considerando la información suministrada por las empresas certificadoras y por Euskalit, apenas el 15% de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV cuenta con algún modelo implantado<sup>364</sup>. Con estos datos podemos afirmar que, como era de esperar, los centros que tienen implantado algún modelo de gestión de la calidad han respondido en mayor medida al cuestionario y tienen un peso mayor en la muestra del que les corresponde. Esta

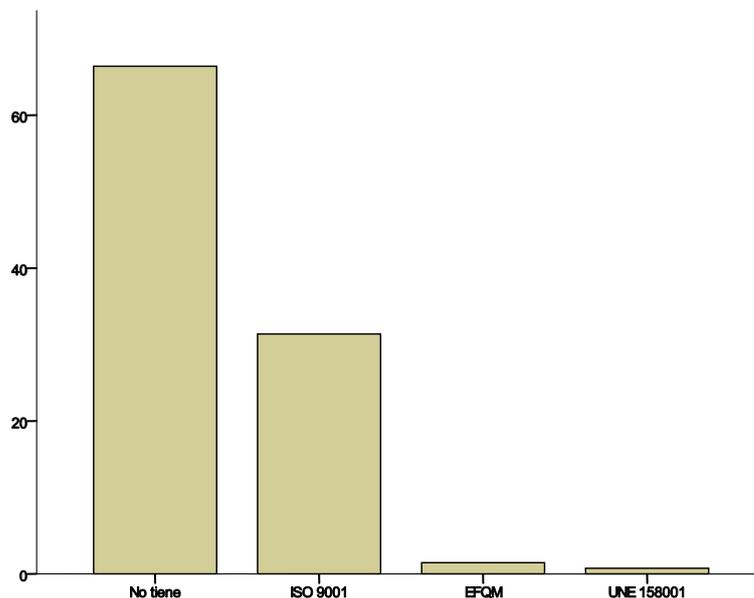
---

<sup>363</sup> Nos hemos referido ampliamente a estos modelos, específicos del sector residencial, en el capítulo sexto de esta Tesis Doctoral.

constatación implica una limitación de la investigación que se considerará más adelante en la contrastación de las hipótesis.

Por consiguiente, el 66,4% de los encuestados declara que su residencia no tiene implantado ningún modelo de gestión de la calidad. El 31,4% de los encuestados dicen tener implantada la norma ISO 9001. Tan solo una residencia declara tener implantada la norma UNE 158001 específica del sector y en dos residencias, el 1,5% de los encuestados, dicen aplicar el modelo EFQM (gráfico 9.2).

**Gráfico 9.2: Implantación de modelos de gestión de la calidad en el sector**



Fuente: Elaboración propia.

Se observan diferencias significativas a la hora de implantar modelos de gestión de la calidad según esté ubicada la residencia en un Territorio Histórico u otro. De esta forma, los resultados reflejan un mayor nivel de implantación de modelos de gestión de la calidad en Gipuzkoa, donde el 55,2% de los encuestados dicen utilizarlos, respecto de Bizkaia y Álava, donde únicamente el 32,1% y el 12,5% respectivamente declaran tener implantado alguno. En el capítulo séptimo de esta Tesis Doctoral ya estudiamos esta circunstancia, confirmada por los resultados de este trabajo empírico, y explicamos que esta diferente implantación puede

<sup>364</sup> En el capítulo séptimo de la Tesis Doctoral explicamos la obtención de estos datos.

deberse, probablemente, al Plan de Calidad para centros residenciales promovido por la Diputación Foral de Gipuzkoa, que incentivó la adopción de la norma ISO 9001 en el sector.

También queremos destacar que son muy pocos los responsables de centros residenciales que señalan estar en proceso de implantación de un modelo de gestión de la calidad (un 7,3%) o que tienen previsto su implantación futura (un 3,4%). En todos los casos los encuestados se refieren a modelos genéricos, fundamentalmente el modelo basado en la familia de normas ISO 9000. Estos datos pueden señalar un debilitamiento en la difusión de estos modelos en el sector.

Seguidamente, analizaremos el grado de utilización de una serie de métodos, instrumentos y herramientas que permiten la mejora de la calidad asistencial. Nos referimos, en concreto, a la utilización de equipos de mejora, sistemas de sugerencias, encuestas de satisfacción dirigidas a los clientes y a los trabajadores, gestión por procesos y por indicadores, planes de reconocimiento del personal, planes de comunicación interna y cartas de servicio.

**Tabla 9.9: Nivel de utilización de herramientas de gestión en el sector**

	<i>Nivel de utilización alto</i>	<i>Nivel de utilización muy alto</i>
Equipos de mejora	37,2%	16,8%
Sistemas de sugerencias	42,3%	19,0%
Encuestas de satisfacción dirigidas a los clientes	38,7%	24,8%
Encuestas de satisfacción dirigidas al personal	29,2%	10,9%
Gestión por procesos	32,1%	11,7%
Gestión por indicadores	24,8%	12,4%
Planes de reconocimiento del personal	29,9%	6,6%
Planes de comunicación interna	33,6%	13,9%
Cartas de servicio	21,9%	4,4%

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 9.10: Nivel de utilización de herramientas de gestión según la residencia tenga o no implantado un modelo de gestión de la calidad**

		<i>Sin modelo</i>	<i>Con modelo</i>	<i>Total</i>	<i>Signif.</i>
Equipos de mejora	1 (muy bajo)	14,3%	4,3%	10,9%	***
	2	16,5%	6,5%	13,1%	
	3	28,6%	8,7%	21,9%	
	4	30,8%	50,0%	37,2%	
	5 (muy alto)	9,9%	30,4%	16,8%	
Sistema de sugerencias	1 (muy bajo)	14,3%	2,2%	10,2%	***
	2	14,3%	0,0%	9,5%	
	3	22,0%	13,0%	19,0%	
	4	39,6%	47,8%	42,3%	
	5 (muy alto)	9,9%	37,0%	19,0%	
Encuestas de satisfacción dirigidas a clientes	1 (muy bajo)	11,0%	0,0%	7,3%	***
	2	15,4%	0,0%	10,2%	
	3	25,3%	6,5%	19,0%	
	4	35,2%	45,7%	38,7%	
	5 (muy alto)	13,2%	47,8%	24,8%	
Encuestas de satisfacción dirigidas a empleados	1 (muy bajo)	24,2%	10,9%	19,7%	***
	2	24,2%	26,1%	24,8%	
	3	22,0%	2,2%	15,3%	
	4	24,2%	39,1%	29,2%	
	5 (muy alto)	5,5%	21,7%	10,9%	
Gestión por procesos	1 (muy bajo)	38,5%	4,3%	27,0%	***
	2	11,0%	4,3%	8,8%	
	3	22,0%	17,4%	20,4%	
	4	23,1%	50,0%	32,1%	
	5 (muy alto)	5,5%	23,9%	11,7%	
Planes de reconocimiento del personal	1 (muy bajo)	18,7%	10,9%	16,1%	*
	2	20,9%	15,2%	19,0%	
	3	31,9%	21,7%	28,5%	
	4	25,3%	39,1%	29,9%	
	5 (muy alto)	3,3%	13,0%	6,6%	

Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

Así, en la tabla 9.9 se señala el porcentaje de responsables de centros residenciales que declaran una alta o muy alta utilización de cada uno de estos métodos y herramientas en su organización.

Encontramos diferencias significativas<sup>365</sup> a la hora de utilizar estos métodos y herramientas entre aquellas organizaciones que tienen implantado un modelo de gestión de la calidad y aquellas que no lo tienen (ver tabla 9.10). Es decir, la utilización de todos estos instrumentos es significativamente mayor en aquellas residencias con un modelo de gestión de la calidad implantado.

Igualmente, encontramos diferencias significativas en la utilización de estos métodos y herramientas al considerar el tamaño del centro residencial. Estas diferencias se refieren a la utilización de equipos de mejora, encuestas de satisfacción dirigidas a clientes, gestión por indicadores y planes de comunicación interna, instrumentos que son más utilizados por centros residenciales de dimensión media o grande que por aquellos de tamaño pequeño o muy pequeño (ver tabla 9.11).

Por otro lado, en función del Territorio Histórico donde está ubicada la residencia, las únicas diferencias significativas observadas se refieren a la utilización de equipos de mejora y de encuestas de satisfacción dirigidas a clientes, instrumentos que son utilizados en mayor medida por los centros residenciales de Gipuzkoa. El hecho de que en las residencias de Gipuzkoa exista una mayor implantación de la norma ISO 9001 explica, en nuestra opinión, estos resultados.

---

<sup>365</sup> En la mayoría de los casos la probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado es menor de 0,01.

**Tabla 9.11: Nivel de utilización de herramientas de gestión según la dimensión del centro residencial<sup>366</sup>**

		Tamaño del centro residencial				Signif.
		<i>muy pequeño</i>	<i>pequeño</i>	<i>mediano</i>	<i>grande</i>	
Equipos de mejora	1 (muy bajo)	25,8%	13,8%	4,0%	3,7%	***
	2	6,5%	27,6%	8,0%	14,8%	
	3	25,8%	6,9%	34,0%	11,1%	
	4	29,0%	34,5%	40,0%	44,4%	
	5 (muy alto)	12,9%	17,2%	14,0%	25,9%	
Encuestas de satisfacción dirigidas a clientes	1 (muy bajo)	16,1%	10,3%	2,0%	3,7%	***
	2	9,7%	3,4%	4,0%	19,6%	
	3	2,6%	20,7%	16,0%	18,5%	
	4	32,3%	41,4%	54,0%	24,8%	
	5 (muy alto)	19,4%	24,1%	24,0%	33,3%	
Gestión por indicadores	1 (muy bajo)	25,8%	20,7%	18,0%	44,4%	***
	2	9,7%	20,7%	12,0%	3,7%	
	3	41,9%	41,4%	32,0%	7,4%	
	4	9,7%	13,8%	24,0%	25,9%	
	5 (muy alto)	9,12%	3,4%	14,0%	18,5%	
Planes de comunicación interna	1 (muy bajo)	22,6%	20,7%	18,0%	22,2%	***
	2	0,0%	17,2%	8,0%	14,8%	
	3	41,9%	6,9%	10,0%	14,8%	
	4	25,8%	27,6%	50,0%	18,5%	
	5 (muy alto)	9,7%	20,7%	12,0%	29,6%	

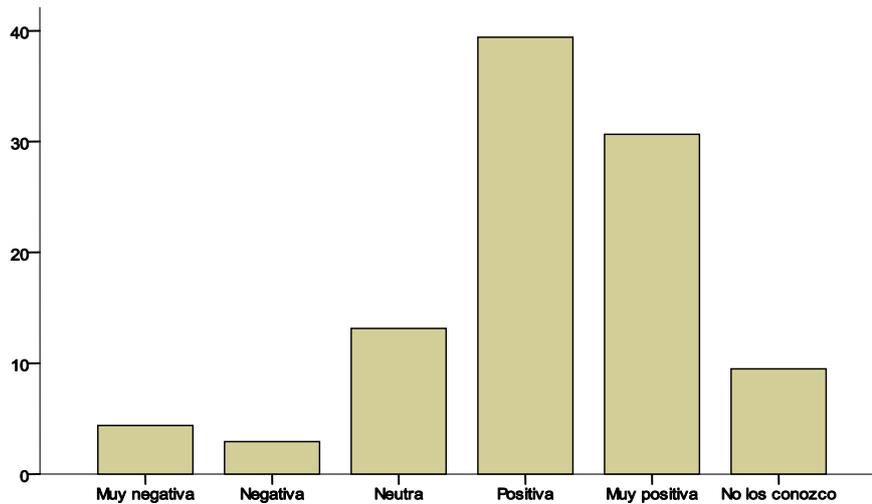
Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Resulta llamativo, por otra parte, el reducido nivel de conocimiento que existe en el sector con relación a los manuales de buenas prácticas. Apenas la mitad de los encuestados declara tener un nivel de conocimiento alto (un 30,7%) o muy alto (un 25,5%). En este punto, sí que existen diferencias significativas cuando el centro residencial tiene implantado un modelo de gestión de la calidad. Así, el 82,6% de los encuestados afirma tener un nivel de conocimiento elevado (30,4%) o muy elevado

<sup>366</sup> Tan solo consideramos aquellos instrumentos para los que hemos encontrado diferencias significativas en función de la dimensión del centro residencial.

(52,2%). En el caso de no tener implantado ningún modelo, estos porcentajes se reducen notablemente, pues solo el 30,8% de los encuestados declara tener un conocimiento elevado de los manuales de buenas prácticas y el 12,1% un nivel de conocimiento muy elevado.

**Gráfico 9.3: Valoración de la utilización de modelos de gestión de la calidad**



Fuente: Elaboración propia.

Continuando con este estudio descriptivo, resulta interesante constatar la valoración positiva que los responsables de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV realizan respecto de la utilización de los modelos de gestión de la calidad en el ámbito residencial.

Así, el 39,4% y el 30,7% de los encuestados valoran de forma positiva o muy positiva su adopción, respectivamente. Tan solo el 4,4% y el 2,9% de los encuestados la valoran de forma muy negativa o negativa, respectivamente (ver gráfico 9.3).

Existen diferencias significativas<sup>367</sup> en las respuestas al considerar si el centro residencial tiene implantado algún modelo de gestión de la calidad. De esta forma, el 89,2% de los responsables de centros con algún modelo implantado valora positiva (45,7%) o muy positivamente (43,5%) su utilización. Tan solo una persona

<sup>367</sup> Probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado menor de 0,03.

encuestada, con un modelo implantado en su residencia, realiza una valoración negativa o muy negativa. Por contra, el 60,5% de los responsables de centros sin un modelo implantado valora positiva (36,3%) o muy positivamente (24,2%) su utilización (ver tabla 9.12).

**Tabla 9.12: Valoración de la utilización de modelos de gestión de la calidad en el ámbito residencial**

	<i>Modelo de gestión de la calidad</i>		<i>Signif.</i>
	<i>No implantado</i>	<i>Implantado</i>	
Muy negativa	5,5%	2,2%	**
Negativa	4,4%	0,0%	
Neutra	17,6%	4,3%	
Positiva	36,3%	45,7%	
Muy positiva	24,2%	43,5%	

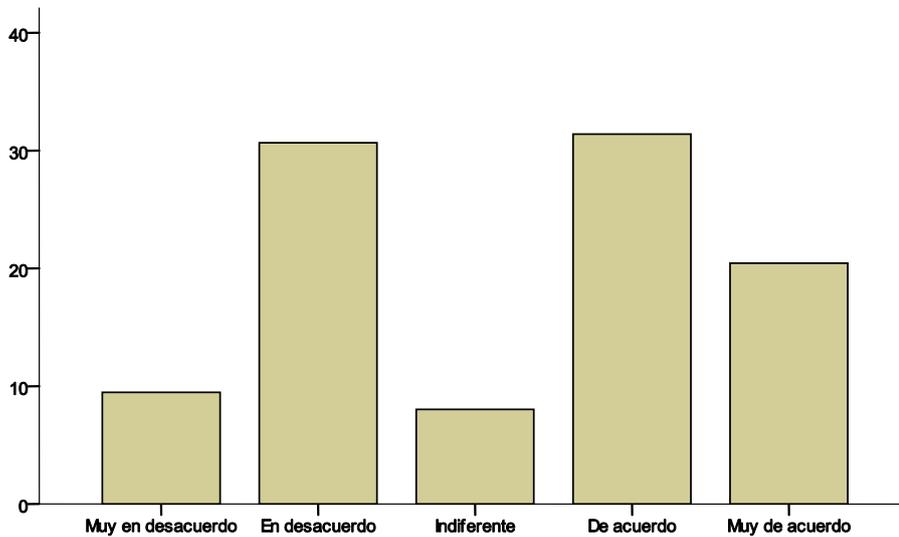
Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\*  $p < 0.01$

Aunque la valoración sea significativamente más alta en el caso de centros residenciales que utilizan algún modelo, es reseñable el alto porcentaje de responsables de centros que, sin tener un modelo implantado, los valoran de manera positiva.

Para finalizar, con relación al grado de acuerdo o desacuerdo respecto de la idea de que el esfuerzo en la calidad se está centrando más en la mejora de la calidad de la gestión que en la mejora de la calidad asistencial, resultan interesantes los resultados obtenidos.

Así, el 51,8% de los encuestados se muestran de acuerdo (31,4%) o muy de acuerdo (20,4%) con la idea señalada y, por tanto, perciben esta debilidad en los modelos de gestión de la calidad. Tan solo el 9,5% de los encuestados se muestran muy en desacuerdo con esta idea mientras que el 30,7% se muestra en desacuerdo. En conclusión, consideramos que no existe un posicionamiento claro en el sector con respecto a este tema (ver gráfico 9.4).

**Gráfico 9.4: Calidad en la gestión versus calidad asistencial**



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se encuentran diferencias significativas en las respuestas al considerar la implantación en el centro residencial de algún modelo de gestión de la calidad. Estas diferencias pueden apreciarse en la tabla 9.13.

**Tabla 9.13: Valoración: calidad en la gestión versus calidad asistencial**

	<i>Modelo de gestión de la calidad</i>		<i>Signif.</i>
	<i>No implantado</i>	<i>Implantado</i>	
Muy en desacuerdo	5,5%	17,4%	**
En desacuerdo	29,7%	32,6%	
Indiferente	9,9%	4,3%	
De acuerdo	28,6%	37,0%	
Muy de acuerdo	26,4%	8,7%	

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Es decir, la idea de que los modelos de gestión de la calidad se centran más en la mejora de la calidad de la gestión que en la mejora de la calidad asistencial, es más aceptada por los responsables de centros residenciales que no tienen implantado ningún modelo de gestión de la calidad. Sin embargo, consideramos destacable que entre los responsables de residencias que tienen implantado algún modelo y que, por tanto, pueden dar una opinión más fundada al respecto, el 45,7% se encuentran de acuerdo (37,0%) o muy de acuerdo (8,7%) con la afirmación.

En resumen, la información obtenida permite la validación, realizando alguna matización, de las proposiciones descriptivas 2, 3, 4, 5 y 6, tal y como fueron formuladas al finalizar el capítulo séptimo de esta Tesis Doctoral.

**Proposición 2:** *Los modelos de gestión de la calidad genéricos, en concreto el modelo basado en la familia de normas ISO 9000 y el modelo de excelencia EFQM, son conocidos por los responsables de las residencias para personas mayores de la CAPV pero no tienen una gran difusión en estas organizaciones.*

En efecto, el modelo de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001 es conocido por los responsables de los centros residenciales de la CAPV aunque, según los datos que hemos recogido, su difusión únicamente alcanza al 15% de las residencias.

Respecto al modelo de autoevaluación EFQM no solo está mínimamente extendido en el sector (menos del 1% de las residencias lo han adoptado) sino que, además, el nivel de conocimiento existente del mismo es muy reducido, mucho menor del que esperábamos. Por tanto, podemos aceptar la proposición con esta última matización.

**Proposición 3:** *Los modelos de gestión de la calidad dirigidos de manera específica a los centros residenciales para personas mayores, con una mayor preocupación por la calidad asistencial, no son conocidos ni tampoco están implantados en el sector.*

En este caso, los resultados del estudio permiten validar, sin matizaciones, esta proposición. No solo el nivel de implantación de estos modelos específicos es mínimo en el sector, pues menos del 2% de los centros residenciales los utilizan, sino que el grado de conocimiento respecto a los mismos por parte de los responsables de las residencias para personas mayores de la CAPV es muy bajo. Además, no existen diferencias significativas en estos resultados al considerar el Territorio Histórico donde esté ubicado el centro, la titularidad, el tamaño o, incluso, si tienen o no implantado algún modelo de gestión de la calidad.

**Proposición 4:** *La utilización de instrumentos y herramientas de gestión que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, como, entre otros, los equipos de mejora, los sistemas de quejas y sugerencias, las encuestas de satisfacción o las cartas de servicios, que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, es reducida en las residencias para personas mayores de la CAPV.*

Los resultados obtenidos nos permiten mantener esta proposición tal y como está planteada. Efectivamente, aunque difiere el grado de utilización según el método o instrumento estudiado, podemos afirmar que, en términos generales, su utilización es escasa, en cualquier caso inferior a lo que, en nuestra opinión, sería deseable.

Sin embargo, podríamos añadir o realizar alguna matización a esta proposición. Así, los resultados obtenidos permiten concluir que la utilización de todos los instrumentos señalados es significativamente mayor en aquellas residencias que tienen algún modelo de gestión de la calidad implantado. También encontramos diferencias significativas en la utilización de algunos de estos métodos y herramientas al considerar el tamaño del centro residencial. Es el caso de los equipos de mejora, las encuestas de satisfacción dirigidas a clientes, la gestión por indicadores y los planes de comunicación interna, que son más utilizados por centros residenciales de mayor dimensión.

**Proposición 5:** *Los responsables de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV valoran positivamente la adopción de modelos de gestión de la calidad en el sector.*

Efectivamente, hemos constatado la valoración positiva que realizan los responsables de las residencias para personas mayores de nuestra Comunidad Autónoma respecto a la aplicación de los modelos de gestión de la calidad en el ámbito residencial. También hemos comprobado que la valoración es superior en caso de tener implantado algún modelo de gestión de la calidad.

Además, aunque la valoración sea significativamente más alta en el caso de centros residenciales que cuentan con algún modelo implantado, podemos destacar el alto porcentaje de responsables de centros que, sin haber adoptado ningún modelo, los valoran de manera positiva.

**Proposición 6:** *Los modelos de gestión de la calidad implantados en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV se centran más en la mejora de la gestión que en la mejora de la calidad asistencial.*

Aunque esta idea es más aceptada por los responsables de centros residenciales que no tienen implantado ningún modelo de gestión de la calidad, gran parte de los gestores de residencias que han adoptado algún modelo consideran que su mayor aportación se dirige a los procesos administrativos y de gestión, y destacan que su eficacia y eficiencia no es tan clara en el ámbito de la calidad asistencial.

Por tanto, los resultados obtenidos nos permiten validar esta proposición. No obstante, y como señalábamos en el capítulo anterior, aunque contemos con la opinión cualificada de algunos responsables y trabajadores de residencias con los que hemos tenido contacto directo y, además, hayamos obtenidos los resultados que acabamos de apuntar, desde nuestro punto de vista, concluir que no existe una relación entre la utilización de estos modelos de gestión de la calidad y la calidad asistencial ofrecida por la organización exigiría un estudio más profundo en el que se

tuviera en cuenta la opinión de los profesionales que trabajan en la atención directa, del resto de profesionales, de los residentes y de sus familiares.

### **9.2.1.3. Grado de orientación al mercado y a la gestión de la calidad en las residencias para personas mayores de la CAPV: análisis exploratorio**

Para concluir este estudio descriptivo, vamos a tratar de determinar, de una manera preliminar, el grado de orientación al mercado que existe en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, así como el grado de asunción de los principios que definen la gestión de la calidad en estas organizaciones. Recordemos que, como señalábamos al iniciar este trabajo, la orientación al mercado y la gestión de la calidad pueden considerarse, en nuestra opinión, como dos filosofías o culturas de gestión complementarias<sup>368</sup>. Ambas tienen como elemento central de actuación la satisfacción del cliente, aunque por caminos paralelos. La orientación al mercado mediante el seguimiento continuo y proactivo de sus necesidades; la gestión de la calidad mediante el logro de la excelencia en la ejecución de los procesos organizativos y la mejora continua (Santos y Álvarez, 2007d, p. 231).

#### **I- Nivel global de orientación al mercado en el sector residencial**

A partir de la valoración dada por los responsables de centros residenciales para personas mayores de la CAPV a las cuestiones que fueron planteadas en el módulo del cuestionario –preguntas 11 y 12 del mismo– correspondiente a la medición de la orientación al mercado<sup>369</sup>, trataremos de reflejar de un modo global el nivel de orientación al mercado que existe en estas organizaciones<sup>370</sup>.

---

<sup>368</sup> Son diversos los autores que han reflexionado sobre esta cuestión que, en el capítulo primero de esta Tesis Doctoral, ha sido desarrollada en profundidad.

<sup>369</sup> Recordamos que para la obtención de la escala utilizada para evaluar el grado de orientación al mercado de los centros residenciales recurrimos, en principio, a escalas ya existentes, para, seguidamente, realizar los ajustes y adaptaciones necesarias en función de las características de las

Para ello, hemos calculado una valoración media para cada una de las dimensiones que, en el ámbito estudiado, hemos considerado definitorias del concepto. Estas valoraciones medias fueron utilizadas a su vez para generar un nuevo constructo, media de las cuatro anteriores, que reflejara de un modo global la valoración media del nivel de orientación al mercado en el sector residencial.

La tabla 9.14 muestra la valoración media de dicho grado de orientación al mercado, tanto por cada dimensión como de modo global, una vez promediados los ítems que definen cada dimensión crítica, y éstas a su vez entre sí para obtener la valoración media global.

**Tabla 9.14: Descriptivos de las dimensiones de la orientación al mercado**

<i>Dimensión</i>	<i>Valores medios</i>	<i>Desviación típica</i>
Búsqueda de información	3,318	0,813
Diseminación de la información	3,177	0,822
Diseño e implantación de la respuesta	3,309	0,668
Coordinación interfuncional	3,691	0,856
Orientación al mercado (OM)	3,373	0,628

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla, los principios y valores que definen una cultura de orientación al mercado son asumidos de un modo tan solo aceptable por las empresas analizadas.

---

organizaciones del sector objeto de estudio. En el capítulo anterior hemos tratado, con detalle, esta cuestión.

<sup>370</sup> Igualmente, queremos recordar que, posteriormente, analizaremos la fiabilidad de la escala utilizada, la dimensionalidad de cada una de las subescalas y confirmaremos la validez del instrumento de medida. Por ello, al estudio que comenzamos a realizar le hemos dado la consideración de exploratorio.

A esta conclusión se llega a partir de la valoración media global de 3,373 puntos<sup>371</sup>, puntuación obtenida en una escala de 1 a 5. Por ello, en este estudio exploratorio, no podemos calificar de manera favorable el nivel de orientación al mercado existente en el sector y, por tanto, concluiríamos que los principios que definen una orientación al mercado no están asumidos de modo muy generalizado, lo que, a su vez, nos llevaría a aceptar, de manera provisional, la hipótesis de que en el sector residencial para personas mayores de la CAPV no existe una nítida orientación al mercado (hipótesis tercera de esta Tesis Doctoral).

El análisis detallado de la tabla nos permite identificar diferencias de valoración significativas entre las cuatro dimensiones. Así, en lo que se refiere a la *búsqueda de información* y al *diseño e implantación de la respuesta*, la valoración no difiere significativamente de la que se obtiene a nivel global. Sin embargo, la dimensión *coordinación interfuncional* obtiene una valoración media superior a la valoración global y, en sentido inverso, la dimensión *diseminación de la información* obtiene una valoración media inferior a la valoración global.

Un segundo análisis previo que hemos realizado es aquél que nos permite identificar diferentes grupos de organizaciones en función de su grado de orientación al mercado. Para ello, se ha segmentado la muestra mediante un análisis *cluster* o de conglomerados<sup>372</sup>.

Así, la muestra fue dividida en dos grupos: *orientación al mercado (OM) aceptable* y *orientación al mercado (OM) reducida*, tal como se puede observar en la

---

<sup>371</sup> Una puntuación, por tanto, algo superior al punto intermedio de valoración en la escala que es 3. El criterio que hemos utilizado para definir el grado de orientación al mercado de las organizaciones del sector residencial sigue el establecido por Bigné y Blesa (2001, p. 32).

<sup>372</sup> El análisis *cluster* o de conglomerados permite la formación de grupos con las observaciones realizadas, de forma que dentro de los grupos se reúnan observaciones homogéneas y que los grupos sean lo más heterogéneos entre sí (Miquel *et al.*, 1997, p. 269). El análisis de conglomerados jerárquico de Ward nos permitió identificar dos grupos de centros que presentaban diferencias significativas en la valoración de las cuatro dimensiones. Para el resto del análisis *cluster* utilizamos el método no jerárquico o de optimización de K-medias. Este método permite la reasignación de un individuo a distintos conglomerados en distintos pasos del proceso hasta llegar a una solución óptima (Miquel *et al.*, 1997, p. 275).

tabla 9.15. Ambos grupos poseen una dimensión similar, 68 y 69 centros residenciales, y en todas las dimensiones del concepto existen diferencias significativas<sup>373</sup> entre ellos.

**Tabla 9.15: Análisis *cluster* de la orientación al mercado (K-medias)**

	<i>OM reducida</i>	<i>OM aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Búsqueda de información	2,81	3,84	***
Diseminación de la información	2,67	3,69	***
Diseño e implantación de la respuesta	2,97	3,66	***
Coordinación interfuncional	3,17	4,22	***
Orientación al mercado	3,85	2,90	***
Número (%) de casos en cada grupo	69 (50,4%)	68 (49,6%)	

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\*  $p < 0.01$

En los centros con una *OM aceptable*, los cuatro criterios considerados obtienen valoraciones medias cercanas, e incluso en el caso de la dimensión *coordinación interfuncional* superior, a los 4 puntos sobre un máximo de 5. Por su parte, en las empresas con *OM reducida*, las valoraciones se sitúan por debajo de los 3 puntos excepto para la dimensión *coordinación interfuncional*.

De esta forma observamos que cada uno de estos grupos obtiene una valoración significativamente distinta en el nivel global de orientación al mercado que presentan. Así, el grupo *OM aceptable* obtiene una puntuación global de 3,85 en el grado de orientación al mercado y el grupo de *OM reducida* se sitúa en 2,90 puntos.

Al estudiar las principales características de estos dos grupos encontramos que existen diferencias significativas a la hora de utilizar diferentes herramientas de marketing por el hecho de pertenecer a uno u otro conglomerado.

<sup>373</sup> En todos los casos, la probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado es menor de 0,01.

**Tabla 9.16: Utilización de herramientas de marketing en cada grupo**

	<i>OM reducida</i>	<i>OM aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Folletos explicativos	53,6%	72,1%	***
Memoria anual de actividades	34,8%	64,7%	***
Protocolos de acogida al residente	58,0%	85,3%	***
Visitas planificadas para clientes	40,6%	64,7%	**
Órganos de representación de residentes	20,3%	44,1%	**
Plan de marketing	8,7%	33,8%	***
Utilización de Internet	11,3%	52,5%	***

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Así, por ejemplo, la utilización de folletos explicativos de la organización y de los servicios que presta, la realización de una memoria anual de actividades, los protocolos de acogida al residente, las visitas planificadas para clientes potenciales, la utilización de Internet, la elaboración de un plan de marketing o la existencia de órganos de representación de residentes, es significativamente superior<sup>374</sup> en las residencias con una *OM aceptable* respecto a los centros residenciales con una *OM reducida*, como puede observarse en la tabla 9.16.

Por otro lado, resulta de interés destacar que el 54,4% de los centros residenciales con una *OM aceptable* señala tener implantado algún modelo de gestión de la calidad frente al 13% de los centros residenciales que pertenecen al grupo de *OM reducida*.

---

<sup>374</sup> Hemos exigido una probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado inferior a 0,05. Además, se requerirá que las frecuencias esperadas menores de 5 no superen el 20 por ciento del total de frecuencias esperadas y únicamente se aceptarán frecuencias esperadas superiores a 1.

**Tabla 9.17: Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo**

	<i>OM reducida</i>	<i>OM aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Modelo de gestión de la calidad implantado	13,0%	54,4%	***

Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

Por último, se constata que la dimensión del centro residencial, su titularidad y el Territorio Histórico donde esté ubicado, no tienen influencia significativa en su nivel de orientación al mercado.

## **II- Nivel global de orientación a la gestión de la calidad en el sector residencial**

Los ítems incluidos en la pregunta 16 del cuestionario trataban de evaluar el grado de adopción de los principios de la gestión de la calidad. La escala propuesta, así como las dimensiones que definen la gestión de la calidad, se generó revisando los contenidos del modelo EFQM y, fundamentalmente, tomando en consideración otras escalas propuestas en la literatura<sup>375</sup>. Al igual que con la orientación al mercado, vamos a tratar de reflejar de un modo global el nivel de gestión de la calidad, o de aceptación de sus principios, existente en estas organizaciones.

Para ello, se calculó una valoración media para cada una de las cuatro dimensiones que, en el ámbito estudiado, hemos considerado que definen este concepto. La media de la valoración dada a estas dimensiones refleja de modo global el nivel de orientación a la gestión de la calidad en las organizaciones analizadas (ver tabla 9.18).

---

<sup>375</sup> En el capítulo octavo se trata esta cuestión. La escala propuesta inicialmente, como veremos más adelante, deberá ser depurada hasta alcanzar niveles aceptables de fiabilidad y validez.

**Tabla 9.18: Descriptivos de las dimensiones de la gestión de la calidad**

<i>Dimensión</i>	<i>Valores medios</i>	<i>Desviación típica</i>
Personas	3,388	0,803
Liderazgo	2,536	1,015
Procesos	3,332	0,859
Recursos y alianzas	3,319	0,997
Gestión de la calidad (GC)	3,144	0,722

Fuente: Elaboración propia.

El grado de orientación a la gestión de la calidad alcanza una puntuación media de 3,14 puntos<sup>376</sup>. Este resultado nos permite afirmar que el conjunto de las organizaciones analizadas desarrollan de un modo tan solo aceptable los principios que delimitan la gestión de la calidad. Con estos datos podríamos confirmar, de manera provisional, la hipótesis de que no existe una clara orientación a la gestión de la calidad por parte de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV (hipótesis octava de esta Tesis Doctoral).

El análisis detallado de la tabla 9.18 nos permite identificar diferencias significativas de valoración entre las cuatro dimensiones consideradas. Así, las dimensiones *personas*, *procesos* y *recursos y alianzas* alcanzan una valoración superior a la que obtiene el conjunto del concepto de gestión de la calidad. Por otro lado, se comprueba que la valoración que se otorga al *liderazgo* directivo es significativamente menor que la que obtiene el conjunto del concepto de gestión de la calidad.

Adicionalmente, con el objeto de clasificar a las empresas de acuerdo con su grado de gestión de la calidad, se ha segmentado la muestra mediante un análisis

---

<sup>376</sup> En una escala de 1 a 5, el punto intermedio de valoración es 3, muy próximo a la puntuación media obtenida (3,14) por las organizaciones del sector.

*cluster*. De esta manera, siguiendo el mismo proceso que hemos utilizado con la orientación al mercado, se han obtenido los resultados recogidos en la tabla 9.19.

**Tabla 9.19: Análisis *cluster* de la gestión de la calidad (K-medias)**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Personas	2,500	3,291	3,963	***
Liderazgo	2,086	1,889	3,435	***
Procesos	2,327	3,273	3,930	***
Recursos y alianzas	2,011	3,308	4,031	***
Gestión de la calidad	2,23	2,94	3,84	***
Número (%) de casos en cada grupo	29 (21,2%)	54 (39,4%)	54 (39,4%)	

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

En síntesis, se identifican tres grupos de empresas que presentan diferencias significativas en la valoración de las dimensiones de la gestión de la calidad y que han sido denominados, aludiendo al grado de desarrollo del concepto, como *GC aceptable*, *GC reducido* y *GC muy reducido*<sup>377</sup>.

En las empresas con un grado de *GC aceptable*, los cuatro criterios considerados obtienen valoraciones medias muy cercanas, e incluso superior en el caso de la dimensión *recursos y alianzas*, a los 4 puntos, sobre un máximo de 5. En el caso de la dimensión *liderazgo* la puntuación es algo inferior. Por su parte, en las empresas del segundo grupo, aquellas con un grado de *GC reducido*, las valoraciones se sitúan en torno a los 3 puntos. Igualmente, la puntuación es más baja para la dimensión *liderazgo*. Por último, en las empresas con un grado de *GC muy reducido*, el valor medio de los criterios contemplados es cercano a los 2 puntos. En este caso, la dimensión *personas* recibe una puntuación algo superior, llegando a 2,50 puntos.

<sup>377</sup> El análisis *post hoc* realizado (HDS de Tukey) para la identificación de los grupos nos permite distinguir tres grupos diferenciados para las dimensiones *personas*, *procesos* y *recursos y alianzas*, y dos grupos para la dimensión *liderazgo*.

Se trata, en el caso de este último grupo de centros residenciales, de un grado de gestión de la calidad notablemente insatisfactorio.

Además, se ha podido comprobar, como cabría esperar, que cada uno de estos grupos obtiene una valoración significativamente distinta en el nivel global de orientación a la gestión de la calidad que presentan. Así, el grupo con un grado de *GC aceptable* obtiene una puntuación global de 3,84, el grupo de *GC reducido* se sitúa en 2,94 y el grupo con un nivel de *GC muy reducido* obtiene 2,23 puntos.

Seguidamente estudiamos las principales características de estos tres grupos y las diferencias existentes entre ellos a la hora de utilizar diferentes herramientas de gestión de la calidad.

**Tabla 9.20: Utilización de herramientas de gestión en cada grupo<sup>378</sup>**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Equipos de mejora	2,66	3,31	3,78	**
Sistemas de sugerencias	2,97	3,33	3,96	**
Encuestas de satisfacción - clientes	2,66	3,65	4,15	***
Encuestas satisfacción empleados	2,03	2,78	3,41	***
Gestión por procesos	2,38	2,72	3,43	**
Gestión por indicadores	2,14	2,50	3,63	***
Planes reconocimiento del personal	2,62	2,72	3,38	*
Planes de comunicación interna	2,34	2,54	3,85	***
Cartas de servicio	2,07	2,22	2,81	**

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Así, podemos comprobar la existencia de diferencias significativas<sup>379</sup> en el grado de utilización de equipos de mejora, sistemas de sugerencias, encuestas de

<sup>378</sup> Se indica la puntuación media otorgada por las residencias de cada grupo en una escala de 1 a 5, de una menor a una mayor utilización de las herramientas.

satisfacción dirigidas a los clientes y a la plantilla, gestión por procesos, gestión por indicadores, planes de reconocimiento del personal, planes de comunicación interna y cartas de servicio, en función del grupo al que pertenece el centro residencial, tal y como puede observarse en la tabla 9.20.

Por otro lado, el 51,9% de los centros residenciales con un nivel de orientación a la *GC aceptable* tienen implantado algún modelo de gestión de la calidad frente a una implantación significativamente menor, del 29,6 y 6,9% en el caso de centros residenciales que pertenecen los grupos de *GC reducido* y *GC muy reducido*, respectivamente (tabla 9.21).

**Tabla 9.21: Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Modelo de gestión de la calidad implantado	6,9%	29,6%	51,9%	***

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\*  $p < 0.01$

La dimensión del centro residencial, su titularidad y el Territorio Histórico donde esté ubicado no tienen una influencia significativa en el nivel de implantación de los principios de la gestión de la calidad.

A continuación, en los siguientes epígrafes vamos a tratar de confirmar y reforzar estos resultados exploratorios mediante el uso de metodologías de análisis más avanzadas y vinculadas con los sistemas de ecuaciones estructurales. Además, trataremos de encontrar diferentes tipologías de centros residenciales considerando conjuntamente su grado de orientación a la gestión de la calidad y su nivel de orientación al mercado.

---

<sup>379</sup> Exigimos una probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado inferior a 0,05.

### 9.2.2. La estructura multidimensional de la orientación al mercado

La metodología empleada hasta el momento en la elaboración de la escala de medida del grado de orientación al mercado no ha permitido su validación<sup>380</sup>. El investigador debe asegurar la autenticidad, eficacia y fuerza del instrumento utilizado para medir el fenómeno de interés (Sarabia, 1999, p. 357). En este sentido, una vez adaptada la escala al contexto de los centros residenciales y obtenidos los resultados de la encuesta, pasamos a describir el procedimiento seguido para depurarla. En concreto, se detallan los diferentes contrastes realizados para determinar la dimensionalidad, la fiabilidad y la validez de la escala propuesta para la medida de la orientación al mercado en el sector residencial<sup>381</sup>.

El análisis de los instrumentos de medida tratará de comprobar si los constructos están adecuadamente medidos a través de los indicadores que integran las escalas de medida. Para ello, el proceso que hemos seguido en este análisis, tanto el relativo al instrumento de medida de la orientación al mercado, como el referido a la gestión de la calidad, se efectuará en dos etapas:

1- En primer lugar, realizaremos un análisis factorial exploratorio de componentes principales con el fin de comprobar si los factores latentes hallados se corresponden con los que hemos establecido apoyándonos en la literatura especializada, un análisis de fiabilidad (mediante el estadístico Alfa de Cronbach) y un análisis de significatividad de las correlaciones de los ítems. De esta forma, efectuaremos una primera depuración de las escalas.

---

<sup>380</sup> Véase la escala inicialmente propuesta en el capítulo anterior.

<sup>381</sup> En el apartado 9.2.4 seguiremos el mismo proceso para determinar la dimensionalidad, la fiabilidad y la validez de la escala propuesta para la medida de la orientación a la gestión de la calidad en el sector de las residencias para personas mayores.

2- A continuación procederemos a realizar un análisis factorial confirmatorio comprobando la validez convergente, discriminante y de contenido de los instrumentos de medida. Además, estudiaremos la bondad del ajuste de las escalas (mediante índices de ajuste global, incremental y de parsimonia) y su consistencia interna (utilizando el Alfa de Cronbach, la fiabilidad compuesta y la varianza extraída).

Por tanto, en primer lugar y con objeto de efectuar una depuración preliminar de la escala, realizamos un análisis factorial de componentes principales y un análisis de fiabilidad.

Hay que señalar que, previamente a la utilización del análisis factorial de componentes principales, se realizaron el test de Kaiser-Meyer-Olkin<sup>382</sup> –que mide el grado de adecuación muestral– y la prueba de esfericidad de Barlett<sup>383</sup> –que indica la posible existencia de factores subyacentes en las escalas– con resultados satisfactorios, por lo que presumimos que el análisis factorial permitirá obtener buenos resultados.

El análisis factorial de componentes principales se puede utilizar para valorar la naturaleza de las dimensiones propuestas. Además, el número de ítems puede reducirse si seleccionamos solo aquellos con un peso factorial alto, obteniéndose de este modo un conjunto de ítems y unas escalas preliminares que seguidamente podrán ser refinadas en un análisis confirmatorio (Hair *et al.*, 1999, p. 83).

---

<sup>382</sup> El test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es un indicador de la validez de análisis factorial que compara los coeficientes de correlación simple con los coeficientes de correlación parcial. Sus valores oscilan entre 0 y 1. Se pueden considerar resultados aceptables los valores superiores a 0,6, y buenos resultados si son superiores a 0,8 (Miquel *et al.*, 1997, p. 239). En nuestro caso el valor obtenido fue de 0,789.

<sup>383</sup> El test de Esfericidad de Barlett comprueba si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad. Se pueden dar como válidos aquellos resultados que nos presenten un valor elevado del test y cuya fiabilidad sea menor a 0,05 (Miquel *et al.*, 1997, p. 238). En este caso, la prueba ofreció una Chi-cuadrado (g.l.) de 634,559 (91), siendo  $p=0,000$ .

De esta forma, la realización de un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, con objeto de conseguir una mejor comprensión de la matriz resultante, nos permitió detectar la existencia de cuatro dimensiones subyacentes, *–búsqueda y recogida de información, diseminación de la información, diseño e implementación de la respuesta y coordinación interfuncional–*, identificadas para el concepto de orientación al mercado<sup>384</sup>.

Este resultado no es sorprendente, ya que, al desarrollar la sección del cuestionario que tenía por objeto medir la orientación al mercado de los centros residenciales y teniendo en cuenta la literatura consultada, partíamos precisamente de las cuatro dimensiones que hemos identificado en el análisis exploratorio.

Seguidamente, el estudio se centró en el análisis de la fiabilidad de cada una de las subescalas. Como indica Morales (2007, p. 3), la fiabilidad expresa el grado de precisión de la medida y es un claro indicador de la calidad de los instrumentos que hemos utilizado. Aunque ninguna medición es perfecta, con una fiabilidad alta los sujetos medidos con el mismo instrumento en ocasiones sucesivas deberían quedar ordenados de manera semejante. Si se reduce la fiabilidad el error aumentará y los resultados variarán más de una medición a otra. El análisis de fiabilidad nos permite conocer en qué medida las diferentes escalas se encuentran libres de error aleatorio y, por tanto, proporcionan resultados estables y consistentes (Sánchez y Sarabia, 1999, p. 367; Miquel *et al.*, 1997, p. 127).

El grado de fiabilidad del instrumento de medida ha sido analizado a través del análisis de la consistencia interna de cada subescala comprobada por el estadístico Alfa de Cronbach (1951)<sup>385</sup>. Así, el análisis inicial del Alfa de Cronbach

---

<sup>384</sup> Consideramos que se trata, por tanto, de un constructo multidimensional por referirse a un conjunto de dimensiones distintas pero relacionadas entre sí que deben ser tratadas como un único concepto teórico (Law y Wong, 1999, p. 144).

<sup>385</sup> La fiabilidad de un instrumento de medida puede cuantificarse a través de otros métodos, como puede ser la realización del mismo experimento en diferentes momentos del tiempo para ver si se obtienen resultados similares, o bien, la partición de la muestra en diferentes submuestras para analizar si los resultados de cada una de ellas son o no similares. No obstante, en este trabajo hemos optado por el método del Alfa de Cronbach ya que es el que ha logrado un mayor reconocimiento a lo

para las cuatro subescalas arrojó unos primeros resultados de 0,748, 0,689, 0,752 y 0,657 para cada una de ellas, mayores en dos de los casos al nivel mínimo de 0,7 recomendado (Nunnally, 1978; Peterson, 1994; Vernet, 1995) y cercano a dicho valor en el caso de los otros dos<sup>386</sup>.

Además, con la finalidad de obtener una escala de mayor calidad se decidió eliminar aquellos ítems con un peso factorial inferior a 0,5, aquellos que no cargasen claramente sobre un factor y aquellos cuya correlación con la suma de los ítems restantes no fuese suficientemente significativa<sup>387</sup> (Bagozzi, 1981), ya que su presencia podría empeorar la consistencia interna de la escala.

Tras realizar estos análisis preliminares y con la finalidad de obtener una escala de mayor calidad, procedimos a la eliminación de los ítems BUSQ3, DISEM1, COORD3, RESP2, RESP3, RESP4 y RESP9, considerando los criterios mencionados.

Aunque en algunos casos resulte complicado razonar teóricamente la depuración de los ítems, ésta puede ser debida a que recojan una información ya obtenida por otros ítems (DISEM1, COORD3), a que no tengan excesiva relevancia para explicar el constructo (RESP2 y RESP9), o bien al hecho de que el sector de las residencias para personas mayores no sea un sector muy competitivo (BUSQ3).

Por otro lado, hemos tenido presente que una de las propiedades que debe cumplir cualquier escala de medición es la parametrización escueta o simplicidad, que indica que una escala debe contener un número reducido de ítems portadores de información relevante y no redundante (Camisón, 1999, p. 237). La parametrización

---

largo de la literatura. Además, el método que exige diversas mediciones en el tiempo presenta una gran complejidad operacional y el método que implica la partición de muestras podría tener asociada una cierta subjetividad.

<sup>386</sup> Para los citados autores una escala es fiable cuando el coeficiente alcanza valores iguales o superiores a 0,7. Otros autores plantean que, en caso de un estudio exploratorio, pueden aceptarse valores superiores a 0,6 (Robinson *et al.*, 1991; Miquel *et al.*, 1997).

<sup>387</sup> Si bien 0,3 es un valor mínimo generalmente aceptado para este parámetro (Nurosis, 1993), se exigió inicialmente un valor de 0,4 como mayor garantía de eliminación de indicadores problemáticos.

escueta de cada una de las escalas empleadas para la medición de la orientación al mercado queda demostrada al observarse que el Alfa de Cronbach de las escalas resultantes, al eliminar cualquiera de los ítems que las forman, siempre es menor que el que tenían dichas escalas antes de proceder a las respectivas eliminaciones. Por tanto, la eliminación de cualquiera de los ítems no produce mejoras de la fiabilidad.

Puede observarse, además, que el estadístico Alfa de Cronbach proporciona, de manera significativa, mejores resultados que los obtenidos con la escala inicial. En efecto, el valor obtenido por todas las subescalas, y por la escala global, supera el valor mínimo recomendado (ver tabla 9.22).

**Tabla 9.22: Fiabilidad de las dimensiones de la escala de medida de la orientación al mercado**

<i>Dimensión</i>	<i>Alfa de Cronbach de cada subescala después de la depuración</i>
Búsqueda y recogida de información	0,776
Diseminación de la información	0,793
Diseño e implementación de la respuesta	0,751
Coordinación interfuncional	0,766
Alfa de Cronbach de la escala global	
0,834	

Fuente: Elaboración propia.

Una vez comprobada la consistencia interna inicial se realizó nuevamente un análisis factorial de componentes principales que permitió ratificar la existencia de una clara estructura factorial (ver tabla 9.23), alcanzando todos los ítems un peso factorial superior a 0,6 y cargando todos ellos claramente sobre un factor.

**Tabla 9.23: Matriz de componentes rotados (normalización Varimax)**

Indicadores	Componente			
	1	2	3	4
BUSQ1	0,213	<b>0,741</b>	-0,036	0,121
BUSQ2	0,021	<b>0,796</b>	0,051	0,275
BUSQ4	0,138	<b>0,757</b>	0,322	0,024
BUSQ5	-0,130	<b>0,605</b>	0,306	0,307
DISEM2	0,226	0,220	<b>0,792</b>	-0,066
DISEM3	0,262	0,040	<b>0,766</b>	0,277
DISEM4	0,340	0,188	<b>0,687</b>	0,127
RESP1	<b>0,628</b>	0,012	0,247	0,054
RESP5	<b>0,659</b>	0,011	0,260	0,087
RESP6	<b>0,653</b>	-0,036	0,251	-0,035
RESP7	<b>0,712</b>	0,099	0,178	0,029
RESP8	<b>0,740</b>	0,295	-0,125	0,035
COORD1	0,026	0,210	0,065	<b>0,873</b>
COORD2	0,097	0,246	0,135	<b>0,829</b>

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, se verifica la presencia de las cuatro dimensiones, *–búsqueda de información, diseminación de la información, diseño e implementación de la respuesta y coordinación interfuncional–*, identificadas para el concepto de la orientación al mercado. Esto permite que el constructo mantenga las dimensiones propuestas inicialmente, aunque utilizando un menor número de ítems. Así, las subescalas representativas de las dimensiones quedaron configuradas con 4, 3, 5 y 2 ítems, respectivamente.

Además, tal como se muestra en la tabla 9.24, los cuatro factores señalados alcanzan a explicar conjuntamente un importante porcentaje de la varianza total, concretamente el 63,87%.

**Tabla 9.24: Varianza total explicada de la escala de orientación al mercado**

Compo- nente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,517	32,262	32,262	2,637	18,836	18,836
2	2,202	15,728	47,990	2,411	17,219	36,055
3	1,171	8,367	56,357	2,149	15,348	51,403
4	1,052	7,516	63,873	1,746	12,470	63,873

Fuente: Elaboración propia.

A continuación estudiaremos la validez de la escala, es decir, el grado en el que el instrumento de medida utilizado mide realmente el concepto que se pretende medir. El análisis de fiabilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que exista validez (Churchill, 1979; Nunnally, 1978). Fiabilidad y validez se encuentran estrechamente relacionadas, desempeñando papeles complementarios. Si la fiabilidad se ocupa de la consistencia, exactitud y capacidad de predicción de los hallazgos de la investigación, la validez está relacionada con el problema de si realmente estamos midiendo lo que creemos, por lo que es un asunto más amplio y complejo que la fiabilidad (Sánchez y Sarabia, 1999, p. 390).

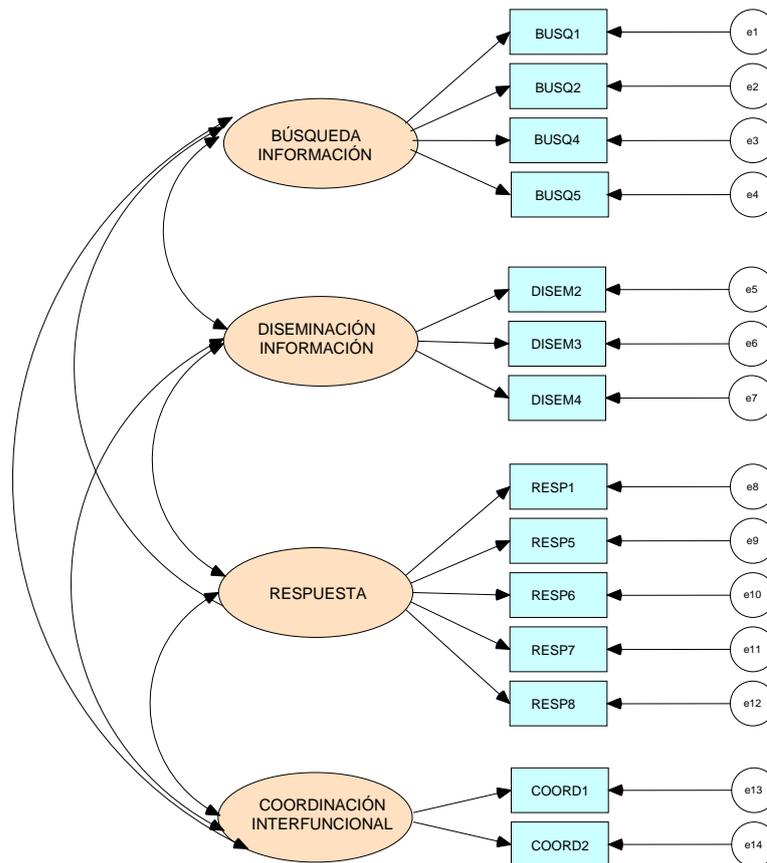
Para ello, una vez realizado el análisis exploratorio que nos ha permitido refinar la escala inicial, el empleo del análisis factorial confirmatorio<sup>388</sup> nos va a posibilitar avanzar todavía más en nuestro proceso de depuración de la escala indicándonos si procede la eliminación de algún otro ítem que hubiera sobrevivido al proceso seguido hasta el momento<sup>389</sup>. Vamos, por tanto, a tratar de verificar si la

<sup>388</sup> El análisis factorial confirmatorio (AFC) se focaliza en la comprobación de la existencia de una teoría o hipótesis establecida *a priori* mediante la normalización de un modelo de medida que se pone a prueba (Fernández Pulido, 2008, p. 32). Este análisis se enmarca dentro de los modelos de ecuaciones estructurales (generalmente conocidos por las siglas en inglés, SEM), y trata de explicar de qué manera un conjunto de variables medidas empíricamente son un reflejo de otras variables latentes.

<sup>389</sup> Al considerar los requisitos que señalan la mayoría de los autores (Arbuckle, 2000; Diamantopoulos y Siguaw, 2000; Hatcher, 2006; Jöreskog y Sörbom, 1996a, 1996b) para poder llevar a cabo un AFC con relación al nivel de medida, al número mínimo de valores por indicador, a la distribución, al tipo de relaciones, a la multicolinealidad, a la identificación del modelo, etcétera, se señala que el número mínimo de observaciones debería ser en torno a 150, o bien de 5 observaciones para cada parámetro a estimar. En otros casos se señala que es preferible una muestra grande, en especial si se han de realizar modificaciones en el modelo, pero sin precisar qué significa “muestra

clara estructura factorial identificada puede ser probada por un procedimiento confirmatorio.

**Gráfico 9.5: Modelo de medida de la orientación al mercado**



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 9.5 representa el modelo teórico donde se relacionan las variables latentes que se desean medir junto con las variables observadas o ítems del cuestionario que se emplean como medida. Las variables observables son expresadas como una manifestación del constructo, de tal manera que éstas reflejan o son

---

grande” en la metodología SEM. En el estudio de Breckler (1990) –citado por Kline (2005, p. 15) y Arias (2008, p. 81)– sobre 72 artículos que utilizaron metodología SEM, la media fue de 198 sujetos, con un rango de 40 a 8.650 casos. El 22% de estos estudios utilizaron muestras inferiores a 100 sujetos. En nuestro caso, se trata de un modelo que no tiene una excesiva complejidad y que ya ha sufrido una depuración, por lo que, aunque se trate de una limitación de esta investigación, consideramos que el número de observaciones conseguido, 137, puede resultar suficiente para la aplicación de la metodología estadística propuesta.

manifestaciones del constructo. Por tanto, la variable latente precede a los indicadores en un sentido “causal”.

Como paso previo a la estimación de este modelo hemos procedido a comprobar la normalidad de la distribución de datos, mediante un test de normalidad multivariante, para determinar el método de estimación más conveniente a utilizar. El test de normalidad multivariante ofreció el siguiente resultado:

**Tabla 9.25: Test de normalidad multivariante**

VARIABLES OBSERVABLES	CURTOSIS VALOR Z	COEFICIENTE CRÍTICO
MULTIVARIANTES	18,682	5,356

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de este test (tabla 9.25) ponen de manifiesto la no normalidad de la distribución multivariante, ya que para un nivel de significación del 0,05, el coeficiente crítico para el valor z de curtosis en la distribución multivariante es superior en valor absoluto a 1,96 (Hair *et al.*, 1999, p. 65). Por ello, utilizaremos para la estimación de los parámetros del modelo el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS)<sup>390</sup>, un método preferible cuando la distribución de las variables observadas se desvía de la normalidad (Ruiz Díaz, 2008, p. 71) o que, en opinión de otros autores, impone asunciones menos restrictivas o rigurosas en cuanto a la normalidad (Del Barrio y Luque, 2000, p. 507; Lévy, 2003, p.791; Hair *et al.*, 1999, p. 633).

---

<sup>390</sup> En los modelos estructurales existen varias funciones de ajuste dependiendo del procedimiento utilizado para la estimación de los parámetros. Los tres métodos de estimación de parámetros más utilizados son el de Mínimos Cuadrados no Ponderados (*ULS: Unweighted Least Squares*), Mínimos Cuadrados Generalizados (*GLS: Generalized Least Squares*) y Máxima Verosimilitud (*ML: Maximum Likelihood*). El método de máxima verosimilitud es, posiblemente, el más extendido en la estimación de modelos estructurales por sus propiedades asintóticas de carencia de sesgo, consistencia y eficiencia, si las variables observadas responden a la condición de normalidad (Ruiz Díaz, 2008, p. 70). Algunos estudios también admiten su utilización en casos de ausencia de normalidad (Satorra, 2001; Rodríguez y Ruiz, 2008). El método de Mínimos Cuadrados Generalizados (*GLS, General Least Squares*) tiene las mismas propiedades que el modelo de máxima verosimilitud bajo consideraciones de normalidad multivariante menos rigurosas (Lévy, 2003, p. 791).

Como señalábamos anteriormente, el análisis factorial confirmatorio tiene como finalidad comprobar la validez de los indicadores como instrumentos de medida. Así, nos referiremos a la *validez convergente*, a la *validez discriminante* y a la *validez de contenido* de la escala de medida de la orientación al mercado en el sector residencial.

En primer lugar, la *validez convergente* de un concepto valora el grado en el que dos medidas del mismo están correlacionadas (Hair *et al.*, 1999, p. 106). La validez convergente puede analizarse a través de los coeficientes de regresión factorial estandarizados entre el conjunto de variables explicativas de la escala y su correspondiente variable latente de saturación (Anderson y Gerbing, 1988, p. 415). Una condición fuerte de validez convergente es que dichos coeficientes sean significativos al nivel de confianza del 95%, para lo cual se requieren valores t superiores a 1,96<sup>391</sup>, y que el valor de la carga factorial de cada coeficiente sea mayor que 0,6 (Bagozzi y Yi, 1988)<sup>392</sup>. Además, la fiabilidad individual de cada indicador ( $R^2$ ) expresa la proporción de varianza que cada indicador tiene en común con la variable latente a la que se pretende medir, siendo aconsejable que, cuando menos, sea superior a 0,3 (Bigné y Blesa, 2002, p. 47).

De esta forma, considerando los criterios señalados, observamos que las cargas factoriales estandarizadas alcanzan un nivel superior o muy próximo a 0,6 y son significativamente distintas de cero a un nivel de confianza del 99,9% (coeficiente crítico superior a 3,3101). La única excepción la encontramos en el indicador RESP8, que presentaba una carga factorial próxima a 0,5 y una fiabilidad individual inferior a

---

<sup>391</sup> O bien un coeficiente crítico superior a 2,576 o 3,3101 para un nivel de confianza del 99% o del 99,9%, respectivamente.

<sup>392</sup> Otros autores sugieren un valor mínimo de las cargas factoriales de 0,5 (Steenkamp y Trijjp, 1991, p. 289; Martín Armario y Cossío, 2001, p. 49; Hair *et al.*, 1999, p. 99). También hay autores (Fornell y Larcker, 1981) más exigentes, que recomiendan un valor mínimo de 0,7. En nuestro caso, la mayoría de las cargas factoriales estandarizadas son superiores a 0,6 y ninguna es inferior a 0,5.

la exigida<sup>393</sup> por lo que decidimos su eliminación de la escala.

La depuración de este ítem no nos ha sorprendido, ya que se trata de una sentencia que ha podido provocar una cierta contradicción al encuestado pues, estando todos de acuerdo con la utilidad social de los servicios prestados por las organizaciones del sector, pocas residencias participan activamente en acciones tendentes a mostrarlas. Por otro lado, el término “participación activa” puede haber inducido a una cierta confusión en los encuestados.

**Tabla 9.26: Validación de los ítems de la escala de orientación al mercado**

		<i>Cargas estandarizadas</i>	<i>Coficiente crítico (t value)</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>P</i>
BUSQ1	← Búsqueda de información	0,601	*	0,362	
BUSQ2	← Búsqueda de información	0,822	6,023	0,676	***
BUSQ4	← Búsqueda de información	0,786	5,212	0,618	***
BUSQ5	← Búsqueda de información	0,657	5,454	0,431	***
DISEM2	← Diseminación información	0,728	*	0,530	
DISEM3	← Diseminación información	0,849	6,230	0,720	***
DISEM4	← Diseminación información	0,755	5,626	0,570	***
RESP1	← Respuesta	0,592	*	0,351	
RESP5	← Respuesta	0,747	4,540	0,558	***
RESP6	← Respuesta	0,596	3,858	0,356	***
RESP7	← Respuesta	0,668	3,959	0,447	***
COORD1	← Coordinación interfuncional	0,752	*	0,565	
COORD2	← Coordinación interfuncional	0,843	6,077	0,711	***

Fuente: Elaboración propia. (\*) A estas variables se les asigna 1 como carga factorial.

\* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

<sup>393</sup> Aunque suele recomendarse que la fiabilidad individual supere el valor 0,5, al igual que otros autores, como, por ejemplo, Bigné y Blesa (2002, p. 47), se ha exigido que el valor alcance un mínimo de 0,3 para que el ítem no sea suprimido.

La eliminación del citado indicador nos obliga a estimar de nuevo los parámetros del modelo factorial confirmatorio. Los nuevos datos muestran unas cargas factoriales significativas y superiores o muy próximas a 0,6 en todos los casos. Por tanto, todos los indicadores cumplen este requisito e, igualmente, alcanzan la fiabilidad individual exigida (ver tabla 9.26). Por tanto, se confirma que las variables observadas están significativamente relacionadas con sus respectivos constructos y se verifica la relación propuesta entre indicadores y constructos, poniéndose de relieve la validez convergente del modelo.

Seguidamente, evaluamos la *validez discriminante* del modelo, la cual indica el grado en que dos conceptos conceptualmente parecidos difieren, es decir, comprobaremos que las dimensiones *búsqueda y recogida de información, diseminación de la información, diseño e implementación de la respuesta y coordinación interfuncional*, son significativamente distintas a pesar de estar correlacionadas. Para ello, estudiamos las correlaciones estandarizadas entre las variables latentes. Si las correlaciones existentes son superiores a 0,80, significa que tales variables están explicando información redundante y que no representan conceptos diferentes (Bagozzi, 1994; Bigné y Blesa, 2002, p. 50). Por el contrario, si las correlaciones entre dimensiones son débiles estaremos ante una validez discriminante (Luque, 1997, p. 255).

**Tabla 9.27: Matriz de correlaciones de las dimensiones de la escala de orientación al mercado**

	COORDINACIÓN	BÚSQUEDA	DISEMINACIÓN	RESPUESTA
COORDINACIÓN	1			
BÚSQUEDA	0,684	1		
DISEMINACIÓN	0,530	0,465	1	
RESPUESTA	0,294	0,281	0,627	1

Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en la tabla 9.27, las correlaciones entre las cuatro dimensiones de la orientación al mercado postuladas en ningún caso superan el 0,80, lo cual apunta una cierta validez discriminante.

Una forma de estimar la validez discriminante consiste en comprobar que la raíz cuadrada de la varianza extraída media (AVE) sea superior a la correlación entre variables latentes (Chin, 1998; Fornell y Larcker, 1981), o bien comparar las correlaciones entre las dimensiones y una medida de fiabilidad, como el coeficiente Alfa de Cronbach (Berné *et al.*, 1994, p. 196; Sánchez y Sarabia, 1999, p. 390). Así, comprobamos que, en efecto, todas las dimensiones tienen el coeficiente Alfa de Cronbach y la raíz cuadrada de la varianza extraída (ver tabla 9.30) superiores a las correlaciones con el resto de dimensiones, confirmándose, de esta manera, la validez discriminante.

Otra manera de estimar la validez discriminante consiste en seguir el enfoque propuesto por Anderson y Gerbing (1988), que radica en estimar el intervalo de confianza de los coeficientes de correlación existentes entre cada par de dimensiones y verificando, posteriormente, que ninguno de estos intervalos incluye el valor 1 (Anderson y Gerbing, 1988, p. 416). Puede observarse en la tabla 9.28 que, en nuestro caso, esta condición se cumple.

**Tabla 9.28: Validez discriminante: intervalos de confianza de las correlaciones entre las dimensiones**

Coordinación / Búsqueda	[0,492 - 0,876]
Coordinación / Diseminación	[0,372 - 0,668]
Coordinación / Respuesta	[0,142 - 0,446]
Búsqueda / Diseminación	[0,281 - 0,649]
Búsqueda / Respuesta	[0,076 - 0,360]
Diseminación / Respuesta	[0,435 - 0,819]

Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere a la *validez de contenido* de la escala utilizada, únicamente podemos argumentar, como ya hemos señalado con anterioridad, que todos sus ítems proceden de una revisión de la literatura al respecto, que se intentó que respondieran a la definición conceptual y que reflejaran todas las dimensiones relevantes. Además, se recurrió al consejo y opinión de compañeros expertos en la materia. Las observaciones realizadas por los mismos fueron incorporadas al instrumento para garantizar su validez. Por tanto, el procedimiento seguido en la obtención de las variables seleccionadas para cada escala de medida, la revisión de la literatura y la opinión de expertos, entendemos que garantiza la validez de contenido.

Por otro lado, con objeto de comprobar el grado de ajuste del modelo, se analizaron los índices de bondad del ajuste que figuran en la tabla 9.29<sup>394</sup>. Como puede observarse en la tabla, aunque algunos de los índices queden algo por debajo de los umbrales comúnmente aceptados<sup>395</sup> y no se pueda hablar de un ajuste excelente, consideramos que nuestro modelo final presenta unos índices de ajuste suficientemente aceptables.

No obstante, con el fin de intentar mejorar estos resultados, se plantearon modelos alternativos eliminando los ítems con menor fortaleza y comparando los índices obtenidos con los del modelo planteado. Con esto se llegó a la conclusión de que el mejor modelo era el habíamos finalmente planteado, ya que ningún otro obtuvo unos mejores índices de ajuste.

---

<sup>394</sup> Son muchos los posibles índices de ajuste del modelo que pueden utilizarse y ninguno de ellos, por separado, es suficiente para determinar que el modelo se ajusta a los datos. La combinación escogida es una de las más utilizadas (Boomsna, 2000; McDonald y Ho, 2002; Arias, 2008).

<sup>395</sup> Los niveles de aceptación utilizados, además de en las anteriores notas a pie de página, han sido recogidos, al comienzo de este capítulo, en la tabla 9.2.

**Tabla 9.29: Índices de ajuste del modelo de orientación al mercado**

<i>Medidas absolutas de ajuste</i>	
Chi-cuadrado (grados libertad) <sup>396</sup>	83,289 (59)
Nivel de significación	0,03
Goodness of Fit Index (GFI) <sup>397</sup>	0,906
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) <sup>398</sup>	0,055
<i>Medidas incrementales de ajuste</i>	
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) <sup>399</sup>	0,885
Incremental Fit Index (IFI) <sup>400</sup>	0,831
Comparative Fit Index (CFI) <sup>400</sup>	0,855
<i>Medidas de ajuste de parsimonia</i>	
Normed Chi-Squared (NCS) <sup>401</sup>	1,41

Fuente: Elaboración propia.

<sup>396</sup> El estadístico Chi-cuadrado mide la distancia existente entre la matriz de datos inicial y la matriz estimada por el modelo. Valores elevados corresponderían a un ajuste deficiente. Los grados de libertad podrían servir como estándar a través del cual juzgar si el valor de la Chi-cuadrado es grande o pequeño (Arias, 2008, p. 97). Para no rechazar la hipótesis de que la matriz de observaciones y la estimada por el modelo son iguales, el nivel de significación debe ser superior a 0,05 o 0,01 dependiendo del nivel de exigencia (Del Barrio y Luque, 2000, p. 514).

<sup>397</sup> El índice de bondad de ajuste (GFI) es un índice de variabilidad y representa el grado global de ajuste del modelo. Un valor de 0 señala un ajuste muy pobre y un valor de 1 indicaría un ajuste perfecto. Un ajuste aceptable tendría un índice próximo a 0,9 (Lévy, 2003, p. 794).

<sup>398</sup> El índice de la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA), señala el grado de ajuste que se podría anticipar con el valor total de la población y no el de la muestra. Valores entre el 0,05 y el 0,08 son muy aceptables como valores de ajuste del modelo (Lévy, 2003, p. 795).

<sup>399</sup> El índice de bondad de ajuste incremental (AGFI), es una extensión del índice de ajuste tradicional, ponderado por los grados de libertad del modelo presentado con respecto a los grados de libertad del modelo nulo. Se recomienda que este índice no sea inferior a 0,9 (Lévy, 2003, p. 795).

<sup>400</sup> Estos índices –índice de ajuste comparativo (CFI) e índice de ajuste incremental (IFI)– comparan el ajuste incremental del modelo analizado con un modelo comúnmente calificado de modelo nulo (modelo de un único factor sin error de medida). Se consideran aceptables valores en torno a 0,90 (Fernández Pulido, 2008, p. 38).

<sup>401</sup> El índice Chi-cuadrado normalizado (NCS) corresponde al estadístico de la Chi-cuadrado dividido por los grados de libertad. Los modelos sobreidentificados tendrían un valor inferior a 1 y los modelos poco representativos valores superiores a 2 ó 3. Se consideran valores aceptables los comprendidos entre 1 y 2. Los valores superiores a 5 indican que se puede mejorar el modelo (Lévy, 2003, p. 797).

Por otra parte, en lo referente a la fiabilidad de las dimensiones, medida ésta por el método de la consistencia interna, observamos que el Alfa de Cronbach es superior a 0,7 en todos los casos. Los índices de fiabilidad compuesta<sup>402</sup> muestran, igualmente, valores adecuados pues todos ellos superan el nivel de 0,7 (Del Barrio y Luque, 2000, p. 523). También las varianzas extraídas medias (AVE) se pueden considerar aceptables, dado que sobrepasan o están muy próximas al 50% (Hair *et al.*, 1999, p. 650). Este conjunto de indicadores se muestra en la tabla 9.30.

**Tabla 9.30: Fiabilidad de la escala de medida de la orientación al mercado**

<i>Dimensión</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Fiabilidad compuesta</i>	<i>Varianza extraída</i>	$\sqrt{AVE}$
Búsqueda de información	0,776	0,811	0,522	0,7225
Diseminación de la información	0,793	0,822	0,607	0,7791
Respuesta	0,718	0,743	0,481	0,6935
Coordinación interfuncional	0,766	0,779	0,638	0,7987

Fuente: Elaboración propia.

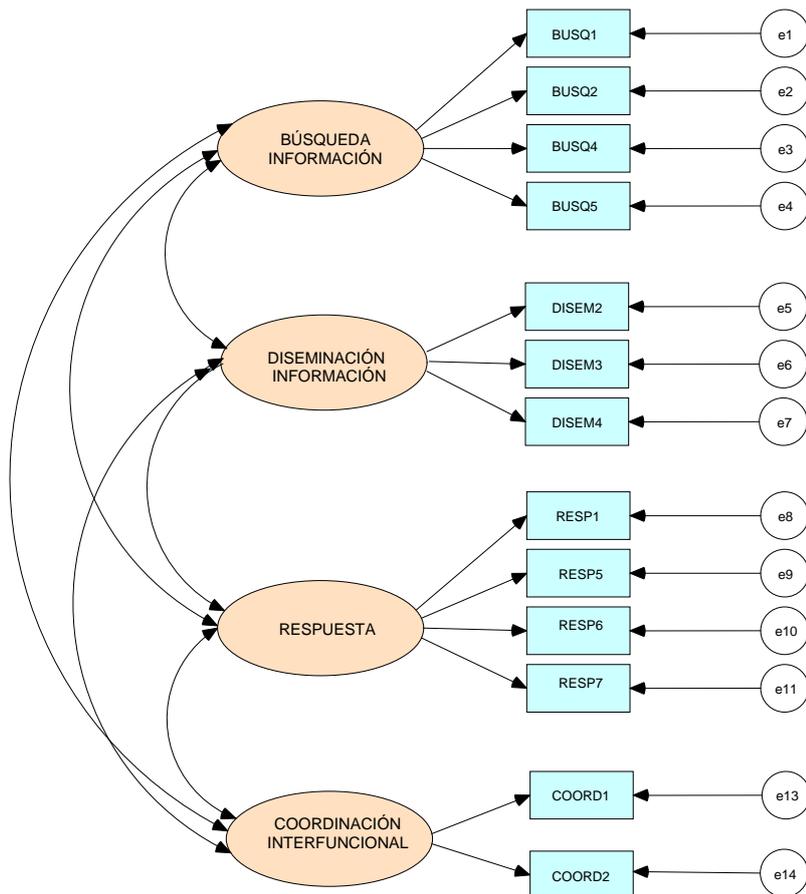
En definitiva, considerando todo lo apuntado, podemos aceptar que la escala de medida de la orientación al mercado es fiable y válida para representar el constructo para el que ha sido creada. De esta manera, estamos aceptando que el concepto de orientación al mercado, en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores, puede venir representado por cuatro dimensiones básicas que corresponderían a la *búsqueda y recogida de información*, la *diseminación de esta información*, el *diseño e implementación de la respuesta* y la *coordinación interfuncional*.

---

<sup>402</sup> El índice de fiabilidad compuesta es similar al Alfa de Cronbach como medida de consistencia interna. La diferencia radica en que la fiabilidad compuesta utiliza las cargas de los ítems tal como existen en el modelo causal mientras que el Alfa de Cronbach presupone que cada ítem de un constructo contribuye de la misma forma fijando, por tanto, las cargas en la unidad. Este argumento es utilizado por Fornell y Larcker (1981) para defender que la fiabilidad compuesta es una medida superior al Alfa de Cronbach.

Por lo tanto, el resultado finalmente aceptado es una escala de 13 ítems (ver anexo 4) que contempla la búsqueda y recogida de información sobre las necesidades actuales y futuras de los clientes, sobre su satisfacción y sobre los cambios en el sector (BUSQ1), (BUSQ2), (BUSQ4) y (BUSQ5); la diseminación de la información relativa a la demanda y a la competencia por toda la organización (DISEM2), (DISEM3) y (DISEM4); el diseño e implementación de la respuesta ajustada a los deseos de los usuarios y a las acciones de la competencia (RESP1), (RESP5), (RESP6) y (RESP7); y, por último, la coordinación entre los diferentes departamentos para atender al mercado y satisfacer a los residentes (COORD1) y (COORD2).

**Gráfico 9.6: Modelo de medida final de la orientación al mercado**



Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, todos los análisis realizados nos llevan a aceptar el modelo de medida de la orientación al mercado tal y como queda representado en el gráfico 9.6.

Conforme a estos resultados, se puede concluir que la escala obtenida, una tabla que contempla las dimensiones de la escala MARKOR, *-búsqueda y recogida de información, diseminación de la información y diseño e implementación de la respuesta-*, añadiendo de forma explícita la *coordinación interfuncional* de la escala de Narver y Slater (1990), resulta un instrumento suficientemente fiable y válido para determinar el nivel de orientación al mercado de los centros residenciales para personas mayores.

Por tanto, los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis primera de la presente Tesis Doctoral.

**Hipótesis 1:** *La orientación al mercado constituye un concepto multidimensional integrado, en el sector de las residencias para personas mayores, por la búsqueda de información, su diseminación por los diferentes departamentos de la organización, el diseño e implantación de la respuesta y la coordinación interfuncional.*

### 9.2.3. La orientación al mercado en el sector residencial

Con anterioridad, en el epígrafe 9.2.1.3 del capítulo, hemos analizado de manera exploratoria el nivel de orientación al mercado existente en las residencias para personas mayores de la CAPV. Para ello, hemos partido de la valoración dada por sus responsables a las cuestiones que fueron planteadas en el módulo del cuestionario –preguntas 11 y 12 del mismo– dedicado a la medición de la orientación al mercado.

Vamos a volver a realizar este estudio utilizando para ello la escala de medida de orientación al mercado que acabamos de validar. Recordemos que en el proceso de depuración de la escala hemos eliminado ocho de los ítems que componían la escala de medida inicial.

Para ello, procedemos a establecer una valoración media para cada una de las dimensiones que, en el ámbito estudiado, hemos considerado definitorias del concepto. Por otro lado, estas valoraciones medias permitirán generar una nueva variable, media a su vez de las cuatro anteriores, que reflejará de una manera global el nivel de orientación al mercado de las organizaciones analizadas. De esta forma, la tabla 9.31 muestra la valoración media del grado de orientación al mercado, tanto de modo global como para cada dimensión.

**Tabla 9.31: Descriptivos de las dimensiones de la orientación al mercado**

<i>Dimensión</i>	<i>Valores medios</i>	<i>Desviación típica</i>
Búsqueda de información	3,208	0,868
Diseminación de la información	3,046	0,958
Diseño e implantación de la respuesta	2,733	0,886
Coordinación interfuncional	3,576	0,964
Orientación al mercado (OM)	3,141	0,664

Fuente: Elaboración propia.

Para establecer el grado de orientación al mercado de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV hemos seguido el criterio de Bigné *et al.* (2001). Estos autores consideran empresas con una orientación al mercado baja aquellas que no superan, en una escala de 1 a 5, la puntuación de 3; empresas con una orientación al mercado media o aceptable aquellas que no alcanzan la puntuación de 4 y, por último, empresas con una orientación al mercado alta aquellas que obtienen medias que superan la puntuación de 4 (Bigné *et al.*, 2001, p. 32).

De esta forma, puede observarse que los principios que definen una cultura de orientación al mercado son asumidos de modo tan solo aceptable por las empresas analizadas<sup>403</sup>. A esta conclusión se llega a partir de la valoración media global de 3,141 puntos, una puntuación algo menor que la que obtuvimos en el análisis exploratorio (3,373). Por ello, no podemos calificar de manera favorable el nivel de orientación al mercado existente en el sector.

El análisis detallado de la tabla nos permite identificar diferencias de valoración significativas entre las cuatro dimensiones. Así, en lo que se refiere a la *búsqueda de información* la valoración no difiere significativamente de la que se obtiene a nivel global. Sin embargo, la dimensión *coordinación interfuncional*, obtiene una valoración media superior a la valoración global y, en sentido inverso, las dimensiones *diseminación de la información* y, sobre todo, *diseño e implantación de la respuesta*, obtienen una valoración media inferior a la valoración global.

Más interesante que tratar de calificar el nivel de orientación al mercado que de manera global existe en el sector resulta, en nuestra opinión, identificar diferentes grupos de residencias en función de su grado de orientación al mercado. Para ello, mediante un análisis *cluster* o de conglomerados, observamos que la muestra puede ser dividida en dos grupos. Así, por un lado nos encontramos con aquellas empresas con una *orientación al mercado reducida* y, por otro lado, aquellas con una

---

<sup>403</sup> Desde el punto de vista empresarial, el conocimiento de la frontera que separa la orientación al mercado alta, media o baja, permite a la gerencia conocer su posición respecto a la misma y, en su caso, aplicar las medidas correctoras necesarias, desarrollando actividades que mejoren dicha orientación (Bigné y Blesa, 2004, p. 53).

*orientación al mercado aceptable*<sup>404</sup>, tal como se puede comprobar en la tabla 9.32. Los grupos tienen una dimensión de 62 y 75 centros residenciales, respectivamente, y en todas las dimensiones del concepto existen diferencias significativas<sup>405</sup> entre ellos.

**Tabla 9.32: Análisis *cluster* de la orientación al mercado (K-medias)**

	<i>OM reducida</i>	<i>OM aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Búsqueda de información	2,74	3,60	***
Diseminación de la información	2,38	3,60	***
Diseño e implantación de la respuesta	2,29	3,10	***
Coordinación interfuncional	2,94	4,10	***
Orientación al mercado	2,58	3,60	***
Número (%) de casos en cada grupo	62 (45,3%)	75 (54,7%)	

Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

En las empresas con una *OM aceptable*, los cuatro criterios considerados obtienen valoraciones medias superiores a 3, e incluso en el caso de la dimensión *coordinación interfuncional* superior a los 4 puntos sobre un máximo de 5. Por su parte, en las empresas con *OM reducida*, todas las valoraciones se sitúan por debajo de los 3 puntos.

Igualmente, observamos que cada uno de estos grupos obtiene una valoración significativamente distinta en cuanto al nivel global de orientación al mercado que presentan. Así, el grupo *OM aceptable* obtiene una puntuación global de 3,60 en el grado de orientación al mercado y en el grupo de *OM reducida* la valoración global se sitúa en 2,58 puntos.

<sup>404</sup> Hemos utilizado el criterio de Bigné *et al.* (2001, p. 32), citado con anterioridad, para definir el grado de orientación al mercado de cada conglomerado.

<sup>405</sup> Probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado menor de 0,01.

Al estudiar las principales características de estos dos grupos encontramos que existen diferencias significativas a la hora de utilizar diferentes herramientas de marketing por el hecho de pertenecer a uno u otro. Así, por ejemplo, la utilización de folletos explicativos de la organización y de los servicios que presta, la realización de una memoria anual de actividades, los protocolos de acogida al residente, las visitas planificadas para clientes potenciales, la elaboración de un plan de marketing o la utilización de Internet en la comunicación con sus clientes, es significativamente superior<sup>406</sup> en las residencias con una *OM aceptable*, respecto a los centros residenciales con una *OM reducida*, como puede observarse en la tabla 9.33.

**Tabla 9.33: Utilización de herramientas de marketing en cada grupo**

	<i>OM reducida</i>	<i>OM aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Folletos explicativos	54,8%	69,3%	*
Memoria anual de actividades	37,1%	60,0%	***
Protocolos de acogida al residente	56,5%	84,0%	***
Visitas planificadas para clientes	40,3%	62,7%	***
Plan de marketing	9,7%	30,7%	***
Utilización de Internet	9,7%	36,0%	***

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\*  $p < 0.01$

Por otro lado, resulta de interés destacar que el 44% de los centros residenciales con una *OM aceptable* tiene implantado algún modelo de gestión de la calidad frente al 21% de los centros residenciales que pertenecen al grupo de *OM reducida*.

---

<sup>406</sup> Hemos exigido una probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado inferior a 0,05. Además, requerimos que las frecuencias esperadas menores de 5 no superen el 20 por ciento del total de frecuencias esperadas y solo aceptamos frecuencias esperadas superiores a 1. En la mayoría de los casos la probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado es menor de 0,01.

**Tabla 9.34: Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo**

	<i>OM reducida</i>	<i>OM aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Modelo de gestión de la calidad implantado	21,0%	44,0%	**

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Para finalizar, debe señalarse que la dimensión del centro residencial, su titularidad y el Territorio Histórico donde esté ubicado, no tienen influencia significativa en su nivel de orientación al mercado.

#### 9.2.4. La estructura multidimensional de la gestión de la calidad

Los ítems incluidos en la pregunta 16 del cuestionario trataban de evaluar el grado de adopción de los principios de la gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores. La escala propuesta, así como las dimensiones que definen la gestión de la calidad, se generó revisando los contenidos del modelo EFQM y, fundamentalmente, tomando en consideración otras escalas sugeridas por la literatura, tal y como se explicó en el capítulo anterior.

Con el objetivo de depurar la escala de medida de la orientación a la gestión de la calidad inicialmente propuesta, hasta alcanzar unos niveles aceptables de fiabilidad y validez, así como de contrastar la hipótesis relativa al carácter multidimensional de la orientación a la gestión de la calidad, se sigue un procedimiento idéntico al utilizado anteriormente para la validación de la escala de medida de la orientación al mercado, consistente en la realización, en primer lugar, de un análisis de componentes principales y, posteriormente, de un análisis factorial confirmatorio. Este proceso ha sido descrito de manera pormenorizada en el apartado 9.2.2 de este capítulo y, por este motivo, vamos a reducir el nivel de detalle en la explicación del procedimiento seguido para depurar esta segunda escala.

Como hemos señalado, la escala de orientación a la gestión de la calidad ha sido evaluada, en primer lugar, con carácter exploratorio mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. A priori, se comprobó que tanto el test de Kaiser-Meyer-Olkin como la prueba de esfericidad de Barlett ofrecían unos resultados dentro de la zona óptima<sup>407</sup>, lo que indicaba la posible existencia de factores subyacentes en la escala. Así, analizando el resultado del análisis factorial se pudo detectar la presencia de cuatro dimensiones subyacentes,

---

<sup>407</sup> Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin: 0,865. Prueba de esfericidad de Barlett: Chi-cuadrado 510,515 (66), p= 0,000.

–*personas, liderazgo, procesos y recursos y alianzas*–, identificadas para el concepto de gestión de la calidad en el sector residencial.

Seguidamente, el estudio se centró en el análisis de la fiabilidad de cada una de las subescalas, realizado mediante el estadístico Alfa de Cronbach<sup>408</sup>. Además, con la finalidad de obtener una escala de mayor calidad se exigió a los ítems un peso factorial alto, superior a 0,6, que cargaran claramente sobre un factor y una correlación con la suma de los restantes superior a 0,4 (Bagozzi, 1981).

Con base en estos criterios, procedimos a la eliminación del ítem PROCES1. Su eliminación permitió obtener un Alfa de Cronbach considerablemente superior en la subescala *procesos* (0,723). La depuración de este ítem, *existe un sistema efectivo de comunicación “desde y hacia” los/las empleados/as*, puede explicarse por su inadecuada inclusión dentro de la subescala *procesos* o deberse a una cierta confusión por parte del encuestado a la hora de interpretar la aseveración.

Por otro lado, estudiamos la parametrización escueta o simplicidad de cada una de las subescalas utilizadas. Ésta queda demostrada al comprobarse que la eliminación de cualquiera de los ítems que componen cada una de las subescalas no produce mejoras de la fiabilidad, sino al contrario, ésta empeora<sup>409</sup>.

A continuación, una vez eliminado el ítem PROCES1, se volvió a efectuar un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax que permitió ratificar la existencia de una clara estructura factorial (ver tabla 9.35), alcanzando todos los ítems un elevado peso factorial y cargando todos ellos claramente sobre un factor.

---

<sup>408</sup> El análisis inicial nos ofreció unos primeros resultados de 0,734; 0,717; 0,669 y 0,706, para cada subescala. Tan solo la subescala *procesos* no alcanzó un valor superior al recomendado.

<sup>409</sup> El Alfa de Cronbach de las escalas resultantes al eliminar cualquiera de los ítems que las forman, siempre es menor que el que tenían las escalas antes de proceder a las respectivas eliminaciones.

**Tabla 9.35: Matriz de componentes rotados (normalización Varimax)**

Indicadores	Componente			
	1	2	3	4
PERS1	<b>0,688</b>	0,211	0,326	-0,023
PERS2	<b>0,711</b>	0,292	0,039	0,169
PERS3	<b>0,722</b>	-0,014	0,114	0,219
PERS4	<b>0,617</b>	0,257	0,288	0,083
LIDER1	0,187	0,201	0,053	<b>0,829</b>
LIDER2	0,116	0,155	0,162	<b>0,836</b>
PROCES2	0,273	0,075	<b>0,782</b>	0,125
PROCES3	0,171	0,193	<b>0,775</b>	0,133
PROCES4	0,108	0,533	<b>0,593</b>	0,029
RECALI1	0,111	<b>0,658</b>	0,126	0,295
RECALI2	0,316	<b>0,700</b>	0,361	0,021
RECALI3	0,205	<b>0,755</b>	0,076	0,226

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 9.36 puede observarse que el valor del Alfa de Cronbach obtenido por todas las subescalas, y por la escala global, supera el valor mínimo recomendado.

**Tabla 9.36: Fiabilidad de las dimensiones de la escala de gestión de la calidad**

<i>Dimensión</i>	<i>Alfa de Cronbach de cada subescala después de la depuración</i>
Personas	0,734
Liderazgo	0,717
Procesos	0,723
Recursos y alianzas	0,706
<i>Alfa de Cronbach de la escala global</i>	
0,861	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 9.37: Varianza total explicada de la escala de gestión de la calidad**

Compo -nente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,707	39,224	39,224	2,198	18,314	18,314
2	1,291	10,761	49,985	2,079	17,322	35,636
3	1,035	8,623	58,608	1,950	16,246	51,882
4	0,935	6,955	65,564	1,642	13,681	<b>65,564</b>

Fuente: Elaboración propia.

Además, las cuatro dimensiones señaladas alcanzan a explicar conjuntamente un elevado porcentaje de la varianza total, concretamente el 65,56% (ver tabla 9.37).

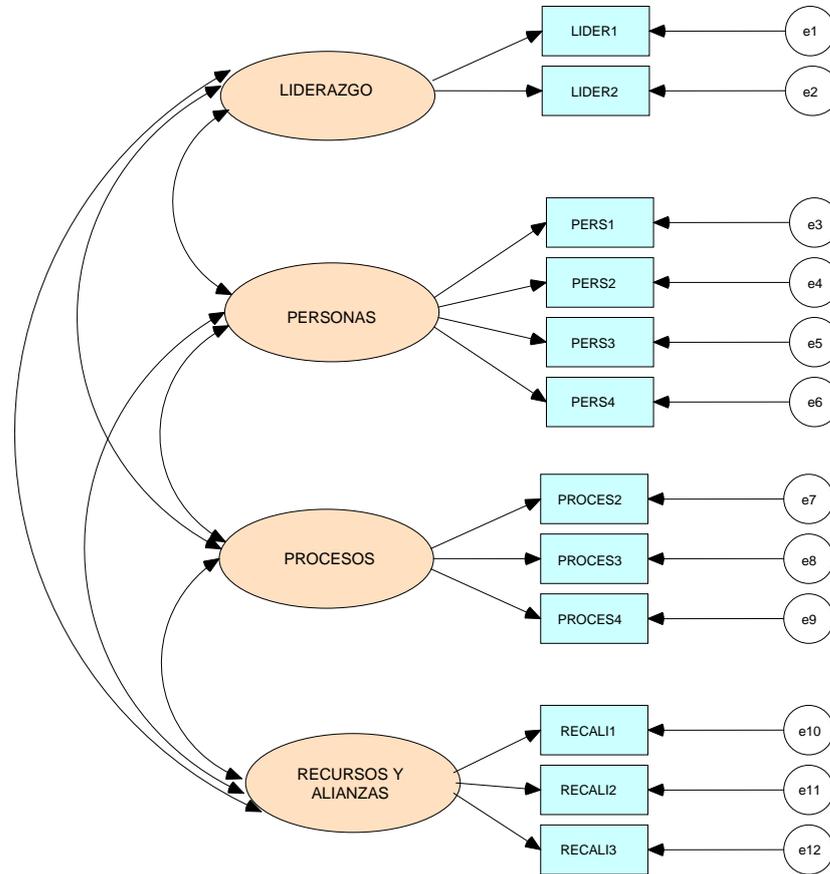
Tras este proceso de depuración, las subescalas representativas de las cuatro dimensiones quedaron configuradas con 4, 2, 3 y 3 ítems, respectivamente.

De esta forma, el constructo mantiene las dimensiones propuestas inicialmente –*personas, liderazgo, procesos y recursos y alianzas*– aunque utilizando para su medida un ítem menos.

Al igual que en el caso de la escala de medida de la orientación al mercado, una vez efectuado el análisis exploratorio pasamos a realizar un análisis factorial confirmatorio para avanzar más en el proceso de depuración de la escala y verificar la estructura factorial identificada.

El gráfico 9.7 representa el modelo teórico donde se relacionan las variables latentes que se desean medir junto con las variables observadas o ítems del cuestionario que se utilizan como medida.

**Gráfico 9.7: Modelo de medida de la gestión de la calidad**



Fuente: Elaboración propia.

Debido a la no normalidad de la distribución multivariante (ver tabla 9.38), puesto que para un nivel de significación del 0,05, el coeficiente crítico para el valor  $z$  de curtosis en la distribución multivariante es superior, en valor absoluto, a 1,96 (Hair *et al.*, 1999, p. 65), utilizaremos, también en esta ocasión, el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) para la estimación de los parámetros del modelo.

**Tabla 9.38: Test de normalidad multivariante**

VARIABLES OBSERVABLES	CURTOSIS VALOR Z	COEFICIENTE CRÍTICO
MULTIVARIANTES	20,423	5,621

Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, procederemos a estudiar la *validez convergente*, la *validez discriminante* y la *validez de contenido* del instrumento de medida de la orientación a la gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores.

**Tabla 9.39: Validación de los ítems de la escala de gestión de la calidad**

		CARGAS ESTANDARIZADAS	COEFICIENTE CRÍTICO (t value)	R <sup>2</sup>	P
LIDER1	← LIDERAZGO	0,764	*	0,583	
LIDER2	← LIDERAZGO	0,713	4,220	0,508	***
PERS1	← PERSONAS	0,716	*	0,513	
PERS2	← PERSONAS	0,678	6,134	0,460	***
PERS3	← PERSONAS	0,593	4,930	0,352	***
PERS4	← PERSONAS	0,684	5,960	0,468	***
PROCES2	← PROCESOS	0,700	*	0,490	
PROCES3	← PROCESOS	0,712	5,946	0,507	***
PROCES4	← PROCESOS	0,726	5,034	0,527	***
RECALI1	← RECURSOS Y ALIANZAS	0,599	*	0,359	
RECALI2	← RECURSOS Y ALIANZAS	0,823	5,192	0,677	***
RECALI3	← RECURSOS Y ALIANZAS	0,680	5,003	0,462	***

Fuente: Elaboración propia. (\*) A estas variables se les asigna 1 como carga factorial.

\* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

Respecto a la *validez convergente* del modelo, y considerando los criterios que han sido señalados con anterioridad<sup>410</sup>, observamos (ver tabla 9.39) que todas las cargas factoriales estandarizadas alcanzan un nivel superior o muy próximo a 0,6 (Bagozzi y Yi, 1988), y son significativamente distintas de cero a un nivel de confianza del 99,9% (coeficiente crítico superior a 3,3101). Además, la fiabilidad individual de cada indicador ( $R^2$ ) es superior, cuando menos, a 0,3 (Bigné y Blesa, 2002, p. 47). Por tanto, se confirma que las variables observadas están significativamente relacionadas con sus respectivos constructos y se verifica la relación propuesta entre indicadores y constructos, pudiéndose hablar de una *validez convergente* del modelo.

Con relación a la *validez discriminante* del modelo, tratamos de comprobar que las dimensiones *liderazgo*, *personas*, *procesos* y *recursos* y *alianzas*, son significativamente distintas a pesar de estar correlacionadas. Para ello, estudiamos las correlaciones estandarizadas entre las variables latentes reflejadas en la tabla 9.40.

**Tabla 9.40: Matriz de correlaciones de las dimensiones de la escala de gestión de la calidad**

	LIDERAZGO	PERSONAS	PROCESOS	RECURSOS
LIDERAZGO	1			
PERSONAS	0,548	1		
PROCESOS	0,560	0,744	1	
RECURSOS	0,611	0,788	0,747	1

Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en la tabla, las correlaciones entre las cuatro dimensiones de la gestión de la calidad no superan el 0,80, lo cual apunta una cierta *validez discriminante* (Luque, 1997, p. 255; Bigné y Blesa, 2002, p. 50). Sin embargo, la raíz cuadrada de la *varianza extraída* (AVE), no alcanza a ser, en todos

<sup>410</sup> Ver apartado 9.2.2. de este capítulo.

los casos, superior a la correlación entre variables latentes (Chin, 1998; Fornell y Larcker, 1981).

Por ello, para confirmar la existencia de una cierta validez discriminante seguimos nuevamente el enfoque propuesto por Anderson y Gerbing (1988, p. 416), estimando el intervalo de confianza de los coeficientes de correlación existentes entre cada par de dimensiones y verificando, posteriormente, que ninguno de estos intervalos incluye el valor 1. En la tabla 9.41 podemos comprobar que se cumple esta condición y, por tanto, la capacidad para medir conceptos diferentes de la escala.

**Tabla 9.41: Validez discriminante: intervalos de confianza de las correlaciones entre las dimensiones**

Liderazgo / Personas	[0,364 - 0,732]
Liderazgo / Procesos	[0,358 - 0,762]
Liderazgo / Recursos y alianzas	[0,373 - 0,849]
Personas/ Procesos	[0,510 - 0,978]
Personas / Recursos y alianzas	[0,604 - 0,972]
Procesos/ Recursos y alianzas	[0,529 - 0,965]

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en lo que se refiere a la *validez de contenido* de la escala utilizada podemos argumentar, al igual que hemos hecho anteriormente, que todos sus ítems proceden de una revisión de la literatura al respecto. Además, como ya se ha comentado, una vez elaborado el instrumento de medida utilizado en este trabajo, éste fue sometido a un proceso de depuración a través de la consulta de expertos en la materia con el fin de garantizar su validez de contenido.

Seguidamente, con objeto determinar el nivel del ajuste del modelo, se analizaron los índices de bondad del ajuste que figuran en la tabla 9.42. Como podemos observar, el modelo propuesto presenta unos índices de ajuste

suficientemente aceptables<sup>411</sup>. A pesar de ello, se plantearon modelos alternativos eliminando los ítems con menor fortaleza y comparándolos con el modelo planteado sin lograr mejorar los índices de ajuste iniciales.

**Tabla 9.42: Índices de ajuste del modelo de medida de la gestión de la calidad**

<i>Medidas absolutas de ajuste</i>	
Chi-cuadrado (grados libertad)	51,854 (48)
Nivel de significación	0,326
Goodness of Fit Index (GFI)	0,936
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,024
<i>Medidas incrementales de ajuste</i>	
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,897
Incremental Fit Index (IFI)	0,957
Comparative Fit Index (CFI)	0,946
<i>Medidas de ajuste de parsimonia</i>	
Normed Chi-Squared (NCS)	1,080

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en lo referente a la fiabilidad de los constructos, observamos que el Alfa de Cronbach es superior a 0,7 en todos los casos. Los índices de fiabilidad compuesta muestran también valores adecuados, pues todos ellos superan el nivel de 0,7. Además, las varianzas extraídas se pueden considerar aceptables, dado que sobrepasan o están muy cerca del 50% (Hair *et al.*, 1999, p. 650). Estos indicadores figuran en la tabla 9.43.

En definitiva, todos los análisis realizados nos llevan a aceptar el modelo de medida de la orientación a la gestión de la calidad tal y como fue representado en el gráfico 9.7. Por tanto, podemos calificar la escala, una vez depurada, como fiable y válida para medir el concepto de gestión de la calidad en los centros residenciales para personas mayores.

<sup>411</sup> Los valores de referencia han sido comentados al estudiar el modelo de medida de la orientación al mercado en el epígrafe 9.2.2 y figuran, además, al comienzo de este capítulo, en la tabla 9.2.

**Tabla 9.43: Fiabilidad de la escala de medida de la gestión de la calidad**

<i>Dimensión</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Fiabilidad compuesta</i>	<i>Varianza extraída</i>	$\sqrt{AVE}$
Liderazgo	0,717	0,706	0,546	0,7389
Personas	0,734	0,757	0,509	0,7134
Procesos	0,723	0,756	0,508	0,7127
Recursos y alianzas	0,706	0,740	0,492	0,7014

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, el resultado aceptado es una escala de 12 ítems que contempla la formación del personal relacionada con las buenas prácticas en la atención y con la mejora de la gestión, la autonomía de los empleados para tomar decisiones relativas a la mejora de la calidad y la puesta en marcha de sus sugerencias (PERS1), (PERS2), (PERS3) y (PERS4); la existencia de planes de previsión de cambios y de planes de reconocimiento al personal (LIDER1) y (LIDER2); la existencia de un sistema de recogida de información de residentes y familiares, de un sistema de quejas y reclamaciones, y de un procedimiento para analizar las causas de abandono de los usuarios (PROCES2), (PROCES3) y (PROCES4); y, finalmente, la existencia de equipos de trabajo interfuncionales, de relaciones con proveedores, y de alianzas con colaboradores del sector (RECALI1), (RECALI2) y (RECALI3) (ver anexo 5).

Además, la aceptación de este modelo supone admitir que el concepto de gestión de la calidad, en el ámbito de las residencias para personas mayores, puede venir representado por cuatro dimensiones básicas que corresponderían al *liderazgo*, las *personas*, los *procesos* y los *recursos y alianzas*. De esta forma, puede mantenerse la hipótesis segunda de esta Tesis Doctoral.

**Hipótesis 2:** *La gestión de la calidad constituye un concepto multidimensional compuesto, en el sector de las residencias para personas mayores, por el liderazgo, las personas, los procesos, y los recursos y alianzas.*

### 9.2.5. La orientación a la gestión de la calidad en el sector residencial

A continuación, con el nuevo instrumento de medida, vamos a tratar de reflejar de un modo global el nivel de aceptación de los principios de la gestión de la calidad existente en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV.

Para ello, calculamos una valoración media para cada una de las dimensiones que hemos considerado que definen este concepto en el ámbito estudiado. La media de la puntuación dada a los ítems que definen las cuatro dimensiones consideradas refleja de modo global el nivel de orientación al mercado en las organizaciones analizadas (ver tabla 9.44).

**Tabla 9.44: Descriptivos de las dimensiones de la gestión de la calidad**

<i>Dimensión</i>	<i>Valores medios</i>	<i>Desviación típica</i>
Personas	3,388	0,803
Liderazgo	2,536	1,015
Procesos	3,425	0,998
Recursos y alianzas	3,319	0,997
Gestión de la calidad (GC)	3,167	0,738

Fuente: Elaboración propia.

El grado de orientación a la gestión de la calidad alcanza una puntuación media de 3,167 puntos, que podemos calificar de tan solo aceptable, teniendo en cuenta que, en una escala de 1 a 5, el punto intermedio de valoración es 3. Este resultado, muy próximo al que obtuvimos en el estudio exploratorio (3,144), nos permite sugerir que en el conjunto de centros residenciales para personas mayores de la CAPV no existe una clara orientación a la gestión de la calidad.

El análisis detallado de la tabla 9.48 nos permite observar que las dimensiones *procesos*, *personas* y *recursos y alianzas*, por este orden, superan la

valoración que se da al conjunto del concepto de gestión de la calidad. Por otro lado, se comprueba que la valoración que se otorga al *liderazgo* directivo es significativamente menor que la que se da al conjunto del concepto de gestión de la calidad, por lo que se trata éste de un aspecto claramente mejorable.

A continuación, con el objeto de clasificar a las empresas de acuerdo con su grado de gestión de la calidad, se ha segmentado la muestra mediante un análisis *cluster*. De esta forma, se obtuvieron los resultados recogidos en la tabla 9.45.

**Tabla 9.45: Análisis *cluster* de la gestión de la calidad (K-medias)**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Personas	2,39	3,30	3,99	***
Liderazgo	2,00	2,05	3,44	***
Procesos	2,19	3,30	4,20	***
Recursos y alianzas	1,93	3,22	4,12	***
Gestión de la calidad	2,13	2,97	3,94	***
Número (y %) de casos en cada grupo	24 (17,6%)	64 (46,7%)	49 (35,7%)	

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

En síntesis, se identifican tres grupos de centros residenciales que presentan diferencias significativas en la valoración de las dimensiones de la gestión de la calidad y que se han denominado, aludiendo al grado de desarrollo del concepto, como: *GC aceptable*, *GC reducido* y *GC muy reducido*.

En las organizaciones con un grado de *GC aceptable*, los cuatro criterios considerados obtienen valoraciones medias cercanas, e incluso algo superiores en el caso de las dimensiones *procesos* y *recursos y alianzas*, a los 4 puntos, sobre un máximo de 5. Por su parte, en los centros del segundo grupo, con un grado de *GC reducido*, las valoraciones se sitúan cerca de los 3 puntos, siendo próxima a 2 en el caso de la dimensión *liderazgo*. Por último, en los centros residenciales con un grado

de *GC muy reducido*, el valor medio de los criterios contemplados es cercano a los 2 puntos, o incluso inferior en el caso de la dimensión *recursos*. Por tanto, se trata, este último, de un grado de gestión de la calidad total notablemente insatisfactorio.

Además, cada uno de estos grupos obtiene una valoración significativamente distinta en el nivel global de orientación a la gestión de la calidad que presentan. Así, el grupo *GC aceptable* obtiene una puntuación global de 3,94 en gestión de la calidad; el grupo *GC reducido* se sitúa en 2,97; y el grupo *GC muy reducido* obtiene 2,13 puntos.

Seguidamente, estudiamos las principales características de estos tres grupos y las diferencias existentes entre ellos a la hora de utilizar diferentes modelos y herramientas de gestión de la calidad.

**Tabla 9.46: Utilización de herramientas de gestión en cada grupo<sup>412</sup>**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Equipos de mejora	2,58	3,38	3,71	**
Sistemas de sugerencias	2,79	3,41	3,98	**
Encuestas de satisfacción - usuarios	2,50	3,58	4,27	***
Encuestas satisfacción empleados	1,92	2,83	3,39	***
Gestión por procesos	2,38	2,73	3,45	**
Gestión por indicadores	2,04	2,56	3,67	***
Planes reconocimiento del personal	2,63	2,69	3,37	*
Planes de comunicación interna	2,13	2,67	3,90	***
Cartas de servicio	1,96	2,27	2,86	**

Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

<sup>412</sup> Se indica la puntuación media otorgada por las residencias de cada grupo en una escala de 1 a 5, de una menor a una mayor utilización de las herramientas.

Así, como resultaba previsible, se comprueba la existencia de diferencias significativas<sup>413</sup> en el grado de utilización de equipos de mejora, sistemas de sugerencias, encuestas de satisfacción dirigidas a los clientes y a la plantilla, gestión por procesos, gestión por indicadores, planes de reconocimiento del personal, planes de comunicación interna y cartas de servicio, en función del grupo al que pertenece el centro residencial, tal y como puede observarse en la tabla 9.46.

Por otro lado, el 57,1% de los centros residenciales con una *GC aceptable* tiene implantado algún modelo de gestión de la calidad frente a una implantación mucho menor, del 25,0 y 8,3% en el caso de centros residenciales que pertenecen los grupos de *GC reducido* y *GC muy reducido*, respectivamente.

**Tabla 9.47: Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>	<i>Signif.</i>
Modelo de gestión de la calidad implantado	8,3%	25,0%	57,1%	***

Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

La significativa diferencia que encontramos en la adopción de modelos según sea el grado de orientación a la gestión de la calidad del centro residencial aceptable, reducido o muy reducido, permite evidenciar que los centros con una mayor orientación a la gestión de la calidad son, fundamentalmente, aquellos que ya cuentan con un modelo de gestión de la calidad implantado.

Por último, la dimensión del centro residencial, así como su titularidad y el Territorio Histórico donde esté ubicado, no tienen una influencia significativa en el nivel de implantación de los principios de la gestión de la calidad.

---

<sup>413</sup> Seguimos exigiendo una probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado inferior a 0,05.

### **9.2.6. Relación entre la orientación al mercado y la orientación a la gestión de la calidad en el sector residencial**

Una vez contrastadas las hipótesis relativas a las estructuras factoriales de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad en el ámbito de las residencias para personas mayores de la CAPV, podemos estudiar la existencia de una relación entre ambos constructos.

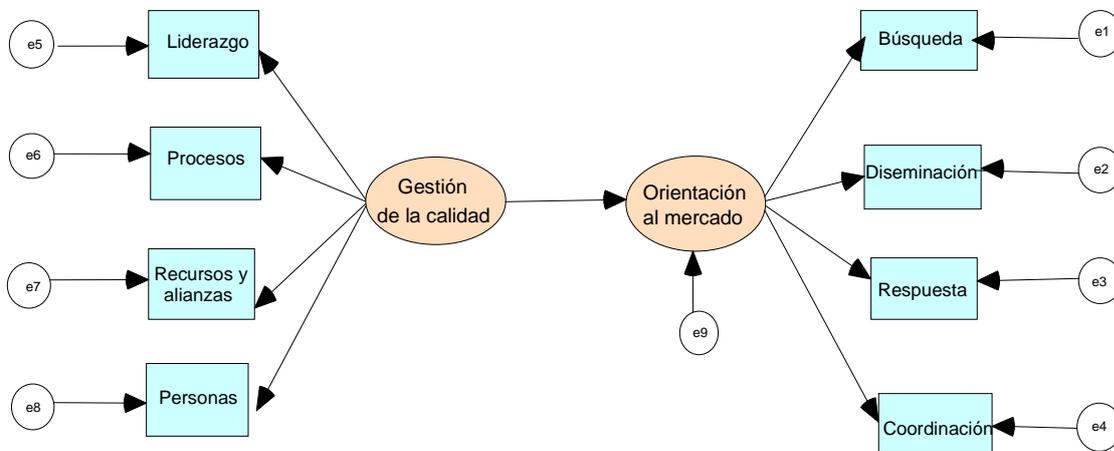
En efecto, las últimas hipótesis planteadas en este trabajo suponían la existencia de un vínculo causal entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado. Esto significaría admitir que a medida que se adoptan los principios de gestión de la calidad y se utilizan los modelos y herramientas de gestión que hemos estudiado en este trabajo, se obtiene una influencia positiva en la orientación al mercado de la organización. De esta manera, podríamos mantener la idea de que se debe en gran medida a la cultura de gestión de la calidad que se está introduciendo en el sector analizado el hecho de que los centros residenciales adopten en mayor medida un enfoque de satisfacción del cliente y de orientación al mercado.

Además de contrastar la relación positiva y significativa entre ambos constructos, también pretendemos aproximarnos al modo en el que la gestión de la calidad contribuye a la orientación al mercado en el sector estudiado. Para todo esto, consideramos aconsejable la utilización de los modelos de ecuaciones estructurales frente a otras alternativas como la correlación y la regresión. Dado que nuestro interés se dirige al análisis de relaciones causales, no resulta conveniente limitarnos al uso de medidas simples del grado de correlación entre variables (Pearl, 2000, p. 134). Por otro lado, la representación como variables latentes de los conceptos teóricos considerados en nuestro estudio hace inapropiado el recurso a la regresión lineal para estudiar las relaciones entre las citadas variables.

A través del modelo causal representado en el gráfico 9.8, se trató de contrastar la existencia de una relación positiva y significativa entre la gestión de la

calidad y la orientación al mercado en el sector objeto de estudio. En este modelo se han calculado factores de segundo orden, siguiendo el planteamiento de trabajos de varios autores (Babin y Boles, 1998, p. 84; Del Río *et al.*, 2000, p. 160). De esta manera, las variables que antes tenían consideración de variables latentes ahora se consideran como variables observables, expresadas éstas como una manifestación del constructo, en el sentido de que cada indicador está determinado por el propio constructo<sup>414</sup>. El gráfico representa el diagrama de relaciones del modelo estimado.

**Gráfico 9.8: Primer modelo estructural propuesto**



Fuente: Elaboración propia.

Como paso previo, la comprobación de la forma de la distribución de los datos muestrales mediante el test de normalidad multivariante nos indica la distribución no normal que siguen las observaciones, cuyo coeficiente crítico de curtosis al nivel multivariante alcanza un valor de 4,61, algo superior al exigido para considerar la distribución como normal<sup>415</sup>. Esta circunstancia nos lleva a optar, una vez más, por el método de los mínimos cuadrados generalizados (GLS) para la estimación de los parámetros.

<sup>414</sup> De esta forma, los indicadores o variables observables son consideradas como reflectivas y, por ello, las variables latentes les preceden en un sentido “causal”.

<sup>415</sup> El coeficiente crítico para el valor z de curtosis es superior en valor absoluto a 1,96 para un nivel de significación del 0,05 (Hair *et al.*, 1999, p.65).

De acuerdo con el procedimiento indicado por Hair *et al.* (1999), antes de evaluar el modelo de medida es conveniente analizar el ajuste global del modelo para comprobar que es una representación adecuada del conjunto de relaciones causales (Hair *et al.*, 1999, p. 659). Así, en la tabla 9.48 se muestran las medidas absolutas de ajuste, las medidas incrementales de ajuste y las medidas de ajuste de parsimonia, utilizadas para estudiar la bondad del ajuste del modelo (Hair *et al.*, 1999, p. 637).

**Tabla 9.48: Índices de ajuste del modelo estructural**

<i>Medidas absolutas de ajuste</i>	
Chi-cuadrado (grados libertad)	25,571 (19)
Nivel de significación	0,143
Goodness of Fit Index (GFI)	0,953
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,050
<i>Medidas incrementales de ajuste</i>	
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,911
Incremental Fit Index (IFI)	0,897
Comparative Fit Index (CFI)	0,880
<i>Medidas de ajuste de parsimonia</i>	
Normed Chi-Squared (NCS)	1,345

Fuente: Elaboración propia.

Los índices de ajuste del modelo estructural indican, en su globalidad, un ajuste adecuado a tenor de lo explicado en epígrafes anteriores<sup>416</sup>, concluyendo así que el modelo propuesto es una representación adecuada del conjunto completo de relaciones causales.

Seguidamente, se procede a analizar el modelo de medida de las variables latentes contempladas en el modelo estructural, evaluando, para ello, la fiabilidad y validez de la medida de cada constructo (Hair *et al.*, 1999, p. 638). El resultado se muestra en la tabla 9.49.

**Tabla 9.49: Modelo estructural: instrumentos de medida**

		<i>Cargas estandarizadas</i>	<i>Coefficiente crítico</i>	<i>P</i>
Búsqueda	← Orientación al mercado	0,770	*	
Diseminación	← Orientación al mercado	0,739	7,230	***
Respuesta	← Orientación al mercado	0,810	8,059	***
Coordinación	← Orientación al mercado	0,605	6,664	***
Fiabilidad compuesta: 0,823 Varianza extraída: 0,541 Alfa de Cronbach: 0,825				
Personas	← Gestión de la calidad	0,754	*	
Liderazgo	← Gestión de la calidad	0,649	4,786	***
Procesos	← Gestión de la calidad	0,734	7,805	***
Recursos	← Gestión de la calidad	0,751	7,905	***
Fiabilidad compuesta: 0,814 Varianza extraída: 0,523 Alfa de Cronbach: 0,861				

Fuente: Elaboración propia. (\*) A estas variables se les asigna 1 como carga factorial.  
 \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

De tal forma, los índices de fiabilidad calculados indican que los ítems propuestos para medir los distintos constructos proporcionan medidas consistentes, dado que el Alfa de Cronbach es superior a 0,7 en todos los casos (Nunnally, 1987; Peterson, 1994), y los índices de fiabilidad compuesta y varianza extraída superan, respectivamente, los niveles recomendados de 0,7 y 0,5 (Hair *et al.*, 1999, p. 638).

---

<sup>416</sup> Estos índices se han utilizado anteriormente al estudiar las estructuras factoriales de la orientación al mercado y de la gestión de la calidad. Puede consultarse el epígrafe 9.2.2. del presente capítulo.

Por lo que concierne a la validez convergente de las escalas, se puede observar que todos estos parámetros son significativamente distintos de cero, dado que para un nivel de confianza del 99,9%, los coeficientes críticos asociados son superiores a 3,3101.

Por último, de acuerdo con el modelo teórico propuesto (gráfico 9.8), nos centraremos en el estudio de la relación causal establecida entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado

En la tabla 9.50 se observa el valor que alcanza la carga estandarizada de la relación estructural y su coeficiente crítico.

**Tabla 9.50: Modelo estructural: relación causal**

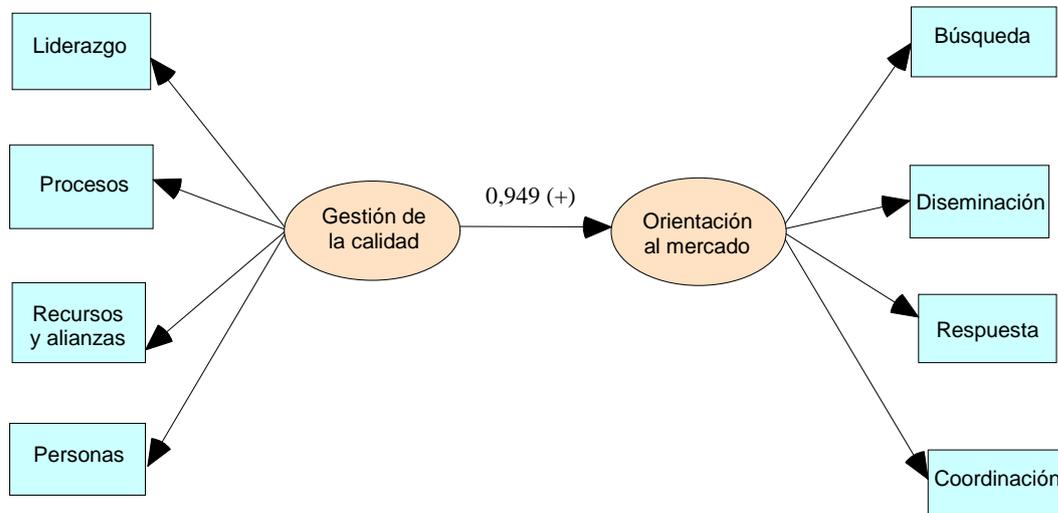
	<i>Cargas estandarizadas</i>	<i>Coficiente crítico</i>	<i>P</i>
Orientación al mercado ← Gestión de la calidad	0,949	8,168	***

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Este resultado revela que el parámetro estructural es significativamente distinto de cero, para un nivel de confianza del 99,9%. Además, el coeficiente  $R^2$  alcanza un valor de 0,900, poniendo de relieve el elevado nivel de ajuste del modelo alcanzado.

Todos estos resultados nos permiten concluir que el modelo se considera aceptable, lo que nos permite ratificar la existencia de una relación positiva entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado. Además cabría destacar, no solo que la relación planteada resulta significativa, sino también la fuerte relación evidenciada (gráfico 9.9).

**Gráfico 9.9: Modelo estructural contrastado**



Fuente: Elaboración propia.

Esta relación, que hemos defendido desde los capítulos iniciales de este trabajo, supone que en el sector de las residencias para personas mayores de la CAPV la asunción de los principios de la calidad por parte de los centros residenciales y los avances que realizan en este terreno contribuyen a alcanzar un mayor grado de orientación al mercado. De esta manera, podemos aceptar la hipótesis tercera de esta Tesis Doctoral.

**Hipótesis 3:** *Existe una relación significativa y positiva entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector de los centros residenciales para personas mayores.*

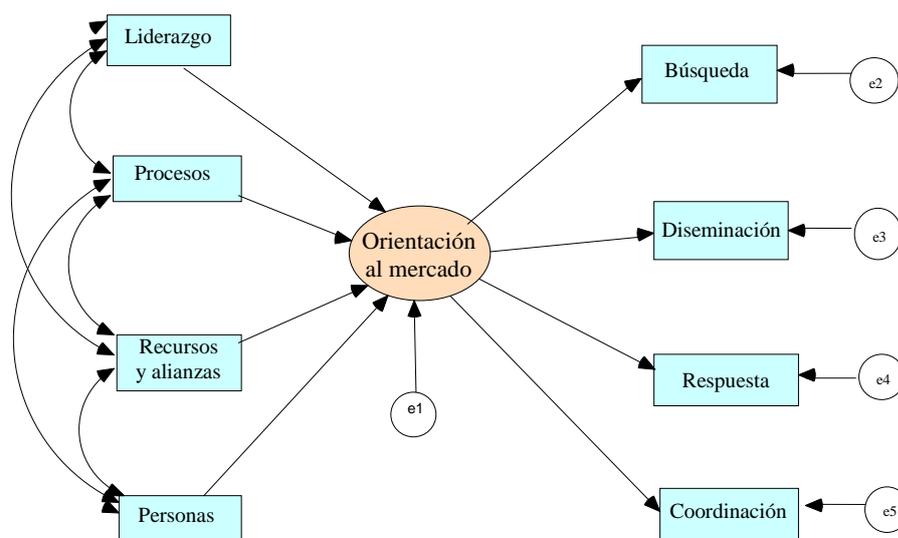
### 9.2.7. Relación entre la orientación al mercado y los componentes de la gestión de la calidad en el sector residencial

El propósito de nuestro trabajo no se limita a contrastar la existencia de un vínculo causal entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector estudiado. Además, pretendemos comprender de qué manera la orientación de las organizaciones a la gestión de la calidad contribuye a un mayor grado de orientación al mercado en el sector de las residencias para personas mayores.

Para ello, seguidamente vamos a contrastar el conjunto de hipótesis referentes a la relación existente entre los distintos componentes de la gestión de la calidad y el constructo *orientación al mercado*.

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo octavo, nuestras hipótesis apuntan a una relación positiva y significativa entre los componentes de la gestión de la calidad –*liderazgo, personas, procesos y recursos y alianzas*– y la orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, según el modelo causal representado en el gráfico 9.10.

**Gráfico 9.10: Segundo modelo estructural propuesto**



Fuente: Elaboración propia.

Para testar estas hipótesis analizamos, en primer lugar, el ajuste global del modelo para comprobar que se trata de una representación adecuada del conjunto de relaciones causales.

Así, en la tabla 9.51 se muestran las medidas absolutas de ajuste, las medidas incrementales de ajuste y las medidas de ajuste de parsimonia, a través de las cuales se analiza la bondad del ajuste del modelo (Hair *et al.*, 1999, p. 637).

**Tabla 9.51: Índices de ajuste del modelo estructural**

<i>Medidas absolutas de ajuste</i>	
Chi-cuadrado (grados libertad)	24,36 (14)
Nivel de significación	0,041
Goodness of Fit Index (GFI)	0,955
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,074
<i>Medidas incrementales de ajuste</i>	
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,885
Incremental Fit Index (IFI)	0,854
Comparative Fit Index (CFI)	0,818
<i>Medidas de ajuste de parsimonia</i>	
Normed Chi-Squared (NCS)	1,740

Fuente: Elaboración propia.

Los índices de ajuste del modelo estructural indican, valorados en su globalidad, un ajuste que, aunque no alcance a ser calificado como excelente, puede ser considerado correcto. Podemos concluir, de esta forma, que el modelo propuesto es una representación adecuada del conjunto completo de relaciones causales.

Por otro lado, en la tabla 9.52 observamos los valores que alcanzan las cargas estandarizadas de las relaciones estructurales y sus coeficientes críticos. Así, al estudiar la relación causal establecida entre las dimensiones de la gestión de la calidad y la orientación al mercado, de acuerdo al modelo teórico propuesto, los resultados nos indican que únicamente tres de las cuatro relaciones que estudiamos

son significativas para un nivel de confianza del 95% –coeficiente crítico superior a 1,96–.

**Tabla 9.52: Modelo estructural: relaciones causales**

	<i>Cargas estandarizadas</i>	<i>Coefficiente crítico</i>	<i>p</i>
Orientación al mercado ← Liderazgo	0,272	2,922	**
Orientación al mercado ← Personas	0,338	3,088	**
Orientación al mercado ← Procesos	0,251	2,132	*
Orientación al mercado ← Recursos y alianzas	0,165	1,597	

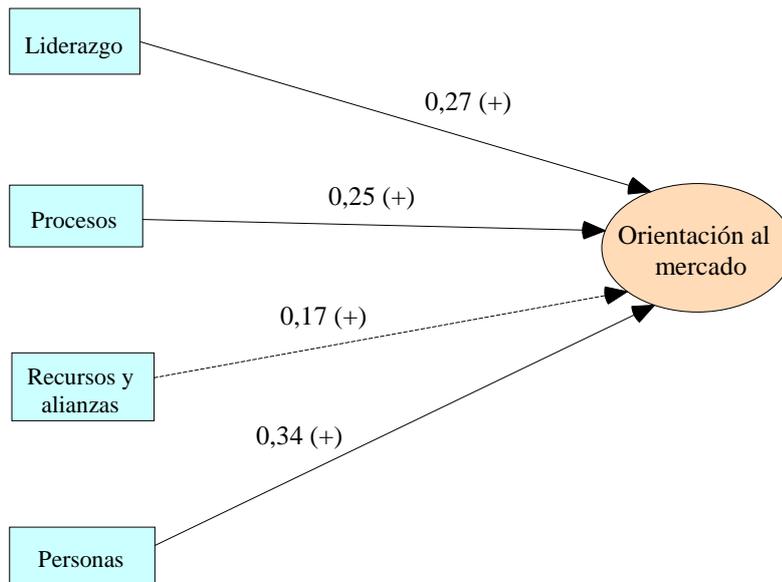
Fuente: Elaboración propia. \* p < 0.05; \*\* p < 0.03; \*\*\*p < 0.01

En efecto, la relación causal entre una de las dimensiones de la gestión de la calidad –*recursos y alianzas*– no resulta ser significativa al nivel de confianza del 95%. El motivo de este resultado puede explicarse, posiblemente, por el hecho de que sean las personas los recursos internos que se consideran fundamentales para orientar al mercado un centro residencial para personas mayores, siendo menos importantes la funcionalidad de los edificios, la compra de equipamientos o la gestión de los recursos económicos, y, por otro lado, puede que no se estimen las alianzas externas con otras residencias, asociaciones, fundaciones, subcontratistas o Administración, demasiado importantes en la definición de la orientación al mercado del sector.

En definitiva, podemos concluir que el modelo se ajusta convenientemente a los datos obtenidos, lo que nos permite aceptar la existencia de una relación significativa y positiva entre la las dimensiones *liderazgo*, *personas* y *procesos* de la gestión de la calidad y la orientación al mercado. Además, podemos destacar que la relación es superior en el caso de la dimensión *personas* que en el caso de las dimensiones *liderazgo* y *procesos* poniendo en relieve la importancia que el factor humano tiene a la hora de alcanzar una orientación al mercado, especialmente en el sector estudiado.

De esta manera, podemos utilizar el modelo para contrastar las últimas hipótesis de la Tesis Doctoral, relativas a la manera en que la gestión de la calidad contribuye a la orientación al mercado, representadas en el gráfico 9.11.

**Gráfico 9.11: Modelo estructural contrastado**



Fuente: Elaboración propia.

Así, consideramos que pueden aceptarse las hipótesis 4a y 4b al existir una relación causal significativa y positiva entre los agentes facilitadores de la gestión de la calidad, *liderazgo* y *procesos*, y la orientación al mercado. Es decir, el liderazgo de la dirección del centro residencial es importante para desarrollar una filosofía de marketing coordinando las diversas funciones organizativas con el objetivo de obtener un elevado nivel de satisfacción en los clientes. Por otro lado, el diseño y la gestión de procesos orientados a la determinación de las necesidades y expectativas de los usuarios, a la satisfacción de las mismas y a la determinación del nivel de satisfacción de los residentes y de sus familiares contribuyen positivamente al grado de orientación al mercado de la organización.

**Hipótesis 4a:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “liderazgo” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

**Hipótesis 4b:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “procesos” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

Sin embargo, la relación causal existente entre la dimensión de la gestión de la calidad *recursos y alianzas* y la orientación al mercado no resulta ser significativa. Es decir, en el sector residencial parecen no ser tan relevantes las alianzas externas de la organización y sus recursos internos a la hora de implantar una filosofía de marketing en la organización. Un motivo puede residir en el hecho de que se considere que son las personas el recurso interno más importante para orientar al mercado un centro residencial, siendo menos relevantes otros aspectos como la funcionalidad de los edificios, la compra de equipamiento o la gestión de los recursos económicos. Por otro lado, las alianzas externas con otras residencias, asociaciones, fundaciones, subcontratistas o Administración, pueden no ser demasiado importantes en la definición de la orientación al mercado en estas organizaciones. Por tanto, nuestro modelo no permite sostener la hipótesis 4c de este trabajo.

**Hipótesis 4c:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “recursos y alianzas” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

Por último, encontramos una relación causal significativa y positiva entre la dimensión *personas* y la orientación al mercado que, además, es más fuerte que el resto. Por tanto, esta relación causal supone reconocer que en una organización, en especial si prestan Servicios Sociales y más aún en el caso de una residencia para personas mayores, todas las personas que la integran son responsables de dar respuesta satisfactoria a las necesidades de los usuarios. Por todo ello, podemos aceptar la hipótesis 4d de esta Tesis Doctoral.

**Hipótesis 4d:** *Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “personas” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.*

### 9.2.8 Tipología de centros residenciales para personas mayores en función de la orientación al mercado y a la gestión de la calidad

Para finalizar este estudio empírico, hemos procedido a estudiar la distribución de los centros residenciales para personas mayores, según su grado de orientación a la gestión de la calidad (*aceptable, reducido o muy reducido*) y su nivel de orientación al mercado (*aceptable o reducido*). En la tabla 9.53 mostramos las distintas tipologías de residencias entre las que se identifican diferencias significativas.

**Tabla 9.53: Distribución de las residencias según su grado de orientación al mercado y a la gestión de la calidad**

		<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>
<i>OM reducido</i>	Recuento	15	38	9
	% dentro del número inicial de casos	24,2%	61,3%	14,5%
	% dentro del número inicial de casos	62,5%	59,4%	18,4%
<i>OM aceptable</i>	Recuento	9	26	40
	% dentro del número inicial de casos	12,0%	34,7%	53,3%
	% dentro del número inicial de casos	37,5%	40,6%	81,6%

Fuente: Elaboración propia.

Por un lado, se observa cómo el 81,6% de las residencias que desarrollan aceptablemente una cultura de la calidad tienen un nivel de orientación al mercado aceptable, mientras que, por otro lado, advertimos que el 62,5% de las organizaciones que presentan un nivel de GC muy reducido y el 59,4% de las que poseen un grado de GC reducido poseen un nivel de orientación al mercado reducido.

En sentido inverso, el 53,3% de los centros residenciales cuyo nivel de orientación al mercado es calificado como aceptable, alcanzan un grado de GC

también aceptable; mientras que el 85,5% de las residencias con un nivel de orientación al mercado reducido, tienen un grado de GC reducido (el 61,3%) o muy reducido (el 24,2%)

Por tanto, observamos nuevamente la existencia de la relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector estudiado. Es decir, los centros residenciales para personas mayores de la CAPV manifiestan un desarrollo paralelo de la gestión de la calidad y de la orientación al mercado.

A la vista de estos resultados, hemos procedido a dividir la muestra en tres grupos o segmentos homogéneos, tal y como se refleja en la tabla 9.54.

**Tabla 9.54: Agrupación de la muestra según el grado de orientación al mercado y a la gestión de la calidad**

	<i>GC muy reducido</i>	<i>GC reducido</i>	<i>GC aceptable</i>
<i>OM reducido</i>	GRUPO C	GRUPO C	GRUPO B
<i>OM aceptable</i>	GRUPO B	GRUPO B	GRUPO A

Fuente: Elaboración propia.

El grupo A estaría formado por aquellos centros residenciales que más han avanzado en cuanto a la adopción de los principios de la gestión de la calidad y de la orientación al mercado se refiere. Suponen el 29,2% del total de los centros de la CAPV y lo forman 40 residencias. El grupo C incluiría a las residencias más rezagadas en ambas cuestiones, es decir, con un nivel de orientación al mercado reducido y un grado de gestión de la calidad reducido o muy reducido. Este grupo estaría formado por 53 centros residenciales, que representan el 38,7% de los centros de la CAPV. El grupo B representaría una situación intermedia e incluiría a aquellas residencias que con una orientación al mercado aceptable no están avanzando con pasos claros en el desarrollo de la gestión de la calidad en la organización o bien

centros residenciales que, con una implantación aceptable de los principios de la gestión de la calidad, el grado de orientación al mercado es reducido. Este grupo estaría formado por 44 centros que representan el 32,1% de las residencias de la CAPV.

Se puede considerar reseñable que solo en el 6,5% de los centros residenciales con un nivel de orientación al mercado aceptable, su grado de adopción de los principios de la gestión de la calidad es muy reducido. De la misma manera, se constata que solo un 6,5% de residencias que, habiendo avanzado aceptablemente en la adopción de una cultura de calidad, tienen un nivel de orientación al mercado reducido. Una vez más queda patente la existencia de una relación entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector objeto de estudio.

Seguidamente, a partir de esta clasificación, hemos procedido a la caracterización de los diferentes grupos de centros residenciales estudiando las diferencias significativas<sup>417</sup> existentes por el hecho de pertenecer a cada uno de ellos.

Así, encontramos diferencias significativas a la hora de utilizar diferentes herramientas de marketing y de gestión de la calidad por el hecho de pertenecer a uno u otro grupo.

De esta forma, en primer lugar, podemos comprobar cómo la utilización de folletos explicativos de la organización y de los servicios que presta, la realización de una memoria anual de actividades, los protocolos de acogida al residente, las visitas planificadas para clientes potenciales y la existencia de un plan de marketing es significativamente superior en las residencias que forman parte del grupo A, mientras que su utilización es muy baja en el caso de los centros residenciales incluidos en el grupo C. Las organizaciones del grupo B ocupan una posición intermedia en cuanto al uso de estos instrumentos (tabla 9.55).

---

<sup>417</sup> Para determinar si existen estas diferencias significativas seguiremos realizando el test Chi-cuadrado de Pearson. Cuando la probabilidad asociada al estadístico Chi-cuadrado sea menor de 0,05 podremos concluir que existen diferencias significativas.

**Tabla 9.55: Utilización de herramientas de marketing en los grupos A, B y C**

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Signif.
Folletos explicativos	75,0%	63,6%	32,6%	*
Visitas planificadas para clientes	65,0%	59,1%	37,7%	**
Memoria anual de actividades	72,5%	47,7%	34,0%	***
Protocolos de acogida al residente	92,5%	75,0%	52,8%	***
Plan de marketing	40,0%	18,2%	9,4%	***
Utilización de Internet	45,0%	27,3%	3,8%	***

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Además, también encontramos diferencias significativas a la hora de implantar modelos de gestión de la calidad según el grupo al que pertenezca el centro residencial. Así, el 60,0% de los centros residenciales del grupo A tienen implantado algún modelo de gestión de la calidad, frente al 29,5% y al 17,0% de los centros que los utilizan en los grupos B y C, respectivamente (tabla 9.56).

**Tabla 9.56: Implantación de modelos de gestión de la calidad en cada grupo**

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Signif.
Modelo de gestión de la calidad implantado	60,0%	29,5%	17,0%	***

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Igualmente, el grado de utilización de equipos de mejora, sistemas de sugerencias, encuestas de satisfacción dirigidas a los clientes y a la plantilla, gestión por procesos, gestión por indicadores, planes de reconocimiento del personal, planes de comunicación interna y cartas de servicio también es significativamente mayor en aquellas residencias que pertenecen al grupo A respecto a las que pertenecen a los otros dos grupos<sup>418</sup>, como puede observarse en la tabla 9.57.

<sup>418</sup> El porcentaje de responsables de centros pertenecientes al grupo A que declaran una alta o muy alta utilización de estos métodos y herramientas es la siguiente: equipos de mejora, el 70,0%; sistemas de sugerencias, el 77,5%; encuestas de satisfacción dirigidas a los clientes, el 95,0%; encuestas de

**Tabla 9.57: Utilización de herramientas de gestión de la calidad en los grupos A, B y C<sup>419</sup>**

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>	<i>Grupo C</i>	<i>Signif.</i>
Equipos de mejora	3,78	3,36	3,04	**
Sistemas de sugerencias	4,10	3,32	3,21	***
Encuestas de satisfacción - clientes	4,40	3,34	3,30	***
Encuestas de satisfacción - empleados	3,65	2,61	2,49	***
Gestión por procesos	3,70	2,61	2,60	***
Gestión por indicadores	3,85	2,53	2,39	***
Planes de reconocimiento del personal	3,35	2,77	2,70	*
Planes de comunicación interna	4,98	2,91	2,38	***
Cartas de servicio	2,98	2,23	2,16	**

Fuente: Elaboración propia. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.03$ ; \*\*\*  $p < 0.01$

Por otra parte, consideramos relevante que la pertenencia a un grupo u otro no afecte a la valoración que los responsables de los centros residenciales de la CAPV realizan respecto de la aplicación de los modelos de gestión de la calidad en el sector. Así, sorprende que el 64,2% de los responsables de residencias pertenecientes al grupo C, donde los niveles de orientación al mercado y a la gestión de la calidad son muy reducidos, valoren de manera positiva o muy positiva la aplicación de estos modelos en el sector.

---

satisfacción dirigidas a los trabajadores, el 67,5%; gestión por procesos, el 72,5%; gestión por indicadores, el 70,0%; planes de reconocimiento del personal, el 55,0%; planes de comunicación interna, el 75,0%; y cartas de servicio, el 45,0%. La utilización de estas herramientas es significativamente menor en las residencias que pertenecen a los grupos B y C.

<sup>419</sup> Se indica la puntuación media otorgada por los centros residenciales de cada uno de los grupos, en una escala de 1 a 5, de una menor a una mayor utilización.

**Tabla 9.58: Valoración de los modelos de gestión de la calidad en el sector**

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>	<i>Grupo C</i>	<i>Signif.</i>
Valoración positiva o muy positiva de la aplicación de modelos de gestión de la calidad en el sector residencial	85,0%	63,7%	64,2%	-

Fuente: Elaboración propia.

Por último, resulta también curioso observar que no existen diferencias significativas a la hora de valorar la importancia que tienen las actividades de marketing en la gestión de la residencia por el hecho de pertenecer a un grupo determinado (ver tabla 9.59). En cualquiera de los casos, incluso en el grupo A donde el nivel de orientación al mercado y a la gestión de la calidad es aceptable, la valoración que se realiza acerca de la importancia que tienen las actividades de marketing se puede considerar baja<sup>420</sup>.

**Tabla 9.59: Valoración de las actividades de marketing en los grupos A, B y C**

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>	<i>Grupo C</i>	<i>Signif.</i>
Importancia de las actividades de marketing en la gestión de la residencia	2,79	2,43	2,30	-

Fuente: Elaboración propia.

Así, únicamente para el 22,5% de los responsables de centros residenciales pertenecientes al grupo A, la valoración de la importancia que las actividades de marketing tienen para la gestión del centro es alta o muy alta. Este porcentaje se reduce al 6,8% en el grupo B y al 7,5% en el grupo C. En el apartado 9.2.1.1 de este capítulo hemos tratado de explicar las causas de esta baja valoración<sup>421</sup>.

<sup>420</sup> En una escala de 1 a 5, en la que el punto intermedio de valoración es 3, los resultados obtenidos son reducidos en los tres grupos, sin existir diferencias significativas entre ellos.

<sup>421</sup> Igualmente, hemos abordado esta cuestión en el capítulo tercero de este trabajo.

### 9.3. Síntesis de resultados

Una vez que hemos mostrado los resultados del estudio empírico, en el undécimo y último capítulo de esta Tesis Doctoral presentaremos, a modo de compendio, las principales conclusiones que se derivan de nuestra investigación. Antes de ello, en la tabla 9.60 exponemos, como resumen, la relación de hipótesis sometidas a contraste y los resultados obtenidos.

**Tabla 9.60: Relación de hipótesis contrastadas y resultados obtenidos**

Hi	Descripción	Resultado
H1	<i>La orientación al mercado constituye un concepto multidimensional integrado, en el sector de las residencias para personas mayores, por la búsqueda de información, su diseminación por los diferentes departamentos de la organización, el diseño e implantación de la respuesta y la coordinación interfuncional.</i>	Aceptada
H2	<i>La gestión de la calidad constituye un concepto multidimensional compuesto, en el sector de las residencias para personas mayores, por el liderazgo, las personas, los procesos, y los recursos y alianzas.</i>	Aceptada
H3	<i>Existe una relación significativa y positiva entre la gestión de la calidad y la orientación al mercado en el sector de los centros residenciales para personas mayores.</i>	Aceptada
H4a	<i>Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “liderazgo” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.</i>	Aceptada
H4b	<i>Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “procesos” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.</i>	Aceptada
H4c	<i>Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “recursos y alianzas” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.</i>	No aceptada
H4d	<i>Existe una relación positiva y significativa entre el componente de la gestión de la calidad “personas” y el constructo orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores.</i>	Aceptada

Fuente: Elaboración propia.

Además, en la tabla 9.61 sintetizamos el proceso de verificación de las proposiciones de carácter descriptivo que ha sido realizado tomando en consideración las evidencias proporcionadas por el estudio empírico realizado.

**Tabla 9.61: Relación de proposiciones a validar y resultados obtenidos**

Pi	Descripción	Resultado
P1	<i>Los responsables de los centros residenciales para personas mayores no conceden importancia a las actividades de marketing en la gestión de su organización y utilizan de manera limitada las herramientas que el marketing proporciona.</i>	Validada
P2	<i>Los modelos genéricos de gestión de la calidad, en concreto el modelo basado en la familia de normas ISO 9000 y el modelo de excelencia EFQM, son conocidos por los responsables de las residencias para personas mayores de la CAPV pero no tienen una gran difusión en estas organizaciones.</i>	Validada parcialmente
P3	<i>Los modelos de gestión de la calidad dirigidos de manera específica a los centros residenciales para personas mayores, con una mayor preocupación por la calidad asistencial, no son conocidos ni tampoco están implantados en el sector.</i>	Validada
P4	<i>La utilización de instrumentos y herramientas de gestión que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, como, entre otros, los equipos de mejora, los sistemas de quejas y sugerencias, las encuestas de satisfacción o las cartas de servicios, que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los servicios recibidos por los usuarios, es reducida en las residencias para personas mayores de la CAPV.</i>	Validada
P5	<i>Los responsables de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV valoran positivamente la adopción de modelos de gestión de la calidad en el sector.</i>	Validada
P6	<i>Los modelos de gestión de la calidad implantados en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV se centran más en la mejora de la gestión que en la mejora de la calidad asistencial.</i>	Validada

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, observamos que la mayor parte de las proposiciones son aceptadas tal y como fueron planteadas o, en el caso de una de ellas, los resultados obtenidos permiten su validación parcial o con matizaciones.

Por otro lado, todas las hipótesis sometidas a contraste han sido aceptadas, excepto una de ellas que no cuenta con el soporte de la evidencia empírica y, por tanto, no puede ser aceptada tal y como se ha formulado.

*PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO*

*Capítulo 9º- Análisis de resultados y contraste de hipótesis*

## **CAPÍTULO 10º- PROPUESTA DE UN MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DIRIGIDO A CENTROS RESIDENCIALES DE PEQUEÑA Y MEDIANA DIMENSIÓN**

En la fundamentación teórica de esta Tesis Doctoral hemos estudiado, de manera sistemática y en profundidad, la realidad, contexto y situación de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV. De esta forma, han sido analizados, por un lado, los principales modelos genéricos de gestión de la calidad con dimensión internacional que utilizan las organizaciones de nuestro entorno, el modelo basado en la familia de normas ISO 9000 y el modelo de excelencia europeo EFQM, y, por otro lado, una serie de modelos de gestión específicamente dirigidos al sector de las residencias para personas mayores, dos de ellos relevantes a nivel europeo y otros tres modelos utilizados a nivel estatal. Además, han sido objeto de estudio algunas herramientas de marketing y varios instrumentos de gestión cuya utilización en el ámbito que nos ocupa se traduciría, en nuestra opinión, en una mejora de la calidad asistencial y de la calidad de vida de los residentes.

Por otro lado, el estudio empírico realizado nos ha permitido determinar el nivel de adopción de los modelos de gestión de la calidad en el sector. Así, hemos podido verificar una serie de proposiciones relativas a la casi nula utilización de los modelos de gestión de la calidad dirigidos de manera específica a los centros residenciales para personas mayores y a la escasa utilización de las diferentes herramientas de gestión estudiadas. Igualmente, hemos recogido la opinión de los responsables de la gestión de estas organizaciones respecto al éxito de la adopción de los modelos de gestión de la calidad en el sector. De esta manera, hemos podido observar que, aunque su implantación es valorada de forma positiva, se considera que su aportación es mayor en lo que se refiere a los procesos administrativos y de gestión, mientras que su eficacia no es tan evidente en el ámbito de la calidad asistencial.

En efecto, el estudio realizado nos ha permitido comprobar que los modelos de gestión de la calidad que se están implantando en el sector son modelos genéricos, fundamentalmente el basado en la norma ISO 9001, y que parecen no adaptarse a las características específicas de los centros residenciales. Por ello, consideramos pertinente proponer un modelo conceptual, del que vamos a sugerir sus pilares o elementos básicos, que se adapte mejor a la realidad de las pequeñas y medianas residencias que son las que predominan en la CAPV.

Así, el modelo que vamos a definir estará orientado hacia aquellos centros que por su tamaño e infraestructura tienen mayores dificultades para aplicar otra serie de modelos más complejos y que exigen grandes recursos para su implantación y mantenimiento.

En primer lugar, se deben tener presentes los requisitos legislativos del modelo. Así, el decreto 41/1998 que regula los servicios residenciales para la tercera edad en el ámbito de la CAPV incluye, en su anexo primero, los requisitos materiales y funcionales comunes a todos los servicios residenciales y, en su anexo tercero, los específicos para los centros residenciales de menos de quince plazas (identificados en el decreto 41/1998 como viviendas comunitarias). En síntesis, estos requisitos hacen referencia al contenido mínimo que debe incluir el reglamento interno, a las instalaciones obligatorias contra incendios, a los requisitos materiales y de personal, a los requisitos en cuanto a la privacidad de los residentes y a los requisitos relativos a la gestión administrativa.

Además, el modelo que proponemos ha de adaptarse al residente y a las características de la residencia, y ser un instrumento válido para garantizar y mejorar la calidad asistencial. Es decir, debe tratarse de un modelo flexible que se adapte al centro residencial, a las personas que trabajan en la residencia, a las personas mayores que residen en ella y a los familiares de los residentes. Tal como señala Conti (2002), es el modelo de gestión el que ha de adecuarse a la organización y no a la inversa. Por ello, será la residencia la que, en función de su tamaño y recursos, desarrolle con mayor o menor profundidad los elementos del modelo que proponemos.

De esta forma, entendemos que un modelo holístico de calidad de un centro residencial para personas mayores debería integrar, por un lado, una dimensión centrada en los procesos y en su perfeccionamiento, es decir, en la calidad de la gestión, y, por otro lado, una dimensión centrada en la satisfacción percibida por los usuarios como resultado de los servicios recibidos en la residencia, es decir, en la calidad asistencial y en la calidad de vida del residente.

En la primera dimensión se ha avanzado mucho, sobre todo por parte de aquellos centros residenciales que han apostado por la implantación de un modelo de gestión de la calidad en su organización. Sin embargo, es la segunda dimensión la que consideramos que no está suficientemente integrada en los modelos más utilizados por las organizaciones del sector, es decir, en unos modelos que no son específicos de los centros residenciales para personas mayores.

Desafortunadamente, los modelos de gestión de la calidad especializados en el sector, más centrados en la calidad asistencial, no parecen ser utilizados, es posible que por desconocimiento<sup>422</sup>, o quizá también por su grado de complejidad y por el mayor nivel de exigencia que requieren.

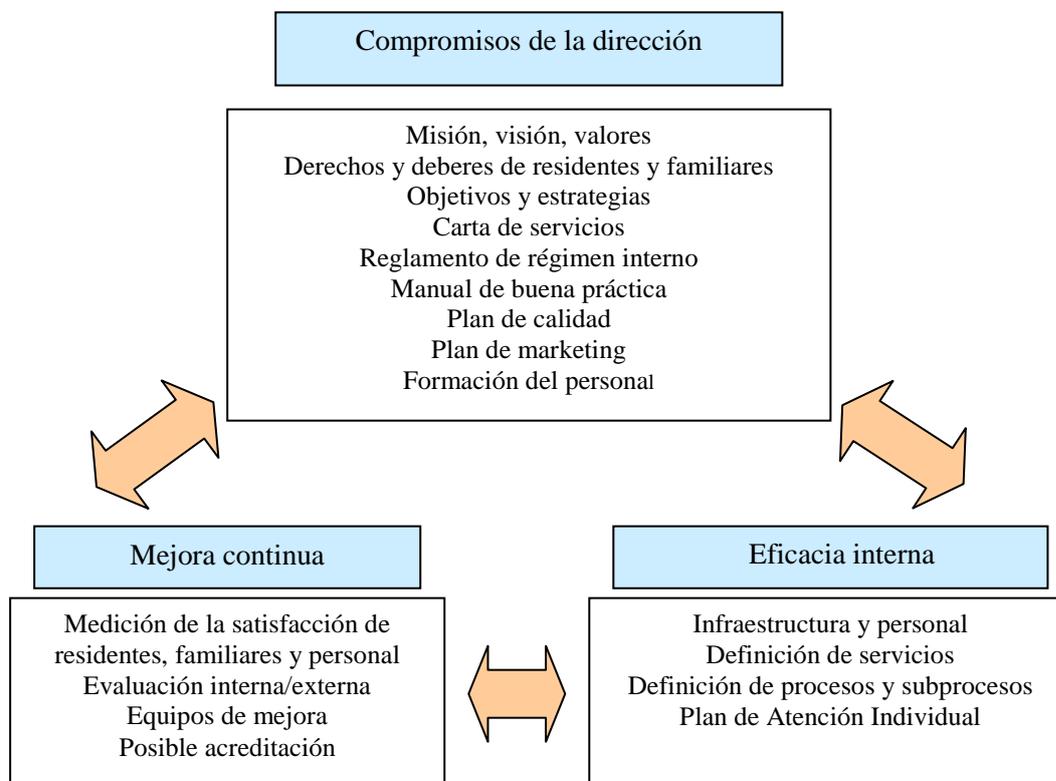
Esta dimensión de la calidad centrada en la atención y en calidad de vida de los residentes, sustantiva en nuestra opinión, se aborda, en ocasiones, de manera nominal, sin valorar en su justa medida el efecto que la mejora continua en las actividades realizadas en el centro residencial tiene sobre la calidad de vida experimentada por las personas residentes y por sus familias.

Así las cosas, el gráfico 10.1 representa el modelo de gestión de la calidad que proponemos, un modelo basado en la mejora continua, en el que tratamos de resumir muchas de las cuestiones abordadas en la presente Tesis Doctoral.

---

<sup>422</sup> Como hemos podido comprobar en el estudio empírico realizado.

**Gráfico 10.1: Modelo de gestión de la calidad para centros residenciales de personas mayores**



Fuente: Elaboración propia.

### 1. Compromiso de la dirección

Como punto de partida señalaremos que la calidad en la gestión y en la atención no puede progresar realmente en un centro residencial sin que exista un compromiso de la dirección hacia la mejora continua. En esta parte del modelo hemos incluido, como compromisos a adquirir por parte de la dirección, los siguientes: el respeto de los derechos y deberes de residentes y familiares; la definición de una carta de servicios; la existencia de un reglamento de régimen interno; la utilización de manuales de buenas prácticas; la formación del personal, etcétera. Estos elementos del modelo han sido estudiados, con relación a las organizaciones objeto de estudio, en la fundamentación teórica de este trabajo. Sin embargo, de manera sintética, vamos a definir los aspectos a considerar por los centros residenciales en relación con los mismos.

Así, respecto de la misión, visión y valores, la dirección del centro residencial debe definir su razón de ser, la finalidad y el propósito fundamental a alcanzar ante los diferentes grupos de interés, además de especificar el rumbo que va a seguir a largo plazo, proyectando una imagen de la residencia en el futuro. Además, debe incluir el reconocimiento de los valores que guiarán su actuación como elementos fundamentales de su propia “personalidad” como organización y que la diferenciarán de las demás. En este sentido, debe ser un compromiso de la dirección establecer por escrito las bases para asegurar, cuando menos, un trato al residente con pleno respeto a su dignidad e intimidad y a la confidencialidad de sus datos.

También es responsabilidad de la dirección la planificación y el establecimiento de objetivos y estrategias. Con base en los objetivos a alcanzar, se desarrollarán las acciones más oportunas, se definirán procesos y se organizarán los recursos humanos y materiales necesarios para su consecución.

Por otro lado, es necesario tener siempre presente que el ingreso en una residencia no convierte a las personas mayores en ciudadanos de segunda categoría. Los residentes siguen teniendo los mismos derechos que antes de su ingreso y deben tener la posibilidad de ejercerlos. Para adoptar una filosofía de marketing en el centro residencial consideramos una premisa fundamental que la dirección garantice el respeto de los derechos de los residentes como punto de referencia del funcionamiento de la residencia, por constituir un requisito imprescindible para la prestación de una atención de calidad.

En relación con las cartas de servicios, el objetivo principal reside en conseguir que los usuarios actuales y potenciales conozcan los servicios que pueden esperar y demandar del centro residencial, y los compromisos de calidad y de mejora continua de los servicios que la organización ofrece a los usuarios. Una orientación al mercado de la residencia implicará una oferta de servicios adaptada a las percepciones, expectativas, necesidades y deseos del mercado.

Además, debe existir un reglamento de régimen interno donde se establezca el funcionamiento de la entidad, el régimen de admisión, el régimen de visitas, el

horario general del centro, el régimen económico, los derechos y deberes del usuario, el funcionamiento de los distintos órganos, etcétera.

Otro compromiso de la dirección se traduciría en la elaboración de manuales de buenas prácticas que puedan ayudar a elevar de manera significativa la calidad del servicio prestado en el centro residencial. Los manuales deben ser accesibles al personal para su consulta, pues suponen un referente sobre todo para los trabajadores con menores conocimientos profesionales y, por ello, más necesitados de apoyos metodológicos.

Además, el centro residencial debe disponer de un plan escrito para la gestión y mejora de la calidad, en el que se fijen los objetivos a nivel general y a nivel específico para los distintos departamentos. En las pequeñas residencias existirá un único plan que cubra a la organización en su totalidad. El plan de calidad debe reflejar, al menos, los objetivos o metas a alcanzar, las actividades de seguimiento y/o control, la periodicidad y los responsables de ejecutar las actividades. La información obtenida servirá para elaborar un plan de acciones de mejora.

El plan de marketing es un documento en el que se plasman los objetivos, estrategias y planes de acción, es decir, recopila la mejor forma de llevar a cabo las actividades del marketing. Sin embargo, más importante que realizar acciones de marketing resulta, en nuestra opinión, el compromiso de la dirección de adoptar una filosofía de marketing en el centro residencial. La implantación de esta filosofía es lo que entendemos por orientación al mercado, e implica asumir que las necesidades y expectativas de los usuarios constituyen la razón de ser del centro residencial. De esta manera, el valor central de la organización consistirá en prestar al residente y a sus familiares el mejor servicio posible, siendo tratado, durante el proceso de prestación del servicio, con el respeto, la amabilidad y la eficacia inherentes a una organización centrada en la persona.

Por último, la dirección de un centro residencial que persiga una mejora de la calidad de sus prestaciones y servicios deberá comprometerse a realizar de manera sistemática acciones formativas que posibiliten a los empleados adquirir las habilidades que permitan la mejora. En definitiva, es necesario un adecuado

proceso formativo, coherente y adaptado a la realidad, en el que se estudien y trabajen los aspectos relativos a la calidad, especialmente a la calidad de trato, hasta lograr su aceptación por todo el personal de la organización.

## 2. Eficacia interna

Por otro lado, en el área operativa el objetivo consiste en lograr la eficacia interna de la organización que supone desarrollar sus estructuras y procesos, estableciendo una tipología de servicios y describiendo la metodología para la prestación de los mismos. De esta manera, el centro residencial deberá: alcanzar o superar, en caso de considerarse necesario, los requisitos legalmente exigidos<sup>423</sup> en cuanto a infraestructuras y personal; definir los servicios; los procesos y subprocesos; y utilizar como sistema de intervención el Plan de Atención Individual, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades, demandas y calidad de vida de las personas usuarias.

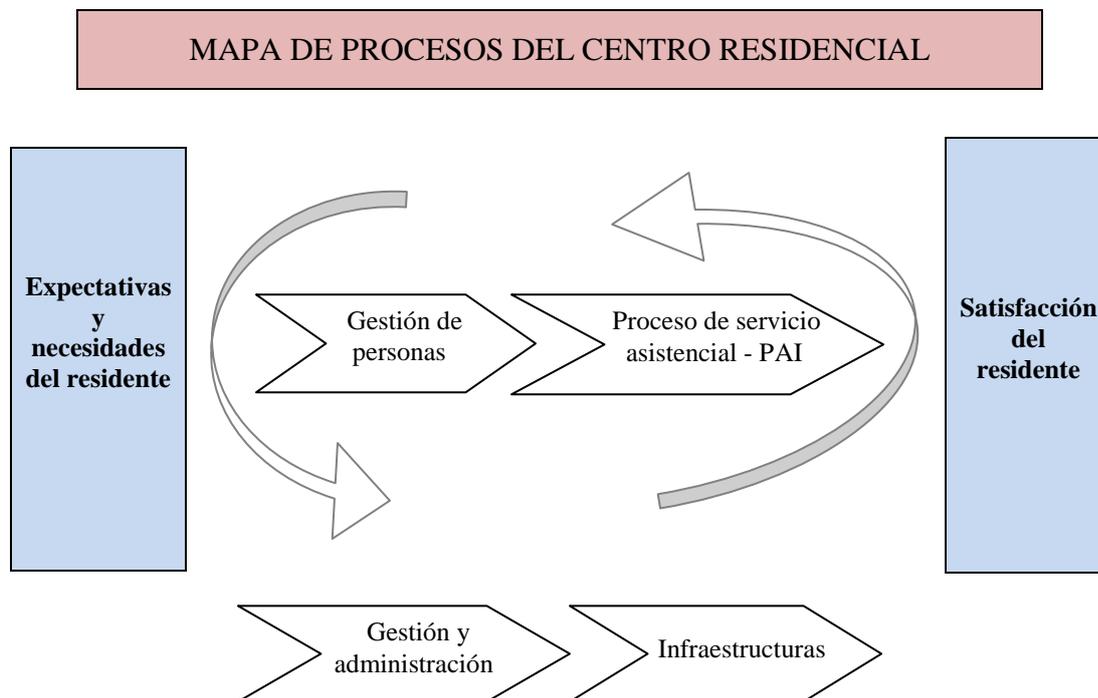
En esta parte operativa del modelo, el centro residencial debería señalar con el mayor detalle posible un mapa de procesos (gráfico 10.2) y definir los procesos y subprocesos que se consideren claves. En este sentido, entendemos que el proceso fundamental en un centro residencial consiste en la atención del residente. Además, al ser el personal un elemento clave en la prestación de estos servicios, la gestión del personal es otro de los procesos fundamentales.

De esta forma, la gestión de los procesos puede abarcar todos los procesos del centro, los fundamentales o principales, y los secundarios o de apoyo, pero en el esquema propuesto nos limitamos a aplicar la gestión por procesos a los procesos fundamentales. El resto de los procesos de apoyo a los procesos fundamentales se incluyen en el mapa de procesos, pero no se desarrollan. Estos procesos tienen una influencia mucho menor en la percepción de satisfacción del residente.

---

<sup>423</sup> Requisitos que, como hemos señalado en el capítulo quinto, son muy reducidos y no congruentes con la realidad actual de los centros residenciales.

**Gráfico 10.2: Mapa de procesos del centro residencial**



Fuente: Elaboración propia.

Como hemos señalado, el proceso fundamental en un centro residencial consiste en la atención del residente, cuyas expectativas y necesidades debemos conocer y satisfacer. De esta forma, la utilización de herramientas de marketing por parte de los centros residenciales les permitiría disfrutar de ventajas competitivas derivadas de un mejor conocimiento de las necesidades de los residentes y de su evolución prevista, de la adaptación de los servicios ofrecidos a dichas necesidades, y de la consiguiente satisfacción de las expectativas de los usuarios. Adoptar una orientación al mercado supone que las necesidades y expectativas de los usuarios constituyen la razón de ser del centro residencial. El valor central de la organización consistiría en prestar al usuario el mejor servicio posible, siendo tratado, en todo el proceso de prestación del servicio, con el respeto, la amabilidad y la eficacia inherentes a una organización centrada en la persona.

La definición de las expectativas y necesidades del residente, así como los requisitos y los compromisos exigibles al centro residencial, constituyen la base fundamental de una organización orientada al mercado y son, a su vez, instrumentos

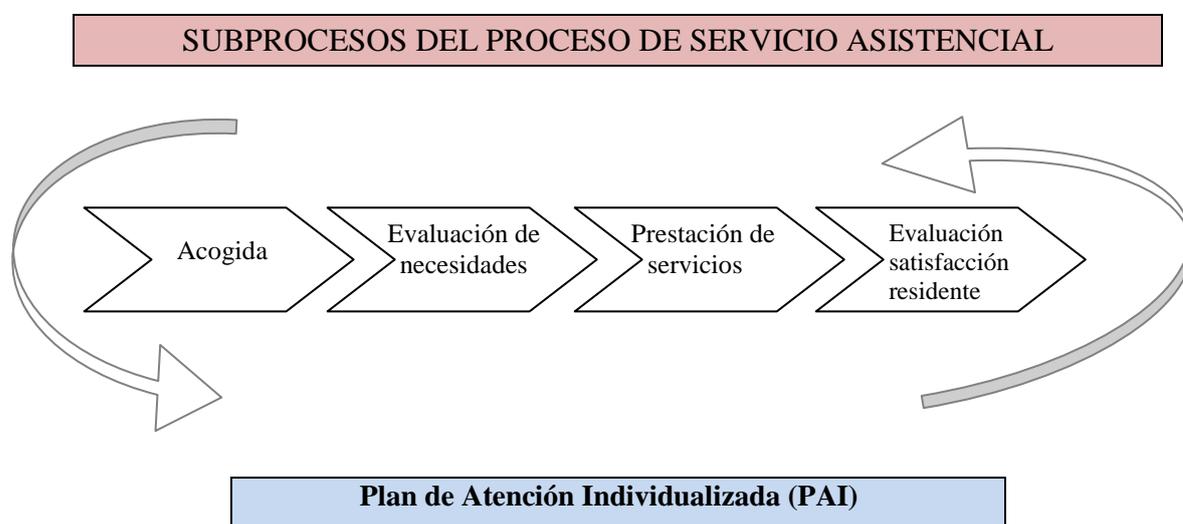
importantes para la evaluación de la calidad de los procesos y la calidad de los servicios.

Esta orientación ha de ser asumida por todos los miembros de la organización, de forma que la estructura, los procedimientos, las normas y las relaciones entre profesionales, entre otras cuestiones, estén siempre subordinadas a las necesidades y expectativas del residente.

El proceso clave de servicio asistencial prestado a la persona residente puede ser descompuesto en los siguientes subprocesos (gráfico 10.3): acogida, evaluación de las necesidades del residente, prestación de servicios (sanitarios, psicológicos y otros servicios) y evaluación de la satisfacción del residente.

Los registros obtenidos de estos subprocesos quedan a su vez reflejados en el Plan de Atención Individual (PAI). Por tanto, el Plan de Atención Individual es el marco donde quedan reflejadas las acciones encaminadas a completar el ciclo de la mejora continua.

**Gráfico 10.3: Subprocesos del proceso de servicio asistencial**



Fuente: Elaboración propia.

El Plan de Atención Individual debe incluir, para cada uno de los residentes, todos aquellos aspectos, tanto cualitativos como cuantitativos, que inciden en su bienestar. Por tanto, el PAI especificará para cada residente:

- Cuáles son sus necesidades, tanto de salud y cuidado personal, como psico-sociales. Es fundamental identificar cuáles son estas necesidades y clasificarlas en lo que respecta a su carácter cualitativo<sup>424</sup> o cuantitativo<sup>425</sup>.

- Los servicios/actividades dirigidos para satisfacer las necesidades identificadas. Dependiendo del tipo de necesidades a los que respondan, estos servicios serán más o menos fácilmente procedimentables.

- La evaluación de su nivel de satisfacción. La forma más eficaz de medir la satisfacción es conocer de forma directa la percepción del residente sobre la calidad de su vida diaria en el centro.

Por otro lado, de nuestra investigación hemos podido concluir de forma muy clara que el personal que trabaja en un centro residencial tiene una relación muy directa con los residentes y depende de sus aptitudes y, sobre todo, de sus actitudes, el que el usuario perciba una buena o mala asistencia. La dirección del centro residencial ha de promover una estructura en la cual el personal pueda realizar aportaciones para crear un entorno donde predomine la calidad asistencial. Por tanto, el modelo debe basarse en la participación activa de todas las personas que trabajan en contacto directo con el residente, y la dirección ha de cumplir una función de apoyo de dicho personal. Para ello, resulta fundamental delegar responsabilidades en el personal, creando un espacio donde la calidad se vaya construyendo día a día.

En consecuencia, al ser el personal un elemento clave en la prestación del servicio asistencial, el proceso de gestión del personal (gráfico 10.4) –selección, formación, concienciación y sensibilización permanente y continua, y evaluación de su satisfacción– será otro de los procesos fundamentales que figurará en el mapa de procesos del centro residencial. Además, todas las actividades que contribuyan a mejorar la motivación del personal y su nivel de compromiso con la organización influirán positivamente en la calidad asistencial. En este sentido, establecer un plan de comunicación interna puede ser un elemento importante en la gestión del

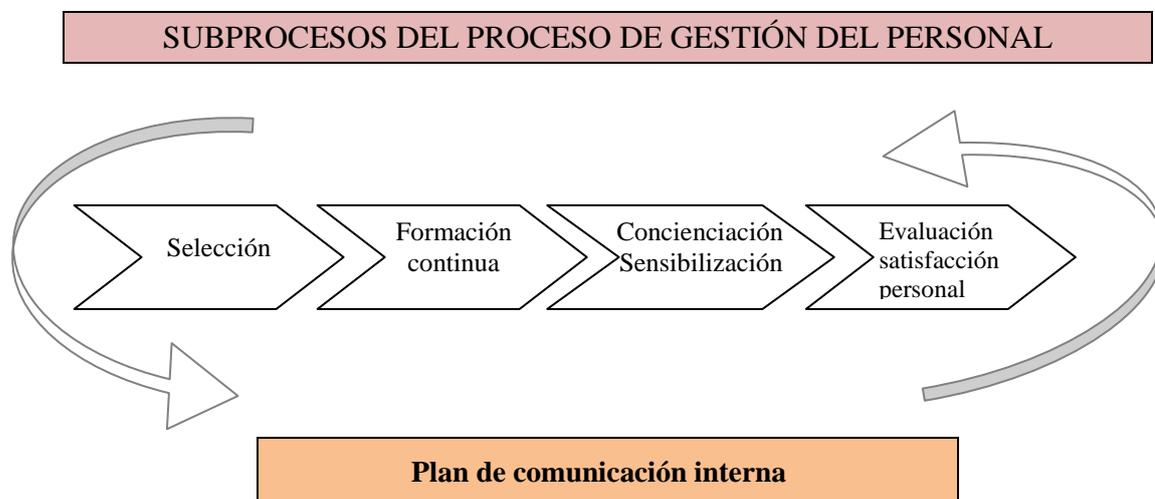
---

<sup>424</sup> Las necesidades cualitativas están relacionadas con aspectos psico-sociales y son únicamente medibles a través de la percepción de los residentes respecto de los servicios que se les ofrecen.

<sup>425</sup> Las necesidades cuantitativas están relacionadas con las necesidades de cuidado personal y salud y pueden ser fácilmente procedimentables.

personal del centro residencial.

**Gráfico 10.4: Subprocesos del proceso de gestión del personal**



Fuente: Elaboración propia.

### 3. Mejora continua

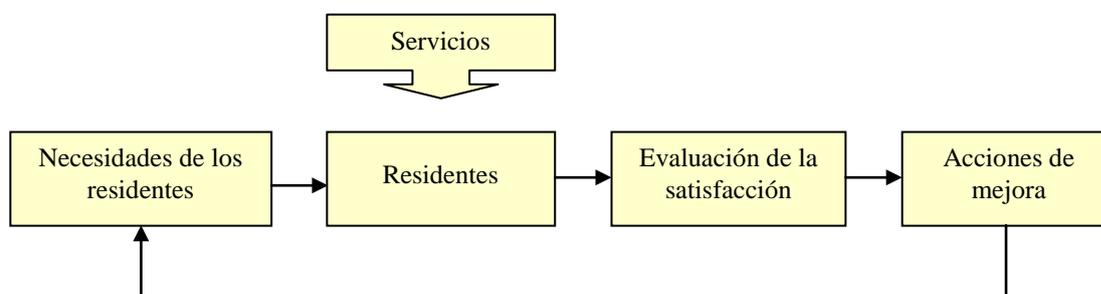
Como tercera parte del modelo, destacamos las herramientas que permiten realizar el seguimiento y medición de los resultados obtenidos y posibilitan la mejora continua. Así, el centro residencial deberá establecer un procedimiento que permita medir la satisfacción de los residentes, de los familiares y del personal; realizar una evaluación interna o externa; crear equipos de mejora; y, en algunos casos, presentarse a la acreditación.

Resulta fundamental evaluar la percepción que el residente tiene de los servicios recibidos, aspecto esencial para mejorar la calidad asistencial. Para ello, se debe establecer un procedimiento que permita obtener información respecto a la satisfacción de los usuarios. Así, con la información obtenida en las encuestas de satisfacción de residentes y familiares, en las comisiones de usuarios y familiares y con la obtenida como consecuencia del examen de las reclamaciones y de las sugerencias recibidas, se elaborará un informe en el que se evaluará el grado de satisfacción general de los residentes y familiares con los servicios recibidos.

Este informe servirá para identificar áreas de mejora sobre las que actuar y elaborar un “Plan de acciones de mejora” para el próximo periodo, que recogerá la

descripción de las acciones propuestas, los responsables, los medios y equipos necesarios, el proceso de implantación, los resultados esperados, el periodo de implantación y la sistemática para el seguimiento de su implantación y para la medición de su efectividad. Las acciones de mejora implantadas deberían traer consigo un aumento de la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, las necesidades de los residentes irán evolucionando, al igual que su percepción sobre la calidad asistencial, y el centro residencial deberá determinarlas para adaptar sus servicios a las nuevas necesidades iniciándose de nuevo el ciclo de mejora continua. Este ciclo de mejora continua queda representado en el gráfico 10.5.

**Gráfico 10.5: Ciclo de mejora continua**



Fuente: Elaboración propia.

En síntesis, la residencia debe apostar por la mejora continua de la calidad asistencial, por lo que es preciso dotarse de algún modelo que asegure que la misión, visión y valores de la misma se desarrollan garantizando el cumplimiento normativo, velando por el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los residentes, prestando una asistencia integral en función de las necesidades personales, y tratando de alcanzar la satisfacción de todos los grupos de interés: usuarios, familiares, profesionales, Administración y sociedad en general.

En definitiva, en el modelo propuesto hemos incluido aquellos elementos, acciones o herramientas que, en nuestra opinión, pueden contribuir a mejorar el nivel de calidad asistencial y a aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y de sus familiares. Por ello, estas acciones-herramientas, que han sido analizados en este trabajo, constituyen los elementos sobre los que debe diseñarse, en nuestra opinión, un modelo de gestión de la calidad holístico e integral dirigido a un centro residencial para

personas mayores. Aunque el objetivo del modelo no es la acreditación externa, la implantación del mismo o de las acciones-herramientas incluidas puede constituir un paso previo a la utilización de modelos más complejos y exigentes.

Queremos concluir este marco teórico insistiendo en que, en el sector objeto de estudio, el protagonismo lo tienen, en nuestra opinión, los residentes y sus familiares, quienes, junto con los equipos profesionales, deben asumir los cuidados de manera consensuada y con el más riguroso respeto a los derechos, voluntades y principios éticos de todos ellos y de la profesión. De esta forma, el objetivo de un centro residencial no consistirá únicamente en prestar unos cuidados o en ayudar a las personas mayores dependientes en las actividades de la vida diaria, sino que, además, tratará de ofrecerles un lugar de vida donde se respetarán sus derechos individuales, se potenciarán sus capacidades y habilidades y donde la vida diaria del centro se basará en la integración, la participación y la relación con el entorno.

*PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO*

*Capítulo 10º- Propuesta de un modelo de gestión de la calidad dirigido a centros  
residenciales de pequeña y mediana dimensión*

**PARTE III**  
**CONCLUSIONES**



## **CAPÍTULO 11º- CONCLUSIONES, APORTACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

El propósito básico de este undécimo y último capítulo de la Tesis Doctoral consiste en la presentación de las principales conclusiones derivadas del trabajo teórico y empírico desarrollado y en la propuesta de una serie de recomendaciones dirigidas, principalmente, a los responsables de centros residenciales para personas mayores.

Asimismo, haremos referencia a las principales limitaciones encontradas a lo largo de la realización del estudio, debidas, principalmente, a la complejidad del tema objeto de análisis y a la metodología de trabajo utilizada en la investigación.

Por último, expondremos las principales aportaciones que entendemos haber realizado con el presente trabajo y trazaremos las diferentes líneas de investigación que se han establecido en esta Tesis Doctoral, líneas en las que esperamos continuar trabajando en los próximos años.

### **11.1. Conclusiones de la investigación**

En primer lugar, exponemos las conclusiones que sintetizan los resultados de la investigación realizada. Estas conclusiones tratan de responder a los objetivos y a las interrogantes que, en el capítulo introductorio de esta Tesis Doctoral, nos hemos planteado.

#### **Conclusión primera**

*Los responsables de los centros residenciales para personas mayores no otorgan mucha importancia a las actividades de marketing en la gestión de su organización.*

El sector de residencias para personas mayores se está introduciendo lentamente en una cultura de gestión que hasta hace pocos años no existía. Este cambio se traduce en la aplicación de herramientas de gestión novedosas para el sector, que hasta ahora solo se habían utilizado en otros ámbitos de actividad. Sin embargo, a pesar de estos cambios, el estudio empírico realizado nos muestra que determinadas actividades funcionales clásicas de las organizaciones, como las de marketing, siguen siendo infrecuentes en el sector.

Así, resulta remarcable que tan solo el 1,5% y el 10,2%, respectivamente, conceden a las actividades de marketing una importancia muy alta o alta. El 45,3% de los encuestados consideran que las actividades de marketing tienen una importancia baja o muy baja en la gestión de su residencia. No existen diferencias significativas en estos resultados al considerar el Territorio Histórico donde esté ubicado el centro, su titularidad, su tamaño o, incluso, el hecho de tener implantado o no algún modelo de gestión de la calidad.

En efecto, en el ámbito de los servicios residenciales se puede afirmar que el marketing no tiene demasiada presencia, quizá porque se considere que éste tiene poca relación con la actividad asistencial, y quizá también porque se asocie a una perspectiva empresarial excesivamente persuasiva, un tanto ajena a la cultura del

sector. Además, muchos centros residenciales pueden no ver clara la necesidad de realizar actividades de marketing en un entorno en el que la demanda de plazas supera, en muchas ocasiones, a la oferta.

Sin embargo, más importante que la utilización de herramientas de marketing resulta, en nuestra opinión, la adopción de una filosofía de marketing por parte del centro residencial. La adopción de esta filosofía en la organización es lo que un gran número de autores entienden por orientación al mercado, e implica asumir que las necesidades y expectativas de los usuarios constituyen la razón de ser del centro residencial. De esta manera, el valor central de la organización consiste en prestar al residente y a sus familiares el mejor servicio posible, siendo tratado, en todo el proceso de prestación del servicio, con el respeto, la amabilidad y la eficacia inherentes a una organización centrada en la persona.

### **Conclusión segunda**

*En relación con los modelos genéricos de gestión de la calidad, existe un elevado nivel de conocimiento en el sector del modelo basado en la norma ISO 9001 y un reducido grado de conocimiento en el caso del modelo de autoevaluación EFQM. Los modelos de gestión de la calidad específicos para centros residenciales son poco conocidos en el sector residencial de la CAPV.*

Así, el 67,9% de los responsables de residencias para personas mayores tiene un grado de conocimiento alto o muy alto de la norma ISO 9001, mientras que en el caso del modelo EFQM este porcentaje se reduce al 25,5%.

Por otro lado, los modelos específicos de gestión de la calidad son menos conocidos en el sector que los genéricos, a pesar de que estos modelos, como el modelo HAFLI, el Proceso de Garantía de Calidad SiiS–*Kalitatea Zainduz*, o el basado en la familia de normas UNE 158100, entre otros, se centran más en aquellos aspectos que están relacionados de manera directa con la calidad de vida de los residentes y con la calidad asistencial. Así, únicamente el 26,2% de los encuestados tienen un conocimiento alto o muy alto de las normas UNE 158001/UNE 158101.

Este porcentaje se reduce al 11,7% al referirnos a otros modelos específicos del ámbito residencial (SERA, HAFLI, SiiS). Por otro lado, el 54% de los responsables de centros residenciales para personas mayores de la CAPV dice no tener conocimiento alguno de estos modelos específicos de gestión de la calidad.

### **Conclusión tercera**

*El modelo de gestión de la calidad basado en la familia de normas ISO 9000 es, con gran diferencia, el más utilizado por las residencias para personas mayores de la CAPV.*

En efecto, el 84% de las residencias ha optado por la implantación de la norma ISO 9001 en la organización. Por otra parte, el número de centros residenciales que han adoptado modelos específicos es mínimo, únicamente siete en 2010. Tan solo una residencia en toda la CAPV figuraba en la base de datos de AENOR con la norma UNE 158101 implantada.

Por tanto, los principales modelos de calidad que se han implantado en el sector se han basado en los modelos y sistemas genéricos de la calidad, que, con mayor o menor acierto, se han adaptado al servicio específico que se presta en las residencias para personas mayores, resultando un tanto contradictorio que se haya prestado una atención mucho menor a los modelos de calidad especializados en el sector, los cuales tienen una cierta tradición en otros países como el Reino Unido, Alemania, Suecia o Dinamarca.

Encontramos un mayor nivel de implantación de los modelos de gestión de la calidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, consecuencia del Plan de Calidad de Gipuzkoa, estudiado en este trabajo, que ha favorecido la difusión de la norma ISO 9001 en el sector.

Además, consideramos reseñable destacar del estudio empírico realizado que son pocos los responsables de centros residenciales que señalan estar en proceso de implantación de un modelo de gestión de la calidad, el 7,3%, o que tienen prevista una implantación futura, el 3,4%. En todos los casos los encuestados se refieren a

modelos genéricos, fundamentalmente al basado en la norma ISO 9001. Estos datos pueden indicar un debilitamiento en la difusión de los modelos de gestión de la calidad en el sector, un debilitamiento que la actual situación de crisis puede agravar.

#### **Conclusión cuarta**

*Los responsables de los centros residenciales para personas mayores valoran positivamente la utilización de modelos de gestión de la calidad en el sector.*

En efecto, la adopción de modelos de gestión de la calidad, aunque reciente, está siendo positiva en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores pues su utilización ha traído consigo una profesionalización de la gestión, ha supuesto un elemento motivador para muchas personas involucradas en la dirección y ha permitido a estas organizaciones dotarse de programas y herramientas de mejora de una gran utilidad.

Por ello, la mayor parte de los expertos consultados destacan la capacidad de sistematización y de método de trabajo que estos modelos aportan al sector, el cual, hasta el presente, se ha venido caracterizando por su escasa profesionalización en lo que respecta a la dirección y gestión.

Esta valoración es superior en el caso de responsables de centros residenciales que ya utilizan algún modelo de gestión de la calidad. Sin embargo, es reseñable el elevado el porcentaje responsables de residencias, el 60,5%, que, sin haber implantado un modelo de gestión de la calidad, los valoran de manera positiva.

#### **Conclusión quinta**

*La idea de que los modelos de gestión de la calidad se centran demasiado en la mejora de la gestión dejando un tanto de lado la calidad asistencial está bastante extendida entre los responsables de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV, aunque no existe un posicionamiento claro en el sector.*

Esta idea es más aceptada por aquellos responsables de centros residenciales que no tienen implantado ningún modelo de gestión de la calidad. Sin embargo, consideramos remarcable que entre los responsables de residencias que han adoptado algún modelo y que, por tanto, pueden dar una opinión más fundamentada al respecto, el 45,7% se encuentran de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación. Así, gran parte de ellos señala que estos modelos pueden realizar su mayor aportación en lo que se refiere a los procesos administrativos y de gestión, y destacan que su eficacia y eficiencia no es tan clara en el ámbito de la calidad de la atención residencial.

Sin embargo, concluir que no existe una relación significativa entre la utilización de estos modelos de gestión de la calidad y la calidad asistencial ofrecida por la organización exigiría, en nuestra opinión, un estudio más profundo en el que se tuviera en cuenta la opinión de los profesionales que trabajan en la atención directa, del resto de profesionales, de los residentes y de sus familiares.

### **Conclusión sexta**

*Los centros residenciales que no tienen implantado un modelo de gestión de la calidad perciben que su aplicación se debe, fundamentalmente a las exigencias de la Administración Pública, mientras que, en el caso de las residencias que sí han adoptado un modelo de gestión de la calidad, tienen mayor importancia los factores de tipo interno.*

De esta forma, los responsables de estos últimos centros residenciales señalan que los principales motivos para utilizarlos están relacionados con la mejora del desempeño, la calidad de los servicios o la eficiencia, aunque admiten que las exigencias de la Administración también tienen un peso importante en su implantación.

Así, en Gipuzkoa, el territorio que tiene más centros certificados con la ISO 9001, es la propia Administración la que impulsa y facilita recursos económicos para que se implante la norma.

Nosotros compartimos la opinión de un gran número de autores que señalan que un modelo de gestión de la calidad impulsado únicamente por factores externos tiene pocas probabilidades de tener éxito. La falta de liderazgo, de implicación del personal, la resistencia al cambio, la falta de conocimiento de los sistemas de calidad, la falta de recursos y la falta de formación del personal son factores que dificultan la implantación de los modelos (Calingo *et al.*, 1995, pp. 175 - 178).

### **Conclusión séptima**

*La utilización de instrumentos y herramientas de gestión –equipos de mejora, sistemas de quejas y sugerencias, encuestas de satisfacción, gestión por procesos, gestión por indicadores, cartas de servicios o manuales de buenas prácticas–, que permitan avanzar en la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios, no está demasiado extendida en las residencias de la CAPV.*

Aunque el grado de utilización difiera según el método o instrumento estudiado, en términos generales, su utilización es reducida, bastante por debajo, en nuestra opinión, de lo que sería deseable.

La utilización de todas estas herramientas de gestión es significativamente mayor en aquellas residencias que tienen algún modelo de gestión de la calidad implantado. También se constatan diferencias significativas en la utilización de algunos de estos métodos y herramientas al considerar el tamaño del centro residencial. Así, los equipos de mejora, las encuestas de satisfacción dirigidas a usuarios, la gestión por indicadores y los planes de comunicación interna son más utilizados por los centros residenciales de mayor dimensión.

Por otro lado, también existen diferencias significativas en función del Territorio Histórico donde está ubicada la residencia. Así, la utilización de equipos de mejora y de encuestas de satisfacción dirigidas a usuarios, es mayor en los centros residenciales de Gipuzkoa. El hecho de que en las residencias de este Territorio

Histórico exista una mayor implantación de la norma ISO 9001 explica, en nuestra opinión, estos resultados.

### **Conclusión octava**

*La satisfacción del personal, su motivación y su compromiso profundo con la organización están relacionados directamente con la calidad asistencial. Por ello, resulta necesario, entre otras acciones, cuidar la comunicación interna, establecer planes de reconocimiento del personal y determinar el grado de satisfacción de los empleados.*

En este sentido, el estudio empírico realizado nos ha permitido comprobar que no está demasiado extendida en el sector la utilización de encuestas de satisfacción dirigidas a los empleados, de planes de reconocimiento del personal o de planes de comunicación interna. Tan solo el 40,1%, el 36,5% y el 47,5% de los responsables de los centros residenciales de la CAPV declaran hacer un uso elevado o muy elevado de estas herramientas, respectivamente. La utilización de las mismas es significativamente mayor en el caso de que la organización cuente con un modelo de gestión de la calidad implantado.

### **Conclusión novena**

*Las personas que trabajan con mayores han de tener, por una parte, un perfil técnico y, por otra, un perfil asistencial.*

El perfil técnico se refiere a los conocimientos técnicos que una persona debe tener para realizar su trabajo correctamente y está al alcance de todas las personas, bien sea por la formación académica recibida o por la formación continua dentro de la organización. El perfil asistencial se refiere a la actitud que tiene el trabajador hacia la persona mayor y, siendo un factor clave en la calidad asistencial percibida por parte del usuario, es más difícil de adquirir a través de la formación.

En efecto, la calidad humana de los trabajadores del centro, especialmente en el caso de aquellos que tienen un mayor contacto con los residentes, es uno de los aspectos fundamentales en la percepción de calidad de los residentes. Esta calidad humana, a la que también nos hemos referido como “calidad de trato”, vinculada con la empatía, la capacidad de escuchar, la capacidad para transmitir acogimiento y apoyo, entre otros aspectos, es crucial también para los familiares debido a los posibles problemas emocionales derivados de la imposibilidad de prestar diariamente la atención y el cariño deseados a una persona querida.

### **Conclusión décima**

*El instrumento que se utiliza con mayor frecuencia para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en el ámbito de las residencias para personas mayores es, sin duda, el cuestionario de satisfacción.*

Las necesidades y expectativas de los usuarios deben guiar las actividades del centro residencial, siendo la satisfacción del residente un elemento irrenunciable. El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realicen sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia. En efecto, desde nuestra perspectiva, compartida por autores como Delgado *et al.* (1997) y Medina Tornero (2000), el objetivo principal de la determinación de la satisfacción de los usuarios es obtener información que permita la mejora de la calidad asistencial ofrecida por la residencia. De esta forma, se podrá detectar la presencia de problemas en la asistencia y realizar propuestas para mejorar la atención a través de la valoración que el residente y sus familiares otorguen al servicio recibido (Lewis, 1994).

El estudio realizado nos señala que la utilización de encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios está bastante extendida en el sector. El 63,5% de los responsables de centros residenciales encuestados declaran una alta o muy alta utilización de esta herramienta. Su utilización es significativamente mayor en el caso de que el centro residencial haya adoptado un modelo de gestión de la calidad.

Sin embargo, aunque en la actualidad la satisfacción del usuario es una medida que no extraña a nadie, los resultados de estas evaluaciones, en muchas ocasiones, no son utilizados para mejorar la atención asistencial. Los motivos pueden ser los siguientes: porque se piensa que estas escalas ofrecen una información subjetiva y a veces poco aprovechable; porque se tiende a restarles valor y a confiar más en la intuición que en los datos; porque se les achaca problemas metodológicos; y sencillamente, por la resistencia al cambio de los procedimientos de trabajo en cualquier organización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 65).

Por otra parte, no existe un cuestionario tipo que sea utilizado por las residencias de la CAPV. Los cuestionarios que hemos tenido la oportunidad de analizar son muy diferentes entre sí, tanto en lo relativo a su diseño como a su contenido. Además, la mayor parte de ellos tienen lagunas en cuanto a las características o elementos del servicio que tratan de medir.

### **Conclusión undécima**

*Las inspecciones que periódicamente realiza la Administración tratando de garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores, no inciden de manera sustancial en la verificación del nivel de la calidad asistencial y de la calidad de vida del residente.*

En efecto, estas inspecciones que efectúa la Administración, consciente de la importancia que tiene este sector para la sociedad, inciden, sobre todo, en la verificación del cumplimiento de las normativas en lo referente a algunos aspectos esenciales del funcionamiento de la residencia como, entre otros, los requisitos materiales, los ratios de personal, las tarifas de precios, la organización del personal o el control de los registros.

Consideramos de interés diseñar instrumentos de inspección de carácter cualitativo capaces, más allá de las verificaciones materiales, de ayudar a los inspectores a determinar si las pautas asistenciales son las adecuadas para garantizar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias.

### **Conclusión duodécima**

*La orientación al mercado, en el sector residencial, es un concepto multidimensional que puede ser determinado utilizando la escala que ha sido diseñada y validada, y que contempla las dimensiones de la escala MARKOR, de Kohli, Jaworski y Kumar (1993), –búsqueda y recogida de información, diseminación de la información y diseño e implementación de la respuesta–, añadiendo de forma explícita la coordinación interfuncional, de la escala MKTOR de Narver y Slater (1990).*

De esta forma, la escala contempla la búsqueda y recogida de información sobre las necesidades actuales y futuras de los usuarios, sobre su satisfacción y sobre los cambios en el sector; la diseminación de la información relativa a la demanda y a la competencia por toda la organización; el diseño y ejecución de la respuesta ajustada a los deseos de los usuarios y a las acciones de la competencia; y, finalmente, la coordinación entre los diferentes departamentos para atender al mercado y satisfacer a los residentes y el resto de grupos de interés de la organización.

### **Conclusión decimotercera**

*Los principios que definen una cultura de orientación al mercado son asumidos de modo tan solo aceptable por las organizaciones estudiadas. En concreto, pueden identificarse dos grupos de centros residenciales en función de su grado de orientación al mercado. Así, por un lado, nos encontramos con residencias con una orientación al mercado reducida (OM reducida) y, por otro lado, centros residenciales con una orientación al mercado aceptable (OM aceptable).*

El grupo *OM aceptable*, formado por el 45,3% de las residencias de la CAPV, obtiene una puntuación de 3,60 en cuanto a su nivel global de orientación al mercado, mientras que en el grupo *OM reducida*, integrado por el 54,7% de los centros residenciales, la valoración global se sitúa en 2,58 puntos.

El análisis detallado de los resultados del estudio nos permite identificar diferencias significativas entre los dos grupos de centros residenciales en cuanto al grado de utilización de diferentes herramientas o acciones de marketing. Así, la utilización de folletos explicativos de la organización y de los servicios que presta, la realización de una memoria anual de actividades, los protocolos de acogida al residente, las visitas planificadas para usuarios potenciales, la elaboración de un plan de marketing o la utilización de Internet en la comunicación con los usuarios, es significativamente superior en las residencias con una orientación al mercado aceptable respecto de los centros residenciales con una reducida orientación al mercado.

Además, podemos destacar que el 44% de los centros residenciales con una *OM aceptable* tiene implantado algún modelo de gestión de la calidad frente al 21% de los centros residenciales que pertenecen al grupo de *OM reducida*.

Entendemos que la orientación al mercado irá creciendo a medida que se consolide en el sector la idea de que es tarea de todos los departamentos y miembros de la organización interesarse y atender activamente las necesidades y deseos de los usuarios, y que la estructura, los procedimientos, las normas y las relaciones entre profesionales, entre otras cuestiones, están siempre subordinadas a las necesidades y expectativas del residente. En efecto, esta idea tan elemental y vertebradora de la filosofía del marketing se está introduciendo en el sector, al igual que lo ha hecho en otros sectores como el sanitario o el de la educación, a través de la difusión del paradigma de la gestión de la calidad.

#### **Conclusión decimocuarta**

*La orientación a la gestión de la calidad, en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores, es un concepto multidimensional que puede ser medido con una escala, inspirada en el modelo EFQM de excelencia, integrada por las dimensiones liderazgo, personas, procesos, y recursos y alianzas.*

Así, a fin de evaluar el grado en que un centro residencial para personas mayores adopta los principios de la gestión de la calidad, puede utilizarse una escala específica que contempla la formación del personal relacionada con las buenas prácticas en la atención y con la mejora de la gestión, la autonomía de los empleados para tomar decisiones relativas a la mejora de la calidad y la puesta en marcha de sus sugerencias; la existencia de planes de previsión de cambios y de planes de reconocimiento al personal; la existencia de un sistema de recogida de información de residentes y familiares, de un sistema de quejas y reclamaciones y de un procedimiento para analizar las causas de abandono de los usuarios; y, finalmente, la existencia de equipos de trabajo interfuncionales, de relaciones con proveedores y de alianzas con socios y colaboradores del sector.

#### **Conclusión decimoquinta**

*El grado de adopción de los principios de la gestión de la calidad por parte de las organizaciones del sector puede ser calificado únicamente de aceptable. Concretamente, los resultados obtenidos en el estudio empírico permiten identificar tres grupos de centros residenciales en función del grado de desarrollo –aceptable, reducido o muy reducido– del concepto de gestión de la calidad.*

El grupo *GC aceptable*, que estaría formado por el 35,7% de las residencias de la CAPV, obtiene una puntuación global de 3,94 en cuanto a su nivel global de gestión de la calidad; el grupo *GC reducido*, formado por el 46,7% de los centros obtiene una puntuación de 2,97; mientras que en el grupo *GC muy reducido*, integrado por el 17,6% de los centros, la valoración global se sitúa en 2,13 puntos.

El 57,1% de los centros residenciales con una *GC aceptable* tiene implantado algún modelo de gestión de la calidad, mientras que únicamente son utilizados por el 25,0% y el 8,3% de los centros que pertenecen a los grupos *GC reducido* y *GC muy reducido*, respectivamente.

Igualmente, el análisis detallado de los resultados obtenidos nos permite observar diferencias en el grado de utilización de diversas herramientas de gestión según el nivel de desarrollo en la residencia del concepto de gestión de la calidad.

Así, el grado de utilización de equipos de mejora, sistemas de sugerencias, encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios y a la plantilla, gestión por procesos, gestión por indicadores, planes de reconocimiento del personal, planes de comunicación interna y cartas de servicio, se reduce según disminuye el nivel de orientación a la gestión de la calidad de la organización.

### **Conclusión decimosexta**

*En el sector de las residencias para personas mayores de la CAPV la asunción de los principios de la gestión de la calidad contribuye a alcanzar un mayor grado de orientación al mercado.*

Esta conclusión, que supone la asociación positiva y significativa entre la orientación a la gestión de la calidad y la orientación al mercado, atiende directamente al objetivo principal de esta Tesis Doctoral.

En efecto, al igual que otros autores, defendemos, y los resultados del estudio empírico así permiten sostenerlo, que la aplicación de un sistema de gestión basado en los principios de la gestión de la calidad favorece el desarrollo de una cultura de orientación al mercado puesto que, tal y como se ha argumentado en este trabajo, existe una complementariedad entre ambas filosofías.

Es más, consideramos 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 usuarios, a la evaluación de la competencia y al análisis del entorno. A su vez, la implantación de una filosofía de marketing permitirá asegurar la incorporación de las expectativas de los usuarios a los procesos internos de la organización y evitará el riesgo de una excesiva sistematización y formalización o una orientación a la eficiencia interna por parte de la gestión de la calidad que olvide que el objetivo central del centro residencial es conseguir la satisfacción del residente y de sus familiares gracias a la elevada calidad asistencial prestada.

### **Conclusión decimoséptima**

*Los resultados del estudio empírico permiten evidenciar una relación positiva y significativa entre los componentes de la gestión de la calidad –procesos, liderazgo y personas– y la orientación al mercado en los centros residenciales para personas mayores de la CAPV. Sin embargo, el estudio realizado no ha permitido constatar la existencia de una relación significativa entre la dimensión –recursos y alianzas– y la orientación al mercado.*

De esta forma, el *liderazgo* de la dirección del centro residencial resulta importante para desarrollar una filosofía de marketing en la organización coordinando las diversas funciones organizativas con el objetivo de obtener un elevado nivel de satisfacción en los usuarios.

Además, el diseño y la gestión de *procesos* orientados a la determinación de las necesidades y expectativas de los usuarios, a la satisfacción de las mismas y a la determinación del nivel de satisfacción de los residentes y de sus familiares contribuyen positivamente a la orientación al mercado de la organización.

Por otro lado, gestionar y desarrollar el potencial de las *personas* que integran la organización influye positivamente en su orientación al mercado. La relación causal entre la dimensión *personas* y la orientación al mercado es más fuerte que en el caso del resto de dimensiones. Esto supone reconocer que en una organización, y en especial en una residencia para personas mayores, todas las personas que la integran son responsables de dar respuesta satisfactoria a las necesidades de los usuarios.

Por último, aunque nos resulta complicado explicar la no significatividad de la relación entre la dimensión de la gestión de la calidad *recursos y alianzas* y la orientación al mercado, un motivo puede residir en que son las personas el recurso interno que se considera fundamental para orientar al mercado un centro residencial, siendo menos importantes otros aspectos como la funcionalidad de los edificios, la compra de equipamiento o la gestión de los recursos económicos. Asimismo, las alianzas externas con otras residencias, asociaciones, fundaciones, subcontratistas o

Administración, pueden no ser demasiado importantes en la definición de la orientación al mercado en estas organizaciones.

### **Conclusión decimoctava**

*Los resultados del estudio empírico permiten identificar tres tipos de centros residenciales (A, B y C), considerando tanto su grado de orientación a la gestión de la calidad (aceptable, reducido o muy reducido) como su nivel de orientación al mercado (aceptable o reducido).*

De esta manera, el grupo A estaría formado por aquellos centros residenciales con un mayor nivel de orientación al mercado y a la gestión de la calidad. Estos centros suponen el 29,2% del total de los centros residenciales de la CAPV. El grupo C incluiría a las residencias más rezagadas en ambas cuestiones, es decir, con un nivel de orientación al mercado reducido y un grado de gestión de la calidad reducido o muy reducido. Este grupo estaría formado por el 38,7% de los centros residenciales. El grupo B representaría una situación intermedia e incluiría, por un lado, a aquellas residencias que, con un nivel de orientación al mercado aceptable, no están avanzando con pasos claros en el desarrollo de los principios de la gestión de la calidad, y, por otro lado, a aquellos centros residenciales que, con una implantación aceptable de los principios de la gestión de la calidad, su grado de orientación al mercado es reducido. Este último grupo estaría formado por el 32,1% de las residencias de la CAPV.

Encontramos diferencias significativas a la hora de utilizar herramientas de marketing y modelos e instrumentos de gestión de la calidad según el tipo de centro residencial.

Así, la utilización de folletos explicativos de la organización y de los servicios que presta, la realización de una memoria anual de actividades, las visitas planificadas para usuarios potenciales, los protocolos de acogida al residente y la existencia de un plan de marketing es significativamente superior en las residencias que conforman el grupo A. Su nivel de utilización es muy bajo en el caso de los

centros residenciales que pertenecen al grupo C. Las organizaciones del grupo B ocupan una posición intermedia en cuanto al nivel de empleo de estos instrumentos.

Por otro lado, un 60% de las residencias del grupo A han adoptado algún modelo de gestión de la calidad. Esta implantación es mucho menor, del 29,5% y del 17%, en el caso de los centros que pertenecen a los grupos B y C, respectivamente.

Por último, el grado de utilización de equipos de mejora, sistemas de sugerencias, encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios y a la plantilla, gestión por procesos, gestión por indicadores, planes de reconocimiento del personal, planes de comunicación interna y cartas de servicio también es significativamente mayor en aquellos centros residenciales que pertenecen al grupo A respecto a los que pertenecen a los otros dos grupos.

### **Conclusión decimonovena**

*Un modelo de gestión dirigido a un centro residencial para personas mayores debe integrar, por un lado, una dimensión centrada en los procesos y en su mejora, es decir, en la calidad de la gestión, y, por otro lado, una dimensión centrada en la satisfacción percibida por los usuarios como consecuencia de la atención recibida, es decir, en la calidad de vida del residente.*

Esta dimensión de la calidad centrada en la atención y en calidad de vida de los residentes, sustantiva en nuestra opinión, se aborda, en ocasiones, de manera nominal sin valorar en su medida el efecto que la mejora continua tiene en la calidad de vida experimentada por los usuarios. En este sentido, como ha sido señalado durante la realización de este trabajo, la literatura especializada incide en que el concepto de calidad asistencial va mucho más allá que el de un sistema de calidad estandarizado y que pueda ser certificado. Así, la calidez de los ambientes, las relaciones sociales y afectivas, los procesos de comunicación entre personas, el derecho a la intimidad y otros factores de esta naturaleza son aspectos cualitativos que tienen gran importancia al definir la calidad asistencial.

En el modelo propuesto en el capítulo décimo de la Tesis Doctoral, hemos incluido como compromisos a adquirir por parte de la dirección, entre otros, el respeto de los derechos de los residentes y familiares, la definición de una carta de servicios, la utilización de manuales de buenas prácticas y la formación del personal.

Por otro lado, en el área operativa el centro residencia deberá desarrollar sus estructuras y procesos, establecer una tipología de servicios y describir la metodología para la prestación de los mismos.

Como tercera parte del modelo, destacamos una serie de herramientas que permiten realizar el seguimiento y medición de los resultados obtenidos y que posibilitan la mejora continua. De esta forma, el centro residencial deberá establecer un procedimiento que permita medir la satisfacción de los residentes, de sus familiares y del personal; realizar una evaluación interna o externa; crear equipos de mejora; y, en su caso, presentarse a la acreditación.

Por tanto, en el modelo hemos incluido aquellos elementos, acciones o herramientas que, en nuestra opinión, pueden contribuir a mejorar el nivel de calidad asistencial y a elevar el grado de satisfacción de los residentes y de sus familiares y que, por tanto, constituyen los pilares sobre los que debe diseñarse, en nuestra opinión, un modelo de gestión de la calidad dirigido a los centros residenciales para personas mayores.

Este modelo deberá adaptarse a los residentes y a las características de la residencia, y ser un instrumento válido para garantizar y mejorar la calidad asistencial. Por ello, será la residencia la que, en función de su dimensión y recursos, desarrolle con mayor o menor profundidad los elementos propuestos en el modelo.

Para finalizar, en la tabla 11.1 recogemos la correspondencia entre los objetivos planteados y las conclusiones obtenidas en la Tesis Doctoral.

**Tabla 11.1: Correspondencia entre los objetivos planteados y las conclusiones obtenidas**

<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b> <i>Describir y explicar la relación existente entre la gestión de la calidad y la filosofía de marketing en los centros residenciales para personas mayores</i>	
<b>OBJETIVOS SECUNDARIOS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
1. Presentar de forma sistemática los aspectos más relevantes de la realidad, el contexto, la situación y las perspectivas de los centros residenciales para personas mayores de nuestro entorno	8, 9, 10, 11
2. Evaluar la incidencia de la adopción de los principales modelos genéricos de gestión de la calidad en el ámbito de los centros residenciales para personas mayores, examinando cuáles han sido las motivaciones para su implantación	2, 3, 4, 5, 6
3. Estimar el grado de utilización de modelos de gestión de la calidad especializados en el sector residencial	2, 3
4. Estudiar el nivel de utilización de diversas herramientas de gestión en el sector residencial	7
5. Diseñar y validar una escala específica que permita evaluar el grado en que una residencia para personas mayores adopta los principios de la gestión de la calidad	14, 15
6. Evaluar el grado de utilización de las actividades de marketing por parte de las organizaciones del sector	1
7. Diseñar y validar una escala específica que permita evaluar el nivel de orientación al mercado de los centros residenciales para personas mayores	12, 13
8. Determinar la relación existente entre los conceptos de gestión de la calidad y orientación al mercado en el sector objeto de estudio	16, 17, 18
9. Plantear un modelo de gestión, sugiriendo sus aspectos o pilares fundamentales, que tomando los aspectos que consideremos adecuados de los modelos e instrumentos estudiados, se adapte mejor a la realidad de los pequeños y medianos centros residenciales	19

Fuente: Elaboración propia.

## 11.2. Implicaciones prácticas para la gestión

A continuación sugerimos una serie de recomendaciones dirigidas a los responsables de la gestión de las organizaciones del sector objeto de estudio, así como a las Administraciones Públicas encargadas de la inspección de las mismas.

Comenzaremos señalando que, en nuestra opinión, no cabe duda de que la introducción de la corriente de la calidad ha sido muy positiva para un número importante de organizaciones del ámbito estudiado. Ha ayudado a las organizaciones a reflexionar en términos estratégicos, a mirarse hacia dentro, pero también hacia fuera, tomando siempre como referencia la figura de los usuarios que han de satisfacer.

Pero, asimismo, esta corriente ha ayudado a que las organizaciones reflexionen también en términos operativos, pues son muchas las que se han dotado de indicadores, programas y herramientas de mejora concretas. Ha sido, además, un factor motivador para muchas personas involucradas en la gestión; entre otros motivos porque, al utilizar unos sistemas, modelos y herramientas comunes a otros sectores de actividad, se han visto equiparadas u homologadas a otras organizaciones de otros sectores, como el industrial, que se han caracterizado siempre por un marchamo de eficiencia superior.

Con todo, y como no podría ser de otra forma, toda esta corriente de modelos, sistemas y herramientas para la mejora de la calidad también ha tenido sus claroscuros. En muchas organizaciones, por ejemplo, la calidad se ha entendido como una actividad funcional específica de las organizaciones, como “una actividad extra”, en lugar de entenderla como una función transversal dentro de la actividad de dirección y gestión de los centros; en trabajar más, en suma, en lugar de en trabajar mejor. Y es que los valores positivos que incorpora el mecanismo de la documentación de procesos en procedimientos, por ejemplo, pueden degradarse fácilmente si se convierte en una tarea adicional que debe realizarse para “cubrir el expediente”. Es entonces cuando la adopción de estas herramientas, sistemas o modelos se pueden convertir más en un fin en sí mismo, que en un medio para

mejorar la gestión de la organización, y por ende, la calidad del servicio que se ofrece a los usuarios.

A pesar de la complicada situación por la que atraviesa hoy día el sector residencial en la CAPV, provocada, entre otros factores, por la existencia de plantillas insuficientes que, aún cumpliendo los requisitos mínimos legalmente establecidos, no tienen la dimensión deseable en términos de calidad asistencial, consideramos ineludible que los centros residenciales modifiquen sus esquemas tradicionales y se adapten a los continuos cambios y a las nuevas demandas de la sociedad.

En este sentido, aunque la implantación de los modelos de gestión de la calidad pueda ser considerada positiva, pensamos que sus técnicas no deben adoptarse de forma mimética sin que exista detrás un pensamiento crítico. Los centros que utilizan la norma ISO 9001, el modelo de gestión de la calidad más implantado en el sector, destacan la incidencia que ésta ha tenido en la sistematización y formalización de las tareas. Sin embargo, si los modelos genéricos no se orientan a la atención asistencial se corre el riesgo de que su implantación se convierta en un simple formalismo burocrático sin ninguna relación con la calidad asistencial. Por ello, quizás sería necesario desarrollar modelos alternativos a los sistemas generales de garantía de calidad, que pudieran ser más idóneos y rentables para las organizaciones, sobre todo para las de menor dimensión, evitando un exceso de papeles y normas descriptivas, para concentrar las energías en una mejora efectiva de la calidad asistencial.

Así, a la espera del desarrollo de nuevos modelos, recomendamos que, independientemente de la consecución de diferentes certificaciones, *se adopten o sirvan de guía los modelos de gestión específicos del sector*, de manera que todas las actuaciones vayan enfocadas a la mejora de la calidad asistencial y a la satisfacción del usuario. La implantación total o parcial de estos modelos, así como la utilización de herramientas de mejora como la reflexión estratégica, las cartas de servicio, el análisis de las expectativas de la ciudadanía, los cuestionarios de satisfacción dirigidos a usuarios y empleados, la identificación de procesos clave y la

simplificación de los mismos, los manuales de buenas prácticas, la formación del personal, etcétera, permitirá al centro residencial solicitar homologaciones a la Administración, detectar no conformidades y obsolescencias surgidas con el paso del tiempo, proponer mejoras y nuevos ejes de actuación y, sobre todo, mejorar la calidad asistencial y la vida residencial, prestando, de esta manera, los servicios que una sociedad cada vez más exigente solicita. Entendemos que la introducción de este tipo de procedimientos y herramientas supone ya un salto cualitativo y una mejora clara en la intervención y gestión de estas organizaciones.

De esta forma, estas organizaciones podrían acercarse progresivamente a la cultura de la calidad, desarrollando algunos procedimientos y utilizando unas herramientas básicas que preparen la posible adopción futura de sistemas de calidad, evitando, de esta forma, la complejidad de implantar un modelo de gestión de la calidad.

Por otro lado, la *realización de acciones de marketing* permitiría a las organizaciones del sector disfrutar de las ventajas competitivas derivadas de un mejor conocimiento de las necesidades sociales que atender y de su evolución prevista, de una comunicación con el mercado que sea coherente y que informe de la manera más conveniente acerca de los servicios ofertados por la residencia y, en caso de adaptar los servicios ofrecidos a las necesidades observadas, de las ventajas competitivas derivadas de la satisfacción de las expectativas de los residentes y de sus familiares.

En cualquier caso, *el centro residencial debe hacer todo lo necesario para medir la satisfacción de los residentes y de sus familias*. Para ello, se recomienda establecer por escrito una metodología que detalle, además de los instrumentos a utilizar para determinar el nivel de satisfacción de los residentes, quiénes son los responsables, la periodicidad, el análisis de los datos y las propuestas de mejora. Así, una vez evaluado el grado de satisfacción de los residentes y familiares con la residencia, se realizará un informe que será la base para emprender acciones que permitan avanzar en una mejor calidad asistencial.

La residencia debe *apostar por la mejora continua de la calidad asistencial*, por lo que recomendamos que se adopte algún modelo que asegure que la misión, visión y valores de la misma se desarrollan garantizando el cumplimiento normativo, velando por el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los residentes, prestando una asistencia integral en función de las necesidades personales y buscando la satisfacción de todos los intervinientes: usuarios, familiares, profesionales, Administración y sociedad en general.

De nuestra investigación hemos podido concluir de forma muy clara que, en el proceso asistencial de una residencia, el personal que tiene relación directa con los residentes es el factor clave de la calidad asistencial ofrecida por la organización. En efecto, una atención de calidad se conseguirá únicamente con un personal motivado, comprometido y con un perfil asistencial. Por ello, todas aquellas actividades que contribuyan a la mejora de la motivación del personal, así como a su participación activa en la toma de decisiones del centro residencial, serán esenciales en cualquier modelo de gestión. Asimismo, consideramos necesario que el personal tenga una serie de habilidades que le permita comunicarse eficazmente, ser empático con las situaciones personales de los demás, manejar conflictos y motivar a quienes se atiende para que sigan manteniendo sus niveles de autonomía y protagonismo personales. Para ello, el centro residencial *deberá impulsar y apoyar la formación en materia asistencial y comunicacional* orientada a mejorar, entre otras cuestiones, la actitud, la corrección, la amabilidad y la empatía del personal, es decir, a mejorar la calidad del trato al residente.

Para finalizar, en nuestra opinión, *las Administraciones Públicas deberían dar un nuevo impulso que permitiera generalizar en el sector la adopción de modelos de calidad y, preferentemente, la implantación de los modelos de gestión específicos del sector* que han ido surgiendo en la última década o nuevos modelos de gestión que puedan desarrollarse en el futuro.

También pensamos que *la inspección de los centros residenciales para personas mayores por parte de la Administración sigue siendo una asignatura pendiente*, a pesar de la importancia que ésta tiene. Consideramos que la inspección

debería incluir instrumentos de control de carácter cualitativo, capaces, más allá de las verificaciones materiales y de ratios profesionales, de ayudar a los inspectores a determinar si las pautas asistenciales son las adecuadas para garantizar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias.

### **11.3. Limitaciones de la investigación**

El objetivo de este apartado es poner en relieve algunos aspectos, relacionados con el tipo de investigación y la metodología utilizada para el desarrollo del presente estudio, que pueden dificultar la generalización de las conclusiones expuestas y que, por tanto, deberán tenerse en cuenta en futuros trabajos de investigación.

Así, en primer lugar, se ha de tener en cuenta que el instrumento que se ha utilizado para medir la orientación al mercado y a la gestión de la calidad está basado en las percepciones de los directivos entrevistados y las respuestas, por tanto, poseen un componente subjetivo importante. Además, aunque las percepciones de los directivos revelen un juicio global que evita la disparidad de puntos de vista en el interior de la empresa y la mayoría de las mediciones de la orientación al mercado consideren que los altos directivos de la empresa son las personas idóneas para evaluar el grado de orientación al mercado (Bigné y Blesa, 2002, p. 44), en nuestra opinión se debería considerar también la opinión de los usuarios y, especialmente en la valoración de la orientación a la gestión de la calidad, la opinión de los empleados de la organización.

Asimismo, dada la complejidad de los constructos estudiados, posiblemente hubiera sido deseable emplear más ítems en su medición. Creemos, no obstante, que alargar excesivamente el cuestionario hubiera tenido un efecto negativo en el índice de respuesta alcanzado y, por ello, el tamaño muestral obtenido podría haber sido insuficiente.

Por otro lado, como resultaba previsible, las residencias para personas mayores de menor dimensión han mostrado un menor interés en responder al cuestionario y, por ello, están menos representadas en la muestra. Por otra parte, como también era de esperar, los centros residenciales con algún modelo de gestión de la calidad implantado han respondido en mayor medida al cuestionario y, por tanto, tienen un peso mayor en la muestra del que les correspondería. Por tanto,

también se debe tener en cuenta estos hechos a la hora de interpretar y generalizar los resultados del estudio.

Hay que tener presente, por otra parte, el carácter transversal de la investigación, dado que ha sido realizada en un momento determinado, representando una visión estática de la situación y, por tanto, no reflejando las variaciones que se producen en el entorno y su efecto sobre las cuestiones y relaciones planteadas.

Además, consideramos importante volver a destacar el carácter heterogéneo del sector analizado. En efecto, tal y como se ha descrito con detalle en este trabajo de investigación, en el sector nos encontramos con centros residenciales de características muy diferentes entre sí y con problemáticas muy distintas, que pueden dificultar, en muchos casos, la implantación continuada de determinados paradigmas de gestión —entendido este término en sentido laxo—, como la gestión de la calidad, la gestión del conocimiento, el marketing o el propio paradigma de la innovación.

Para finalizar, pensamos que es conveniente señalar que el estudio empírico realizado no nos ha permitido responder a algunas de las preguntas que formulábamos en el capítulo introductorio de esta Tesis Doctoral. Nos referimos a las siguientes cuestiones:

- ¿Existe una relación entre la utilización de estos modelos de gestión de la calidad y la calidad asistencial ofrecida por las organizaciones del sector?

- ¿Existe una relación entre la utilización de estos modelos de gestión de la calidad y el nivel de satisfacción de los usuarios de los centros residenciales?

En efecto, contamos con las opiniones cualificadas de algunos responsables y trabajadores de estas organizaciones, expuestas a los investigadores personalmente y también expresadas a través de las respuestas dadas a las preguntas abiertas del cuestionario. De la misma forma, nuestra experiencia e intuición permitirían expresar nuestra opinión. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, responder a estas cuestiones de una manera concluyente exigiría un estudio más amplio y complejo, de

carácter longitudinal, dirigido, en parte, a los residentes y a sus familiares, y realizado, además, desde un enfoque multidisciplinar.

Como comentaremos en el siguiente epígrafe, se trata ésta de una línea de investigación en la que hemos comenzado a trabajar por considerar que es un tema actual y de gran interés.

#### **11.4. Aportaciones del estudio y futuras líneas de investigación**

Seguidamente, vamos a presentar las que, a nuestro juicio, son las principales aportaciones que estimamos haber realizado a lo largo de la realización de esta Tesis Doctoral, partiendo de la idea de que los conocimientos obtendrán valor en tanto en cuanto sean susceptibles de ser aplicados en la mejora de la gestión de las organizaciones del sector analizado.

Por un lado, entendemos haber efectuado una amplia revisión literaria que puede ser utilizada como referencia en futuros estudios relacionados con el sector. Así, de la primera parte de este trabajo, merecen una especial relevancia, en nuestra opinión, el capítulo segundo, en el que se expone la existencia de vínculos importantes entre el marketing y la gestión de la calidad; el capítulo sexto, donde se estudian las características del sector de los centros residenciales para personas mayores en la CAPV; el séptimo, que analiza las herramientas de marketing y los modelos e instrumentos de gestión específicamente dirigidos al sector de las residencias para personas mayores; y el octavo capítulo, que estudia la implantación de herramientas y modelos de gestión de la calidad en los centros residenciales de la CAPV.

De esta forma, hemos tratado de conceptualizar y de contextualizar aspectos relacionados con la gestión de la calidad y con la calidad asistencial en el ámbito del sector de los servicios residenciales para personas mayores.

Por otro lado, en la última parte del estudio teórico y como fruto de la investigación realizada, hemos propuesto un modelo de cuestionario de satisfacción dirigido a usuarios de centros residenciales que puede ser adaptado a las particularidades de cualquier centro residencial, y, además, hemos perfilado un procedimiento y una serie de recomendaciones en cuanto a la sistemática de obtención de la información de residentes y familiares que tiene como objeto la mejora de la calidad asistencial ofrecida por la organización.

Asimismo, hemos propuesto un esquema-modelo de mejora de la calidad específico para las organizaciones objeto de estudio que trata de responder a las necesidades detectadas en el sector y en el que se resumen las principales cuestiones abordadas en la Tesis Doctoral.

Esta aportación, que tiene un carácter práctico, está destinada a ser el embrión de un modelo de gestión, específicamente dirigido al sector residencial, que garantice la calidad asistencial ofrecida a las personas mayores. Un modelo que debería ser adaptable a las características y circunstancias de la residencia, estar orientado al usuario, estar basado en la participación activa de todas las personas que trabajan en la organización, y ser un instrumento válido para la garantía y mejora de la calidad asistencial.

En definitiva, pensamos que, mediante este trabajo de Tesis Doctoral, podemos contribuir, desde el ámbito universitario, a la mejora de la situación del sector analizado, no solo por el progreso del conocimiento en relación a las cuestiones analizadas sino, además, porque hemos obtenido unas conclusiones y realizado unas recomendaciones concretas y de aplicación práctica, que deseamos resulten de utilidad para los responsables de la gestión de estas organizaciones.

En este sentido, nos interesa señalar que algunos de los resultados de esta investigación ya han sido publicados en diferentes revistas, otros se encuentran en proceso de publicación, y la parte sustancial del trabajo esperamos difundirla próximamente, por un lado en revistas de menor impacto pero dirigidas a las organizaciones del sector analizado, y por otro, en revistas de carácter científico de ámbito nacional e internacional dirigidas a la comunidad académica especializada.

Además, el conocimiento generado se difundirá al alumnado del programa de postgrado de “Especialista en dirección y gestión de programas y centros gerontológicos y sociosanitarios”, en el que impartimos docencia. En efecto, el desarrollo de este programa de estudio de postgrado supuso una oportunidad inmejorable para contactar con directivos y expertos del sector objeto de estudio. Ahora, los resultados obtenidos del estudio realizado y los conocimientos adquiridos

durante su elaboración revertirán al alumnado del postgrado, actuales y futuros directivos del sector.

En este sentido resulta especialmente reseñable, a nuestro entender, el Proyecto Bikainlan, aprobado en julio de 2010 en el marco del programa de promoción de la actividad emprendedora Ekintzaile/Txekintek, financiado, de forma conjunta, por la SPRI (Sociedad para la Promoción y Reconversión Industrial) y el Departamento de Innovación y Sociedad del Conocimiento de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Se trata de un un Proyecto de creación de una empresa de servicios de consultoría estratégica para la mejora y la innovación de la gestión que se lleva a cabo en el ámbito sociosanitario. El Proyecto está orientado, en especial, a los prestadores de servicios de mediana y pequeña dimensión y a sus prescriptores, ya sea en el ámbito residencial de atención a personas mayores, como en el ámbito de la atención domiciliaria y en otros ámbitos similares. Es un Proyecto estrechamente ligado, en sus planteamientos teóricos, a los resultados de los Proyectos de Investigación reseñados previamente y a esta Tesis Doctoral. Se trata de un Proyecto que, de forma directa o indirecta, ha sido evaluado por determinados grupos de interés relevantes del entorno. Así, cabe referirse, por ejemplo, al Departamentos de Política Social y al Departamento de Innovación y Sociedad del Conocimiento de la Diputación Foral de Gipuzkoa, la Fundación Eguía-Careaga, el Centro de Empresa e Innovación Bic Gipuzkoa Berrilan y, como queda dicho, SPRI, que fue uno de los agentes que aprobó el Proyecto.

Por último, entendemos como aportación el haber dejado abiertas algunas líneas de investigación que pensamos pueden ser interesantes de cara al futuro. Asimismo, la planificación, la metodología y los resultados de esta investigación pueden resultar importantes para avanzar en la consecución de los nuevos objetivos de investigación de este doctorando y de otros compañeros del Departamento de Economía Financiera II de la UPV-EHU.

\*\*\*\*\*

En efecto, con la finalización de este trabajo de investigación doctoral no se pone punto y final a la línea de trabajo desarrollada en relación a la incidencia y efectos del marketing y de la gestión de la calidad en el ámbito sociosanitario, en general, y en de los centros residenciales para personas mayores de la CAPV en particular. Muy al contrario, el trabajo deja abiertos una serie de caminos en los que esperamos seguir trabajando en los próximos años.

Así, alguna cuestión que planteábamos en el primer capítulo de esta Tesis Doctoral ha quedado sin responder y, por otro lado, han ido surgiendo nuevos aspectos sobre los que pensamos es necesario profundizar. Entre estas cuestiones podemos señalar las siguientes:

- ¿Va a continuar extendiéndose la aplicación de los modelos de gestión de la calidad en el sector de las residencias para personas mayores? ¿Han alcanzado su máximo apogeo? ¿La coyuntura económica de estos últimos años está teniendo influencia en el desarrollo de estos modelos?

- ¿Qué motivos existen para no implantar los modelos específicos de gestión de la calidad en el sector residencial? ¿La utilización de modelos genéricos puede ser uno de ellos, es decir, adoptar un modelo genérico de gestión de la calidad, más conocidos y extendidos en el sector, puede traer consigo que se dejen de lado los modelos específicos del ámbito residencial?

- ¿La aplicación de modelos de gestión de la calidad, sean genéricos o específicos del sector, repercuten realmente en la calidad asistencial? ¿Significa la implantación de dichos modelos que los servicios que se ofrecen son mejores? ¿Tienen suficiente impacto en la satisfacción de los usuarios?

- ¿Se puede hablar de un efecto conjunto de la gestión de la calidad y la orientación al mercado sobre la satisfacción de los usuarios?

- ¿Qué alternativa se puede ofrecer a aquellos centros de pequeña dimensión que no desarrollan estos modelos por su complejidad y los recursos necesarios para su implantación? ¿Pueden adaptarse a la realidad de estos centros los modelos actuales?

Consideramos que el estudio realizado en la presente Tesis Doctoral resulta pertinente dirigirlo no solo a los centros residenciales de la CAPV, que es un entorno más conocido y cercano para nosotros, sino que puede ampliarse al conjunto de los centros residenciales para personas mayores del Estado.

Igualmente, sería interesante comparar nuestro sistema de Servicios Sociales con el de otros países de nuestro entorno. En concreto, un estudio de los modelos de gestión que utilizan los centros residenciales de otros países de la Unión Europea, más exhaustivo que el realizado, sería de gran utilidad. Nos interesa, entre otros, analizar el caso francés, ya que su proximidad geográfica facilitaría realizar contactos personales y visitar las organizaciones del sector.

También creemos que resulta razonable continuar analizando en profundidad si las herramientas que provienen del ámbito de la normalización de sistemas de gestión se adaptan de forma adecuada a este ámbito específico de actividad o si, por el contrario, resulta necesario profundizar en el terreno de los modelos de gestión específicos.

Por otro lado, sería interesante indagar en los motivos que llevan a las organizaciones del sector a adoptar o no los diferentes instrumentos y modelos de gestión de la calidad. Los estudios empíricos, llevados a cabo tanto a nivel internacional como a nivel nacional, que han analizado la motivación para la implantación de estándares, –resultan destacables, entre otros, los realizados por Heras, 2001; Escanciano *et al.*, 2001; Casadesús *et al.*, 2001; Martínez y Martínez, 2004; y Llopis y Tarí, 2003–, no llegan a un consenso respecto a sus conclusiones. Consideramos de interés centrar el estudio en el sector residencial y referirlo fundamentalmente a los modelos de gestión específicos del sector.

En otro orden de cosas, consideramos de gran interés analizar cómo se han ido configurando los servicios residenciales dirigidos a las personas mayores en las últimas décadas. De esta forma, se trataría de estudiar si estos servicios han sido diseñados como soluciones de oferta, es decir, desde los intereses de los prestadores de los servicios, o si, por el contrario, las soluciones que se han ofrecido son consecuencia de estudios del mercado o han sido impulsadas por los propios usuarios

de los servicios, y responden, por tanto, a las necesidades y deseos de las personas mayores.

Sin embargo, la principal línea de investigación que abrimos se refiere a la medida de la satisfacción del usuario en el sector residencial y al estudio de la correlación existente entre los diferentes modelos de gestión de la calidad y la satisfacción de los residentes. En efecto, si bien el paradigma de la calidad ha calado con fuerza en nuestro país en los últimos años, su focalización en la eficiencia interna de las organizaciones ha llevado a que no se analicen con detalle todos los aspectos directamente relacionados con la satisfacción de los clientes, lo que en teoría debería ser el objetivo claro de dichos sistemas.

De hecho, la mayoría de dichas investigaciones únicamente confirman la mejora de la imagen, la eficacia interna, la respuesta a la exigencia de los clientes y el impacto sobre la competitividad como principales beneficios de la implantación de la ISO 9001 o de modelos de gestión de la calidad total, sin hacer referencia explícita a la mejora de la satisfacción de los clientes (Casadesús *et al.*, 2001; Llopis y Tarí, 2003; Magd y Curry, 2003; Pan, 2003; Dick *et al.*, 2003; Wayhan y Balderson, 2007; Lambert y Ouedraogo, 2008; Lin y Jang, 2008; Kumar y Antony, 2008; Kumar *et al.*, 2009; Sampaio *et al.*, 2009, entre muchos otros).

Las dificultades relacionadas con la medida de la propia satisfacción de los clientes también han provocado, posiblemente, la falta de investigaciones en este sentido. En efecto, el estudio de la relación entre la utilización de los modelos de gestión de la calidad y la calidad asistencial ofrecida, en nuestro caso, por las organizaciones del sector residencial, exige realizar un estudio más profundo y complejo en el que los profesionales que trabajan en la atención directa, el resto de profesionales, los residentes y sus familiares tienen mucho que decir. Sin embargo, consideramos necesario que las condiciones del clima laboral del sector mejoren y se pueda desarrollar, de esta forma, una intervención orientada a la mejora que cuente con el adecuado grado de motivación y participación. Desafortunadamente, en el entorno de crisis económica en el que nos encontramos resulta difícil vislumbrar una evolución positiva de este factor a corto y medio plazo.

Se trata, a nuestro entender, de una línea de investigación de gran interés, correspondiente a un sector de actividad de gran relevancia social, en la que queda mucho trabajo por realizar y que puede ser fructífera en cuanto a impacto científico y social.

En este sentido, interesa señalar que en la actualidad nos encontramos trabajando en el marco del Proyecto de Investigación titulado “Mejora de la satisfacción de los clientes en las empresas españolas mediante modelos de gestión de la calidad total” (ECO2009-12754-C02-02), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, dentro de la convocatoria de ayuda a proyectos de I+D+i. Este proyecto tiene por objeto analizar, a nivel nacional, el impacto de los modelos y estándares relacionados con la gestión de la calidad en la satisfacción de los clientes, dejando de lado las motivaciones, dificultades y costes implicados. Además, se quiere proponer una serie de mejoras a realizar en los modelos de gestión de la calidad total de forma que éstos tengan una repercusión directa en la mejora de la satisfacción de los clientes.

Nos gustaría señalar, para finalizar, que los contactos que hemos logrado en el sector durante la realización de este trabajo de investigación, pueden ser un buen punto de partida para colaboraciones de interés de cara a futuro que pueden producir interesantes resultados, tanto académicos, como profesionales.

## **BIBLIOGRAFÍA**



## BIBLIOGRAFÍA

AARTS, F. y VOS, E. (2001): "The impact of ISO registration on New Zealand firms' performance: a financial perspective". *The TQM magazine*, vol. 13, nº 3, pp. 180-191.

ABELLÁN, A. (2002): "Persona mayor y demografía: ¿hacia dónde vamos?". *Siete Días Médicos*, especial geriatría, pp. 22-28.

ABRAHAMSON, E. (1991): "Managerial fad and fashion: the diffusion and rejection of innovations". *Academy of Management Review*, vol.16, nº 3, pp. 586-612.

ABRAHAMSON, E. (1996): "Management Fashion", *Academy of Management Review*, vol. 21, nº 1, pp. 254-285.

ABRAHAMSON, E. y EISENMAN, M. (2001): "Why Management Scholars Must Intervene Strategically in the Management Knowledge Market". *Human Relations*, vol. 54, nº 1, pp. 67-76.

ADAMSON, I. (2005): "Knowledge management: the next generation of TQM?". *Total Quality Management*, vol. 16, nº 8-9, pp. 987-1000.

ADANUR, S. y ALLEN, B. (1995): "First results on the effects of ISO 9000 in the US textile industry". *Benchmarking for Quality Management and Technology*, vol. 2, nº 3, pp. 41-52.

ADENSO-DÍAZ, B.; GONZÁLEZ-TORRE, P. y GARCÍA, V. (2002): "A capacity management model in service industries". *International Journal of Service Industry Management*, vol. 13, nº 3, pp. 286-302.

AENOR (1994): *UNE-EN-ISO 9000-1:1994. Gestión de la calidad y elementos del sistema de calidad. Parte 1: Directrices*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2000a): *Norma ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad: Fundamentos y vocabulario*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2000b): *Norma ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad: Requisitos*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid

AENOR (2000c): *Norma ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad: Directrices para la mejora del desempeño*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2000d): *Norma UNE 158001:2000. Gestión de servicios en las residencias de mayores. Gestión integral*, Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid

AENOR (2005): *Normas UNE-EN-ISO 9004:2000 y UNE 66174:2003. I Sistemas de gestión de la calidad*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2007a): *Norma UNE 158201:2007. Gestión de centros de día y de noche. Requisitos*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2007b): *Norma UNE 158301:2007. Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio. Requisitos*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2007c): *Norma UNE 158401:2007. Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AENOR (2008): *Norma UNE 158101:2008. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos*. Asociación Española de Normalización y Certificación, Madrid.

AGUIRRE GARCÍA, M.S. (2000): *Marketing en sectores específicos*. Pirámide, Madrid.

AGUIRRE GARCÍA, M.S.; ALBIZU, E.; CHARTERINA, J. y LANDETA, J. (2006): “Análisis empírico descriptivo de las prácticas y técnicas de gestión de las empresas vascas”. *Ekonomiaz*, vol. 62, 2º cuatrimestre, pp. 314-343.

AGUIRRE GARCÍA, M.S. y APARICIO DE CASTRO, M.G. (2002): “La gestión de calidad y el marketing interno como factores de competitividad en empresas de servicios: el caso de empresas vascas de servicios con gestión avanzada”. *Cuadernos de Gestión*, vol. 2, nº 2, pp. 27- 49.

AGUIRRE-GAS, H. (1990): “Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas”. *Salud Pública*, México, vol. 32, nº 2, pp. 170-180.

AHIRE, S.L. y O’SHAUGHNESSY, K.C. (1998): “The role of top management commitment in quality management: an empirical analysis of the auto parts industry”. *International Journal of Quality Science*, vol. 3, nº 1, pp. 5-37.

ALBARRÁN, I.; AYUSO, M.; GUILLÉN, M. y MONTEVERDE, M. (2001): “Medición del envejecimiento y discapacidad de la población en España a partir de la esperanza de vida residual”. Disponible en: <[www.actuarios.org/espa/anales/2001/Albarr%E1n-2001.pdf](http://www.actuarios.org/espa/anales/2001/Albarr%E1n-2001.pdf)>.

ALBIZU, E. y OLAZARAN, M. (2003): *Reingeniería y cambio organizativo: teoría y práctica*. Prentice Hall, Madrid.

ALBRECHT, K. y ZEMKE, R. (1985): *Service America: Doing business in the new economy*. Dow Jones-Irwin, Homewood, IL.

ALEMÁN, M.C. (2002): “El sistema público de Servicios Sociales en España”, en FERNÁNDEZ, T. y ARES, A. (2002): *Servicios Sociales: dirección, gestión y planificación*. Alianza editorial, Madrid, pp. 15-26.

ALEMÁN, M.C. (2004a): “Los Servicios Sociales en la democracia: la Constitución de 1978”, en ALEMÁN, M.C.; y FERNÁNDEZ, T. (2004): *Introducción a los Servicios Sociales*. UNED, Madrid. pp. 225-278.

ALEMÁN, M.C. (2004b): “Las necesidades sociales, el bienestar y los Servicios Sociales”, en ALEMÁN, M.C. y FERNÁNDEZ, T. (2004): *Introducción a los Servicios Sociales*. UNED, Madrid, pp. 333-370.

ALEMÁN, M.C. y GARCÉS, J. (dirs.) (1996): *Administración social: servicios de bienestar social*. Siglo XXI, Madrid.

ALEMÁN, M.C. y GARCÉS, J. (coords.) (1998): *Política social*. McGraw-Hill, Madrid.

ALONSO, J.M. y GONZALO, B. (1997): *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Boletín Oficial del Estado, Madrid.

ALONSO, M; BARCOS, L. y MARTÍN, J.I. (2006). *Gestión de la calidad de los procesos turísticos*. Síntesis, Madrid.

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I.; VÁZQUEZ CASIELLES, R. y SANTOS VIJANDE, M.L. (1999): "Resultados de la orientación al mercado: evidencias empíricas de las organizaciones no lucrativas". *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, vol. 5, nº 3, pp. 19-40.

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I.; SANTOS VIJANDE, M.L. y VÁZQUEZ CASIELLES, R. (2000): "Análisis cultural y operativo de la orientación al mercado. Efectos moderadores en la relación OM-resultados". *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, vol. 4, nº 1, pp. 7-41.

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I.; VÁZQUEZ CASIELLES, R. y SANTOS VIJANDE, M.L. (2003): "Antecedentes de la orientación al mercado en el ámbito de las organizaciones privadas no lucrativas". *Cuadernos de economía y dirección de la empresa*, nº 15, pp. 67-98.

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I.; VÁZQUEZ CASIELLES, R. y SANTOS VIJANDE, M.L. (2005): "Escalas de medida del concepto de orientación al mercado: revisión crítica de su contenido y de sus propiedades psicométricas". *ESIC market*, nº 120, pp. 121-202.

ANDERSON, P.F. (1982): "Marketing, strategic planning and the theory of the firm", *Journal of Marketing*, nº 46, pp. 15-26.

ANDERSON, S.W.; DALY, J.D. y JOHNSON, M.F. (1999): "Why firms seek ISO 9000 certification: regulatory compliance or competitive advantage?". *Production and Operations Management*, vol. 8, nº 1, pp. 28-43.

ANDERSON, J.; RUNGTUSANATHAM, M. y SCHROEDER, R. (1994): "A theory of quality management underlying the Deming management method". *The Academy of Management review*, vol. 19, nº 3, pp. 472-509.

ANDERSON, J.C. y GERBING, D.W. (1988): "Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach". *Psychological bulletin*, vol. 103, nº 3, pp. 411-423.

ANDERSON, M. y SOHAL, A. S. (1999): "A study of the relationship between quality management practices and performance in small business". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 16, nº 9, pp. 859-877.

ANTONY, J.; LEUNG, K.; KNOWLES, G. y GOSH, S. (2002): "Critical success factors of TQM implementation in Hong Kong industries". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 19, nº 5, pp. 551-556.

APARICIO, G. (2000): "Marketing de servicios", en AGUIRRE GARCÍA, M.S. (2000): *Marketing en sectores específicos*. Pirámide, Madrid, pp. 101-128.

ARANA, G. (2003): *Análisis de la incidencia y los resultados de la gestión de la calidad en las empresas de la CAPV*. Tesis doctoral, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Donostia-San Sebastián.

ARANA, G.; HERAS, I.; OCHOA, C. y ANDONEGI, J.M. (2003): "Incidencia de la Gestión de la Calidad en los resultados de las empresas: un estudio para el caso de las empresas vascas". *Revista de Dirección y Administración de Empresas*, Donostia-San Sebastián, nº 11, pp. 131-139.

ARARTEKO (2005): *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Ararteko y Centro de Documentación y Estudios - SiiS, Vitoria-Gasteiz.

ARARTEKO (2007): *Informe extraordinario sobre la atención a personas mayores en la CAPV*. Ararteko y Centro de Documentación y Estudios - SiiS, Vitoria-Gasteiz.

ARAUJO, A.; BARRUTIA, J. y LANDETA, J. (1994): "Orientaciones para una actuación pública en un contexto de comportamiento estratégico de los centros proveedores de salud". VIII Congreso Nacional - IV Congreso Hispano-Francés, Cáceres, vol. 1, pp. 1097-1110.

ARBUCKLE, J.L. (2000): *Exploratory structural equation modeling*. Fordham University, departament of psychology colloquium series, Nueva York.

ARCELAY, A. (1999): "Gestión de procesos". *Calidad Asistencial*, nº 14, pp. 245-246.

ARCELAY, A.; HERNÁNDEZ, L.; INCLÁN, G.; BACIGALUPE, M.; LETONA, J. y GONZÁLEZ, R. (1998): "Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el modelo europeo de gestión de calidad total", *Calidad Asistencial*, nº 13, pp. 414-418.

ARIAS, B. (2008): “Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con Lisrel, Amos y Sas”, en VERDUGO, M.A.; CRESPO, M.; BADÍA, M. y ARIAS, B. (coords.) (2008): *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. SAID, Salamanca, pp. 75-121.

ARIÑO, M. (1996): “El trabajo social y los servicios sociales”, en ALEMÁN, M.C. y GARCÉS, J. (dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Siglo XXI, Madrid, pp. 19-28.

ARRIOLA, E. e INZA, B. (1999): *Protocolos de atención en residencias para personas mayores*. Diputación Foral de Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián.

ASHER, M. (1996): *Managing quality in the service sector*. Kogan Page, Londres.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE MARKETING (AMA) (2009): Definición de marketing consultada en: <[www.marketingpower.com](http://www.marketingpower.com)>.

ATUAHENE-GIMA, K. (1996): "Differential potency of factors affecting innovation performance in manufacturing and services firms in Australia". *Journal of Product Innovation Management*, vol. 13, nº 1, pp. 35-52.

AUSTIN, M.J. (1990): "Planning in service organizations". *SAM Advanced Management Journal*, vol. 55, nº 3, pp. 7-12.

BABIN, B.J. y BOLES, J.S. (1998): “Employee behavior in a service environment: a model and test of potential differences between men and women”. *Journal of Marketing*, vol. 62, abril, pp. 77-91.

BADÍA, A. (2001): *Calidad, modelo ISO 9001 versión 2000*. Deusto, Bilbao.

BADRI, M. A.; DAVIS, D. y DAVIS, D. (1995): “A study of measuring the critical factors of quality management”. *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 12, nº 2, pp. 36-53.

BAGOZZI, R.P. (1981): "Evaluating structural equations models with unobservables variables and measurement error: a comment". *Journal of Marketing Research*, vol.18, agosto, pp. 375-381.

BAGOZZI, R.P. (1994): “Structural equation modeling marketing research: basic principles”, en BAGOZZI, R.P. (ed.) (1994): *Principles of Marketing Research*. Blackwell Publishers, Oxford, pp. 317-385.

BAGOZZI, R.P. y PHILLIPS, L.W. (1982): “Representing and testing organizational theories: a holistic construal”. *Administrative Science Quarterly*, vol. 27, nº 3, pp. 459-489.

BAGOZZI, R.P. y YI, Y. (1988): “On the evaluation of structural equation models”. *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 16, nº 1, pp. 74-94.

BALABANIS, G.; STABLES, R., y PHILIPS, H. (1997): “Market orientation in the top 200 British charity organizations and its impact on their performance”. *European Journal of Marketing*, vol. 31, nº 8, pp. 583-603.

BALDRIGE NATIONAL QUALITY PROGRAM (2006): *2006 Criteria for performance excellence*. American Society for Quality, Milwaukee.

BARBERO, I. (2008): “Sistemas de gestión de la calidad en el tercer sector de acción social: situación actual y propuestas de futuro”. *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 43, pp. 7-18.

BARBERO, I. y DÍEZ, V. (2009): “Orientaciones para la implantación progresiva de sistemas de calidad en los servicios sociales locales de la CAPV”. *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 45, pp. 39- 47.

BARRASA, J.I. y AIBAR, C. (2003): “¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática”. *Calidad Asistencial*, nº 18, pp. 414-424.

BARRIGA MARTÍN, L.A. (2000): “Calidad en los servicios sociales reflexiones sobre la calidez total”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 49, pp. 31-62.

BARRIGA MARTÍN, L.A. (2010): *Evolución gráfica de la gestión del SAAD por Comunidades Autónomas. Asociación Estatal de Directores/as y gerentes de Servicios Sociales*. Disponible en: <[www.scribd.com/InformeDependencia/d/2596-6107](http://www.scribd.com/InformeDependencia/d/2596-6107)>.

BARROSO, C. y MARTÍN ARMARIO, E. (1999): *Marketing Relacional*. ESIC, Madrid.

BARROSO, C.; CEPEDA, G. y ROLDÁN, J.L. (2005): “Investigar en Economía de la Empresa: ¿Partial Least Squares o modelos basados en la covarianza?”. XIX Congreso anual de AEDEM, Vitoria-Gazteiz, vol. 1 (ponencias), pp. 625-634.

BARROSO, C. y SÁNCHEZ DEL RÍO, M.E. (2002): “Influencia de la orientación al mercado sobre la actitud y comportamiento del empleado en una empresa de servicios”. *Revista Española de Investigación de Marketing*, vol. 6, nº 2, pp. 7-32.

BARTLETT, C. y GHOSHAL, S. (1990): “Matrix management: not a structure, a frame of mind”. *Harvard Business Review*, vol. 68, nº 4, pp. 138-145.

BATESON, J. y HUI, M. (1987): “Perceived control as a crucial perceptual dimension of the service experience: an experimental study”, en SUPRENTANT, C., (ed.) (1987): *Add Value to Your Service*. American Marketing Association, Chicago, pp. 187-192.

BATHIE, D. y SARKAR, J. (2002): “Total quality marketing (TQMk): a simbiosis”, *Managerial Auditing Journal*, vol. 7, nº 5, pp. 241-244.

BATISTA, J.M. y COENDERS, G. (2000): *Modelos de ecuaciones estructurales*. Hespérides, Salamanca.

BAYO, A. y MERINO, J. (2003): “The status of quality departments: empirical evidence for the spanish manufacturing industry”. *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 20, nº 5, pp. 569-584.

BAZO, M.T. (2008): “Personas mayores y solidaridad familiar”. *Política y Sociedad*, vol. 45, nº 2, pp. 73-85.

BEATTIE, K.R. y SOHAL, A.S. (1999): “Implementing ISO 9000: a study of its benefits among Australian organizations”. *Total Quality Management*, vol. 10, nº 1, pp. 95-106.

BECKHAM, J.D. (1992): “Expect the unexpected in health care marketing future”, *The Academy Bulletin*, julio, p. 3.

BÉLAND, F. y ZUNZUNEGUI, M.V. (1995): “Envejecer en Leganés”, *Revista de Gerontología*, nº 5, pp. 207-214.

BELLO, L.; POLO, Y. y VÁZQUEZ, R. (1999): “Recientes aportaciones del marketing a la cultura corporativa y a la obtención de ventajas competitivas”. *Papeles de Economía Española*, nº 78-79, pp. 190-211.

BERMÚDEZ, LL. y GUILLÉN, M. (2008): “Algunas implicaciones sociales de la longevidad y la dependencia”. *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 44, pp. 19- 29.

BERNÉ, C.; PEDRAJA, C.M. y RIVERA, P. (1994): “Los determinantes de la actitud del consumidor ante la publicidad: un estudio exploratorio”. *VII Encuentros de Profesores de Marketing*, Donostia-San Sebastián, pp. 191-202.

BERNSTEIN, D. (1985): *Company image and reality: a critique of corporate communications*. Holt, Rinehart y Winston, Eastbourne.

BERRY, LL. (1980): “Services Marketing is Different”, *Business*, vol. 30, mayo-junio, pp. 24-30.

BERRY, LL. (1983): “Relationship Marketing”, en BERRY, L.L.; SHOSTACK, G. y UPAH, G. (1983): *Emerging perspectives in Services Marketing*. American Marketing Association, Chicago, pp. 25-28.

BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. y ZEITHAML, V.A. (1988): “The service quality puzzle”. *Business Horizons*, vol. 31, nº 5, pp. 34-35.

BERZOSA, G. (2006): “La calidad de servicio también es la calidad de trato”, en *III Jornadas sobre Calidad en los Centros de Servicios Sociales*. Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales. Gobierno de La Rioja, Logroño, pp. 71-82.

BERZOSA, B.; CAMARA, L. y CORREA, E. (2005): *La gestión de la calidad*. CIDEAL, Madrid.

BHUIAN, S.N. (1997): “Exploring market orientation in banks: an empirical examination in Saudi Arabia”. *The Journal of Services Marketing*, vol. 11, nº 5, pp. 317-328.

BHUIAN, S.N. (1998): "An empirical examination of market orientation in Saudi Arabia manufacturing companies". *Journal of Business Research*, nº 43, pp. 13-25.

BIGNÉ ALCANIZ, J.E.; ANDREU SIMÓ, L.; KÜSTER BOLUDA, I. y BLESA PÉREZ, A. (2006): "Orientación al mercado y la calidad. Efectos percibidos en agencias de viajes". *Annals of tourism research*, vol. 8, nº 1, pp. 96-113.

BIGNÉ ALCANIZ, J.E. y BLESA PÉREZ, A. (2002): "Una concepción ecléctica de la orientación al mercado y su escala de medición". *Revista española de investigación de marketing*, vol. 6, nº 2, pp. 33-58.

BIGNÉ ALCANIZ, J.E. y BLESA PÉREZ, A. (2004): "Grado de orientación al mercado: ¿Cuándo puede afirmarse que una organización está realmente orientada al mercado?". *Estudios sobre consumo*, nº 68, pp. 53-63.

BIGNÉ ALCANIZ, J.E.; KÜSTER BOLUDA, I. y BLESA PÉREZ, A. (2008): "Orientación al mercado, resultados e indicadores básicos de competitividad: interrelación en las agencias de viajes". *Revista española de investigación de marketing*, vol. 12, nº 1, pp. 97-122.

BIGNÉ ALCANIZ, J.E.; KÜSTER BOLUDA, I.; BLESA PÉREZ, A. y ANDREU SIMÓ, L. (2001): "La medición de la orientación al mercado en los sectores cerámico y turístico de la comunidad valenciana: propuesta y validación de una escala de medida". *Documentos de trabajo: Serie EC (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas)*, nº 14.

BIGNÉ, J.E.; MOLINER, M.A.; SÁNCHEZ, J. y VALLET, T.M. (1998): "La orientación al mercado de las empresas del sector azulejero español. La relación con los antecedentes externos y los resultados". *X Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing*, Santander, pp. 121-126.

BISP, S.; HARMSSEN, H. y GRUNERT, K. G. (1996): "Improving measurement of market orientation: an attitude/activity based approach", en BERÁCS, J.; BAUER, A. y SIMON, J. (eds.) (1996): *Proceedings of the 25<sup>th</sup> EMAC Conference*. Budapest, pp. 75-87.

BITNER, M.J. y HUBBERT, A.R. (1994): "Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: the customer's voice", en RUST, R.T. y OLIVER, R.L. (eds.) (1994): *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 72-94.

BLACK, S.A. y PORTER, L.J. (1995): "An empirical model for total quality management". *Total Quality Management*, vol. 6, nº 2, pp. 149-164.

BLACK, S.A. y PORTER, L.J. (1996): "Identification of the critical factors of TQM". *Decision Sciences*, vol. 27, nº 1, pp. 1-21.

BLIND, K. y HIPPEL, C. (2003): "The role of quality standards in innovative service companies: an empirical analysis for Germany". *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 70, nº 7, pp. 653-669.

BLOOR, D. (1991): *Knowledge and Social Imagery*. University of Chicago Press, Chicago.

BLUMENTHAL, D. (1996): "Perspectives on the quality of care". *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, nº 12, pp. 892-894.

BOADEN, R.J. (1997): "What is total quality management, and does it matter?" *Total Quality Management*, vol. 8, nº 4, pp. 153-171.

BOHÓRQUEZ RODRÍGUEZ, A. (coord.) (2004): *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Madrid.

BOLLEN, K.A. (1989): *Structural equations with latent variables*. John Wiley and Sons, Nueva York.

BOOMSMA, A. (2000): "Reporting analyses of covariance structures". *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, vol. 7, nº 3, pp. 461-483.

BOU, J.C.; CAMISÓN, C. y ESCRIG, A.B. (2001): "Measuring the relationship between firm perceived quality and customer satisfaction and its influence on purchase intentions". *Total Quality Management*, vol. 6, nº 12, pp. 719-734.

BOU, J.C.; ESCRIG, A.B.; ROCA, V. y BELTRÁN, I. (2005): "To what extent do enablers explain results in the EFQM excellence model? An empirical study". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 22, nº 4, pp. 337-353.

BOULTER, L. y BENDELL, T. (2002): "How can ISO 9000:2000 help companies achieve excellence? What the companies think". *Measuring Business Excellence*, vol. 6, n° 2, pp. 37-41.

BOUNDS, G.; YORKS, L.; ADAM, R. y RANNEY, G. (1994): *Beyond Total Quality Management: Towards the Emerging Paradigm*. McGraw-Hill, Londres.

BOWERS, M.R.; SWAN, J.E. y KOEHLER, W.F. (1994): "What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?" *Health Care Management Review*, vol. 19, n° 4, pp. 49-55.

BOWLING, A. (1998): *Medir la salud: un repaso a las escalas para medir la calidad de vida*. Open University Press, Buckingham.

BRADY, M.K. y CRONIN J.J. (2001): "Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach". *Journal of Marketing*, vol. 65, n° 3, pp. 34-49.

BRAH, S.A.; TEE, S.S.L. y RAO, B.M. (2002): "Relationship between TQM and performance of Singapore companies". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 19, n° 4, pp. 356-379.

BRAÑA, F.J. (2004): "Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España". *Estudios de economía aplicada*, vol. 22, n° 3, pp. 723-757.

BRECKLER, S.J. (1990): "Applications of covariance structure modeling in psychology: cause for concern?" *Psychological bulletin*, n° 107, pp. 260-263.

BRETONES, C. y SÁNCHEZ, J.E. (1989): "Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria". *Atención Primaria*, n° 6, pp. 312-316.

BROOK, R.; MCGLYNN, E. y CLEARY, P. (1996): "Measuring quality of care". *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, n° 13, pp. 966-970.

BROCKA, B. y BROCKA, M.S. (1994): *Quality management. Cómo aplicar las mejores soluciones de los expertos*. Vergara, Buenos Aires.

BROWN, T.J.; CHURCHILL, G.A. y PETER, J.P. (1993): "Improving the measurement of service quality". *Journal of Retailing*, vol. 69, nº 1, pp. 127-139.

BUTTLE, F. (1997): "ISO 9000: marketing motivations and benefits", *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 14 nº 9, pp. 936-947.

CADOGAN, J.W. (1995): "Measuring market orientation in an export context: scale development and impact on performance". *The 8th Colloquium for Doctoral Students in Marketing (EMAC)*, Cergy-Pontoise.

CADOGAN, J.W. y DIAMANTOPOULOS, A. (1995): "Narver y Slater, Kohli and Jaworski and the market orientation construct: integration and internationalization". *Journal of Strategic Marketing*, vol. 3, nº 1, pp. 41-60.

CALINGO, L.M.R.; LEONG, Y.M.; CHIA, M.P. y MOHAMED, H. (1995): "Achieving total quality management through ISO 9000: a research note", *Accounting and Business Review*, vol. 2, nº 1, pp. 173-186.

CALISIR, F. (2007): "Factors affecting service companies' satisfaction with ISO 9000". *Managing Service Quality*, vol. 17, nº 5, pp. 579-593.

CALVO, S. y REINARES, P. (2001): *Comunicación en Internet*. Paraninfo, Madrid.

CÁMARA, D. (1996): "Aplicación del marketing al diseño de un sistema de calidad total en servicios sanitarios". *Boletín de Estudios Económicos*, vol. 51, nº 159, pp. 473-488.

CAMBRA, J. J. y FUSTER, A. (2005): "Importancia de la medición del grado de orientación al mercado en el sector cooperativista como respuesta al nuevo marco competitivo". *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 11, nº 3, pp. 67-83.

CAMISÓN, C. (1996): "La calidad como factor de competitividad en turismo: Análisis del caso español". *Información Comercial Española*, nº 749, pp. 99-122.

CAMISÓN, C. (1999): "La medición de los resultados empresariales desde una óptica estratégica: construcción de un instrumento a partir de un estudio Delphi y aplicación a la empresa industrial española en el período 1983-96". *Estudios Financieros*, nº 199, pp. 201-264.

CAMISÓN, C. (2009): “Gestión de la calidad y excelencia empresarial”. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 18, nº 2, pp. 9- 12.

CAMISÓN, C.; CAMISÓN HABA, C.; FABRA, E.; FLORÉS, B. y PUIG, A. (2009): “¿Hacia dónde se dirige la función de calidad?: la visión de expertos en un estudio Delphi”. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 18, nº 2, pp. 13-38.

CAMISÓN, C.; CRUZ, S. y GONZÁLEZ, T. (2007): *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Pearson Educación, Madrid.

CARMAN, J.M. (1990): “Consumer perceptions of service quality: an assessment of SERVQUAL dimensions”. *Journal of Retailing*, vol. 66, nº 1, pp. 33-35.

CARRERA COMES, N. “La mejora de la calidad de los servicios sociales de la provincia de Barcelona”. Conferencia Europea de Servicios Sociales, European Social Network, Dublín.

CARRIÈRE, Y. y PELLETIER, L. (1995): “Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada”. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 50, nº 3, pp. 164-172.

CASADESÚS, M. y GIMÉNEZ, G. (2000): “The benefits of the implementation of the ISO 9000 standard: empirical research in 288 Spanish companies”. *TQM Magazine*, vol. 12, nº 6, pp. 432-441.

CASADESÚS, M.; GIMENEZ, G. y HERAS, I. (2001): “Benefits of ISO 9000 implementation in Spanish industry”. *European Business Review*, vol. 13, nº 6, pp. 327-336.

CASADESÚS, M. y HERAS, I. (1999): “ISO 9000: obstáculos y beneficios. Expectativas que se derivan de un estudio empírico reciente en 500 empresas españolas”. *Forum Calidad*, nº 105, pp. 42-47.

CASADESÚS, M. y HERAS, I. (2005): “El boom de la calidad en las empresas españolas”. *Universia Business Review*, nº 7, pp. 90-101.

CASADESÚS, M. y HERAS, I. (2006); “Los estándares internacionales de sistemas de gestión”. *Boletín económico de ICE, Información Comercial Española*, nº 2876, pp. 45-62.

CASADESÚS, M.; HERAS, I. y KARAPETROVIC, S. (2009): “Sistemas de gestión estandarizados: ¿existen sinergias?” *Revista europea de dirección y economía de la empresa*, vol. 18, nº 2, pp. 161-174.

CASADESÚS, M.; HERAS, I. y MERINO, J. (2005): *Calidad práctica: una guía para no perderse en el mundo de la calidad*. Pearson Educación, Madrid.

CASADO, D. (1989): *Introducción a los servicios sociales*. Acebo, Madrid.

CASADO, D. (1995): “Acción social y servicios sociales”. *Documentación Social*, nº 101, octubre-diciembre, pp. 425-457.

CASADO, D. (1998): *Políticas de servicios sociales*. Lumen-Humanitas, Buenos Aires.

CASADO, D. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación La Caixa, Barcelona.

CASADO, D. y otros (2005): *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco: dossier para el debate*. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

CENTRE FOR POLICY ON AGEING (1984): *Home life: a code of good practice*. Centre for Policy on Ageing, Londres.

CENTRO DE ESTUDIOS DEL CAMBIO SOCIAL (CECS) (1999): *Informe España 1998*. Fundación Encuentro, Madrid.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS) (2001): *Barómetro de noviembre de 2001*, Madrid.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS CIS (2004): *Barómetro de noviembre de 2004*, Madrid.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS CIS (2008): *Barómetro de noviembre de 2008*, Madrid.

CHAN, Y.L. y HO, S.K. (1997): "Continuous quality improvement: a survey of American and Canadian health care executives", *Hospital and Health Services Administration*, vol. 42, nº 4, pp. 525-544.

CHANG, T.Z. y CHEN, S.J. (1998): "Market orientation, service quality and business profitability: a conceptual model and empirican evidence". *The Journal of Services Marketing*, vol. 12, nº 4, pp. 246-264.

CHÁVEZ MIRANDA, M.E. y RUIZ JIMÉNEZ, A. (2005): "Marco conceptual del *yield management* como técnica de gestión de la capacidad y la demanda en organizaciones de servicios". *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 11, nº 1, pp. 143-163.

CHIAS, J. (1991): *El mercado son personas*. McGraw Hill, Madrid.

CHIN, W.W. (1998): "The Partial Least Squares approach to Structural Equation modeling", en MARCOULIDES, G.A. (ed.): *Modern methods for business research*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, pp. 295-336.

CHIN, W.W.; MARCOLIN, B.L. y NEWSTED, P.R. (2003): "A partial least squares latent variable modelling approach for measuring interaction effects: results from a Monte Carlo simulation study and an electronic mail emotion/ adoption study". *Information Systems Research*, vol. 14, nº 2, pp. 189-217.

CHRISTOPHER, M.; PAYNE, A. y BALLANTYNE, D. (2002): *Relationship marketing: creating shareholder value*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

CHORN, N.H. (1991): "Total quality management: panacea or pitfall?" *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, vol. 21, nº 8, pp. 31-35.

CHURCHILL, G.A. (1979): "A paradigm for developing better measures for marketing constructs". *Journal of Marketing research*, vol. 16, nº 1, pp. 64-73.

CIDEM - CENTRE CATALÀ DE LA QUALITAT (2001): *ISO 9001:2000. Guia de la qualitat. Intersectorial. Indústria i Serveis*. Departament de Treball, Indústria, Comerç i Turisme, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

CLARKE, T. y CLEGG, S. (2000): "Management paradigms for the new millennium". *International Journal of Management Reviews*, vol. 2, nº 1, pp. 45-65.

CLAVER, E.; LLOPIS, J. y TARÍ, J.J. (1999): *Calidad y dirección de empresas*. Civitas, Madrid.

CLAVER CORTÉS, E.; MOLINA AZORÍN, J.F. y TARÍ GUILLÓ, J.J. (2005): *Gestión de la calidad y gestión medioambiental: fundamentos, herramientas, normas ISO y relaciones*. Pirámide, Madrid.

COCA CARASILA, A.M. (2008): “El concepto de marketing: pasado y presente”. *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 14, nº 2, pp. 391-412.

COMISIÓN DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN DE LA FUNDACIÓN EDAD & VIDA (2008): *Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia*. Edad & Vida, Madrid.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2001): *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, Bruselas.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2002): *La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial. Promover el progreso económico y social en un mundo en proceso de envejecimiento. Contribución de la Comisión Europea a la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, Bruselas.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2003): *Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social*. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, Bruselas.

COMISIÓN EUROPEA (1995): *Una política europea para la promoción de la calidad o la vía europea hacia la excelencia*. Bruselas.

CONCENJO, C. (1997): “Evaluar la calidad asistencial en los servicios de urgencias”. *Emergencias*, vol. 9, nº 1, pp. 10-13.

CONSEJO VASCO DE BIENESTAR SOCIAL (2009): *La situación de los Servicios Sociales en la CAPV. VII Informe del Consejo Vasco de Bienestar Social*. Centro de Documentación y Estudios SIIS. Vitoria-Gasteiz.

CONSEJO DE EUROPA (1998a): *Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum*. Estrasburgo.

CONSEJO DE EUROPA (1998b): *Recomendación R(98) del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre dependencia, adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998*. Disponible en: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>>.

CONSEJO DE EUROPA (2000): *Políticas Sociales Innovadoras en la Ciudad: Procedimientos*. Conferencia de Oslo, vol. 1 y 2, Estrasburgo.

CONSUEGRA, L.F. (2003): “La gestión de calidad en Sartu. Nuestra reflexión y nuestra práctica”, en SETIEN M.L. y SACANELL, E (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 389-399.

CONSUMER EROSKI (2005): “Residencias de ancianos: sigue habiendo pocas y cada vez son más caras”. *Consumer Eroski: la revista del consumidor de hoy*, nº 89, pp. 4-9.

CONSUMER EROSKI (2007): “Centros de día: calidad asistencial mejorable y listas de espera en los centros de día para mayores”. *Consumer Eroski: la revista del consumidor de hoy*, nº 106, pp. 31-37.

CONSUMER EROSKI (2009): “A fondo: Residencias de la tercera edad”. *Consumer Eroski: la revista del consumidor de hoy*, nº 131, pp. 34-41.

CONTI, T. (1993): *Building Total Quality. A Guide for Management*. Chapman and Hall, Londres.

CONTI, T. (2002): “Human and social implications of excellence models: are they really accepted by the business community?”. *Management service quality*, vol. 12, nº 3, pp.151-158.

CONTI, T. (2007): “A history and review of the European Quality Award Model”. *The TQM Magazine*, vol. 19, nº 2, pp. 112-128.

CORBETT, L.M. (1994): "The manufacturing paradox: a challenge for New Zealand manufacturers". *Graduate School of Business and Government Management*, Special Report, nº 8, Victoria University, Wellington.

CÓRDOBA, S. (2003a): "Protocolos y guías de buenas prácticas. Experiencias desde los Servicios Sociales", en SETIÉN, M.L. y SACANELL, E. (coords.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 237-242.

CÓRDOBA, S. (2003b): "Una experiencia de evaluación de centros residenciales para personas mayores", en SETIÉN, M.L. y SACANELL, E. (coords.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 325-344.

CORELLA, J.M. (1998): *Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud*. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, Pamplona.

CORMA, F. (2005): *Aplicaciones prácticas del modelo EFQM de excelencia en Pymes*. Díaz de Santos, Madrid.

CRAVENS, D.W.; HOLLAND, C.W.; LAMB, C.W. y MANCRIEF III, W.C. (1988): "Marketing's role in product and service quality". *Industrial Marketing Management*, vol. 17, nº 4, pp. 285-304.

CRONBACH, L.J. (1951): "Coefficient Alpha and the internal structure of test" *Psychometrika*, vol. 16, nº 3, pp. 297-334.

CRONIN, J.J. y TAYLOR, S.A. (1992): "Measuring service quality: a re-examination and extension". *Journal of Marketing*, vol. 56, nº 3, pp. 55-68.

CRONIN, J.J., y TAYLOR, S.A. (1994): "SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality". *Journal of Marketing*, vol. 58, nº 1, pp. 125-131.

CROSBY, P.B. (1979): *Quality is free*. McGraw Hill, Nueva York.

CROW, R.; GAGE, H. ; HAMPSON, S. ; HART, J.; KIMBER, A.; STOREY, L. y THOMAS, H. (2002): "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature". *Health Technol Assess*, vol. 6, nº 32, pp. 1-244.

CUATRECASAS, L. (2001): *Gestión integral de la calidad: implantación, control y certificación*. Gestión 2000, Barcelona.

CURRY, A. y STARK, S. (2000): "Quality of service in nursing homes". *Health Services Management Research*, nº 13, pp. 205-215.

DALE, B.G. (1994): *Managing Quality*. 2ª edición, Prentice Hall, Londres.

DALE, B.G. (2003a): "Total Quality Management: an overview", en DALE, B.G. (2003): *Managing Quality*. 4ª edición, Blackwell publishing, Oxford, pp. 3-33.

DALE, B.G. (2003b): "The role of management in TQM", en DALE, B.G. (2003): *Managing Quality*. 4ª edición, Blackwell publishing, Oxford, pp. 34-50.

DALGIC, T. (1998): "Dissemination of market orientation in Europe. A conceptual and historical evaluation". *International Marketing Review*, vol. 15, nº 1, pp. 45-60.

DAVID, R.J. y STRANG, S. (2006): "When fashion is fleeting: transitory collective beliefs and the dynamics of TQM consulting". *Academy of Management Journal*, vol. 49, nº 2, pp. 215-233.

DAY, G. (2000): "Managing market relationship". *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 28, nº 1, pp. 24-30.

DEL BARRIO, S. y LUQUE, T. (2000): "Análisis de ecuaciones estructurales", en LUQUE, T. (coord.) (2000): *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Pirámide, Madrid, pp. 489-557.

DELGADO, A.; MARÍN, I.; REYES, M.C.; HERRERO, C.; HAZAÑA, M.P. y BAILÓN, E. (1997): "La calidad de la atención en relación con características del médico". *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 12, nº 6, pp. 401-405.

DELOITTE (2008): *Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: El Servicio de Atención a Domicilio (SAD)*. Consultado en <[www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/deloitte-sad-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/deloitte-sad-01.pdf)>.

DEL RÍO, A. B., VÁZQUEZ, R e IGLESIAS, V. (2000): “El valor de la marca desde la perspectiva del consumidor: desarrollo y validación de un instrumento de medida”. XII *Encuentros de Profesores Universitarios de Marketing*, Santiago de Compostela, pp. 151-166.

DE MARTÍ, J. (2006): “El papel de la inspección administrativa como fundamento básico para un servicio de calidad”, en GOBIERNO DE LA RIOJA (2006): *III Jornadas sobre Calidad en los Centros de Servicios Sociales*. Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales, Logroño.

DEMING, W.E. (1989): *Calidad, productividad y competitividad de la crisis*. Díaz de Santos, Madrid.

DENG, S. y DART, J. (1994): “Measuring market orientation: a multi-factor, multi-items approach”, *Journal of Marketing Management*, nº 10, pp. 725-742.

DENISON, T. y McDONALD, M. (1995): “The role of marketing past, present and future”. *Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science*, vol. 1, nº 1, pp. 54-76.

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA (1996): *Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas*. Diputación Foral de Álava, Vitoria-Gasteiz.

DEPARTAMENTO DE INDUSTRIA, AGRICULTURA Y PESCA (1997): *Programa de promoción de la calidad en el sector industrial 1993-1996/1997-2000*. Departamento de Industria, Agricultura y Pesca, Viceconsejería de Competitividad, Dirección de Calidad y Recursos Humanos, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2007): *Estadística de demanda de Servicios Sociales. Necesidades sociales 2006*. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA SOCIAL DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2008): *II Mapa Foral de Servicios Sociales de Gipuzkoa, 2008-2010*. Diputación Foral de Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián.

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA SOCIAL DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2010): Nota de prensa del 8 de febrero de 2010. Diputación Foral de Gipuzkoa. Consultada en: <[http://www.gizartepolitika.net/08\\_no\\_ticiadetalle.php?id=142](http://www.gizartepolitika.net/08_no_ticiadetalle.php?id=142)>.

DEPARTMENT OF HEALTH, SSI (1989): *Homes Are For Living In*. HMSO, Londres.

DESHPANDÉ, R.; FARLEY, J.U. y WEBSTERS, F.E. (1993): "Corporate culture, customer orientation, and innovativeness in Japanese firms: a quadrad analysis". *Journal of Marketing*, vol. 57, enero, pp. 22-37.

DESHPANDÉ, R. y WEBSTER F. (1989): "Organizational culture and marketing: defining the research agenda". *Journal of Marketing*, vol. 53, enero, pp. 3-15.

DESMARETS, G. (1995): "Relación existente entre aseguramiento de la calidad y gestión de calidad total". *Club de Gestión de Calidad*, Madrid.

DEVLIN, S.J., y DONG, H.K. (1994): "Service quality from the customers' perspective". *Marketing Research*, vol. 6, nº 1, pp. 4-10.

DIAMANTOPOULOS, A. y HART, S. (1993): "Linking market orientation and company performance: preliminary evidence on Kohli y Jaworski's framework". *Journal of Strategic Marketing*, nº 1, pp. 93-121.

DIAMANTOPOULOS, A. y SIGUAW, J.A. (2000): *Introducing LISREL: a guide for the uninitiated*. Segal, Londres.

DÍAZ DE RADA, V. (2001): *Diseño y elaboración de cuestionarios para la investigación comercial*. ESIC, Madrid.

DICK, G.; GALLIMORE, K. y BROWN, C.J. (2001): "ISO 9000 and quality emphasis: an empirical study of front-room versus back-room dominant service industries", *International Journal of Service Industry Management*, vol. 12, nº 2, pp. 114-136.

DICK, G., HERAS, I. y CASADESUS, M. (2008): "Shedding light on causation between ISO 9001 and improved business performance". *International Journal of Operations and Production Management*, vol. 28, nº 7, pp. 687-708.

DÍEZ ARAMBURU, V. (2003): "Estudio Infoger: la opinión de los mayores sobre las residencias y otros servicios sociosanitarios". *Agathos*, nº 1, pp. 32-37.

DÍEZ DE CASTRO, E. (1992): "Calidad Total y Eficacia Directiva en la Administración y en la Empresa", en PÉREZ-IÑIGO, C. y MORO, I. (coords.) (1992): *Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa*. Ministerio para las Administraciones Públicas y Fundación Formación y Tecnología, Madrid, pp. 67-84.

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2005): *Manual de buena práctica: residencias de personas mayores*. Diputación Foral de Bizkaia, Bilbao.

DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2008): *II Mapa Foral de Servicios Sociales de Gipuzkoa (2008-2012)*. Departamento de Política Social, Donostia-San Sebastián.

DONABEDIAN, A. (1966): "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quart*, nº 44, pp. 166-206.

DONABEDIAN, A. (1980): *Explorations in quality assessment and monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press, Michigan.

DONABEDIAN, A. (1989): "Institutional and professionals responsibilities in quality assurance". *Qual Assur Health Care*, nº 1, pp. 3-11.

DOTCHIN, J.A. y OAKLAND, J.S. (1994): "Total quality management in services. Part 1: understanding and classifying services". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 11, nº 3, pp. 9-26.

DOUGLAS, T.J. y FREDENDAL, L.D. (2004): "Evaluating the Deming management model of total quality in services". *Decisions Sciences*, vol. 35, nº 3, pp. 393-422.

DOW, D.; SAMSON, D. y FORD, S. (1999): "Exploding the myth: do all quality management practices contribute to superior quality performance?". *Productions and Operations Management*, vol. 8, nº 1, pp. 1-27.

EFQM (2003): *Introducción a la excelencia*. EFQM, Bruselas.

EFQM (2004): *Annual Report 2004*. EFQM, Bruselas.

EFQM (2009): *EFQM Guía para la transición: Cómo actualizarse al Modelo EFQM de Excelencia 2010*. EFQM, Bruselas.

EIGLIER, P. y E. LANGEARD (1989): *Servucción. El marketing de servicios*. McGraw-Hill, Madrid.

ELGOIBAR LARRAÑAGA, P. (1994): *La motivación de los dirigentes*. Fundación Social y Cultural Kutxa, Donostia-San Sebastián.

EMAKUNDE - INSTITUTO VASCO DE LA MUJER (2008): *Informe anual sobre la violencia contra las mujeres*. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

ESCALERA, G. y PASCUAL, M. (2004): “La normalización y certificación como ventaja competitiva para la empresa española”. *Boletín Económico de ICE*, nº 2820, octubre, pp. I-XII.

ESCANCIANO, C.; FERNÁNDEZ, E. y VÁSQUEZ, C. (2001): “ISO 9000 Certification and quality management in Spain: results of a national survey”, *The TQM Magazine*, vol. 13, nº 3, pp. 192-200.

ESCANCIANO, C. y SANTOS VIJANDE, M.L. (2002): “Análisis de la influencia de la certificación ISO 9000 sobre los resultados empresariales: implicaciones en el ámbito de la calidad total y de la orientación al mercado”. *Icade: Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 55, pp. 177-204.

ESCOBAR RANDO, G. (2006): “Calidad y servicios sociales”. *Documentos de Trabajo Social*, nº 37, pp. 23-47.

ESKILDSEN, J. K. y DAHLGAARD, J.J. (2000): “A causal model for employee satisfaction”. *Total Quality Management*, vol. 11, nº 8, pp. 1081-1094.

ESKILDSEN, J.K.; KRISTENSEN, K. y JUHL, H.J. (2001): “The criterion weights of the EFQM excellence mode”. *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 18, nº 8, pp. 783-795.

ESPING-ANDERSEN, G. (2000): *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Ariel, Barcelona.

EUROSTAT - OFICINA ESTADÍSTICA DE LA COMISIÓN EUROPEA (2002): *2000 Round of Population and Housing Censuses*, Luxemburgo.

EUSTAT - INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA (1998): *Estadística de servicios sociales* (1996), Vitoria-Gasteiz.

EUSTAT - INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA (2008): *Estadística de servicios sociales* (2005), Vitoria-Gasteiz.

EUSTAT - INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA (2010): *Estadística de servicios sociales* (2007) consultada en: <[http://www.eustat.es/estadisticas/idioma\\_c/tema\\_24/opt\\_0/ti\\_Servicios\\_Sociales/temas.html](http://www.eustat.es/estadisticas/idioma_c/tema_24/opt_0/ti_Servicios_Sociales/temas.html)>.

EVANS, D.; EDEJER, T. y otros (2001): "Measuring quality: from the system to the provider." *International Journal Quality Health Care*, vol. 13, nº 6, pp. 439-446.

FAJARDO, I.G. y SÁEZ, E. (1997): "Estudio del contexto legal de las empresas de servicios sociales en el Estado español", en FAJARDO, I.G. y otros: *Gestión de servicios de apoyo a personas: cuatro monográficos*, Proyecto Europeo ADAPT, Valencia, pp. 7-61.

FANTOVA, F. (1999): *Investigación y desarrollo de un modelo de gestión para organizaciones no lucrativas de servicios sociales*. Tesis Doctoral. Universidad de Deusto, Bilbao.

FANTOVA, F. (2000): "Gestión de la calidad en servicios sociales: una aproximación a la calidad en el ámbito de la intervención social", en HERNÁNDEZ YÁNEZ, J. y otros (2000): *El imperativo de la calidad en la acción social*. Cáritas Española, Madrid, pp. 31-61.

FANTOVA, F. (2002): "Hacia una gestión de calidad en los procesos de intervención social". *Documentación Social*, nº 128, julio-septiembre, pp. 179-195.

FANTOVA, F. (2004): "Los sistemas de servicios sociales en España: intento de caracterización". *Boletín electrónico del CIES*, nº 21.

FANTOVA, F. (2005): "Tendencias y apuestas en gestión de calidad para los servicios sociales". *Boletín electrónico del CIES*, nº 22, pp. 1-13.

FANTOVA, F. (2006): "Gestionar los servicios sociales: ¿una asignatura pendiente?" *Educación Social*, nº 34, pp. 28-43.

FANTOVA, F.; CASADO, D.; LÓPEZ AROSTEGI, R.; SOTELO, H. y DÍAZ, J. (2005): *Situación y perspectivas del sistema público de Servicios Sociales en la CAPV*. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

FARRELL, M.A. y OCZKOWSKI, E. (1997): “An analysis of the MKTOR and MARKOR measures of market orientation: an australian perspective”. *Marketing bulletin*, vol. 8, mayo, pp. 30-40.

FEAPS - CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES A FAVOR DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (2004): *Cartera de Servicios Sociales del movimiento FEAPS. Resumen ejecutivo*, Madrid.

FCAVN - FEDERACIÓN DE CAJAS DE AHORROS VASCONAVARRAS (2005): *Informes Sectoriales de la Comunidad Autónoma del País Vasco: Servicios Sociales*, Vitoria-Gasteiz.

FEIGENBAUM, A.V. (1992): *Control total de la calidad*. 9ª edición, CECSA, México.

FERNÁNDEZ DEL HOYO, A. (2006): *El grado de orientación al mercado en la empresa española*. Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas.

FERNÁNDEZ GARCÍA, T. y ARES, A. (2002): *Servicios Sociales: dirección, gestión y planificación*. Alianza, Madrid.

FERNÁNDEZ GUERRERO, R. y MARTÍNEZ MORENO, A. (1997): *Organizaciones que gestionan servicios de apoyo a personas: una aproximación sectorial*. Fondo Social Europeo/ADAPT, Valencia.

FERNÁNDEZ PULIDO, R. (2008): “Modelos de medida y análisis factorial confirmatorio”, en VERDUGO, M.A.; CRESPO, M.; BADÍA, M. y ARIAS, B. (coords.) (2008): *Metodología en la investigación sobre discapacidad: introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. SAID, Salamanca, pp. 29-41.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (dir.) (1995): *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), Madrid.

FERNÁNDEZ-VILLARÁN, A. (2003): “Los indicadores en el marco de los modelos de gestión de calidad”, en SETIÉN, M.L. y SACANELL, E. (coords.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 95-110.

FLAVIÁN BLANCO, C. y LOZANO VELÁZQUEZ, J. (2001): “Diseño de una escala para medir la orientación al entorno de la nueva formación profesional”. *XI Congreso Nacional de ACEDE*, Zaragoza.

FLAVIÁN BLANCO, C. y LOZANO VELÁZQUEZ, F.J. (2004): "La influencia del ambiente en la relación entre orientación al mercado y resultados en el contexto universitario español". *XIV Congreso Nacional de ACEDE*, Murcia. Disponible en <<http://www.acede.org>>.

FLAVIÁN BLANCO, C. y LOZANO VELÁZQUEZ, F.J. (2004b): "Influencia de los moderadores ambientales en la relación entre orientación al mercado y resultado. Un análisis con regresiones moderadas en el ámbito educativo". *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*. Vol. 8, nº 2, pp. 123-144.

FLAVIÁN BLANCO, C. y LOZANO VELÁZQUEZ, F.J. (2005): "Influencia de la actitud orientada al mercado del profesorado universitario sobre su comportamiento". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 14, nº 1, pp. 123-140.

FLYNN, B.B.; SCHOROEDER, R.G. y SAKAKIBARA, S. (1994): “A framework for quality management research and an associated measurement instrument”. *Journal of Operations Management*, vol. 11, nº 4, pp. 339-366.

FLYNN, B.B.; SCHOROEDER, R.G. y SAKAKIBARA, S. (1995a): “Determinants of quality performance in high and low quality plants”. *Quality Management Journal*, vol. 2, nº 2, pp. 8-25.

FLYNN, B.B.; SAKAKIBARA, S. y SCHROEDER, R.G. (1995b): “Relationships between JIT and TQM: practices and performance”. *Academy of Management Journal*, vol. 38, nº 5, pp. 1325-1360.

FORNELL, C. y LARCKER, D.F. (1981): “Evaluating Structural Equation Models with unobservable variables and measurement error”. *Journal of Marketing Research*, vol. 18, febrero, pp. 39-50.

FORUM CALIDAD (2009): “Decimocuarto informe Forum Calidad”. *Forum Calidad*, nº 200, pp. 22-27.

FORTINSKY, R.H.; GARCÍA, R.I.; SHEEHAN, T.J.; MADIGAN, E.A. y TULLAI-MCGUINNESS, S. (2003): "Measuring disability in medicare home care patients: application of rasch modeling to the outcome and assessment information set". *Medical Care*, vol. 41, nº 5, pp. 601-615.

FRAM, E.H. (1995): "Not so strange bedfellows: marketing and total quality management". *Managing Service Quality*, vol. 5, nº 1, pp. 50-56.

FRASER-ROBINSON, J. y MOSSCROP, P. (1991): *Total Quality Marketing: what has to come next in sales, marketing and advertising*. Kogan Page, Londres.

FREEMAN, R.E. (1984): *Strategic management: a stakeholder approach*. Pitman Publishing, Boston.

GABINETE DE PROSPECCIÓN SOCIOLÓGICA DEL GOBIERNO VASCO (2006): *Sociómetro vasco, nº 30*. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

GADOTTI, S.J. y FRANÇA, A. (2009): "La medición de la calidad de servicio: una aplicación en empresas hoteleras". *Revista Europea de Dirección y Administración de Empresa*, vol. 18, nº 2, pp. 175-186.

GAINER, B. y PADANYI, P. (2002): "Applying the marketing concept to cultural organisations: an empirical study of the relationship between market orientation and performance". *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, vol. 7, nº 2, pp. 182-193.

GAINER, B. y PADANYI, P. (2005): "The relationship between market-oriented activities and market-oriented culture: Implications for the development of market orientation in nonprofit service organizations". *Journal of Business Research*, vol. 58, nº 6, pp. 854-862.

GARCÉS FERRER, J. (coord.) (1996): *Sistema político y administrativo de los servicios sociales*. Tirant lo Blanch, Valencia.

GARCÍA DE BLAS, L. (1983): "El estado de la descentralización de los servicios asistenciales y sociales en España", en VV.AA.: *Los servicios asistenciales y sociales en el Estado de las Autonomías*. Marsiega, Madrid, pp. 121-127.

GARCÍA HERRERO, G. y RAMÍREZ NAVARRO, J.M. (1992): *Los nuevos servicios sociales: síntesis de conceptos y evolución*. Librería Certeza, Zaragoza.

GARCÍA NAVARRO, J.A. (2002): “El reto de la calidad asistencial”. *Siete Días Médicos*, Especial geriatría, pp. 111-121.

GARCÍA NAVARRO, J.A.; MARTÍNEZ ALMANZÁN, E.; MUÑOZ ROMERO, C.; MARGALEF, P. y DOMÍNGUEZ LÓPEZ, M. (2006): “Calidad Asistencial”, en SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG) (2006): *Tratado de geriatría para residentes*, Madrid, pp. 95- 105.

GARVIN, D.A. (1987): “Competing on the eight dimensions of quality”. *Harvard Business Review*, vol. 65, nº 6, pp. 101-109.

GARVIN, D.A. (1988): *Managing quality: the strategy and competitive edge*. The Free Press, Nueva York.

GEORGE, W.R. y BERRY, LL. (1981): “Guidelines for the advertising of services”. *Business Horizons*, vol. 24, mayo-junio, pp. 52-56.

GERBING, D.W. y ANDERSON, J.C. (1988): “An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment”. *Journal of marketing research*, vol. 25, nº 2, pp. 186-192.

GIBBS, M.E. (1997): “Reingeniería de la empresa”, en CLUSTER DEL CONOCIMIENTO (1997): *Tendencias de gestión en el nuevo milenio: hacia la empresa del conocimiento*, Cluster del Conocimiento, Bilbao, pp. 57-63.

GIGUERE, M. y SMITH, P.E. (1999): ISO 9000: “Service companies can benefit”. *Ivey Business Journal*, nº 63, pp. 13-16.

GILMORE, H.L. (1974): “Product Conformance Cost”. *Quality Progress*, vol. 7, nº 5, pp. 16-17.

GOETSCH, D.L. y DAVIS, S. (1994): *Introduction to total quality: quality, productivity, competitiveness*. Prentice Hall International, Londres.

GOFFMAN, E. (1970): *Internados*. Amorrortu, Buenos Aires.

GÓMEZ, P. y SATURNO, P.J. (1997): “La calidad en atención primaria de salud según sus diferentes protagonistas”. *I Congreso Regional de Calidad Asistencial*, Murcia.

GOTZAMANI, K.D. y TSIOTRAS, G.D. (2002): "The true motivations behind ISO 9000 certification: their effect on the overall certification benefits and long term contribution towards TQM". *International Journal of Quality*, vol. 19, nº 2, pp. 151-169.

GRANADO, S.; RODRÍGUEZ RIEIRO, C.; OLMEDO, M.; CHACÓN, A.; VIGIL, D. y RODRÍGUEZ PÉREZ, P. (2007): "Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006". *Salud Pública*, vol. 81, nº 6, pp. 637-645.

GRANDE ESTEBAN, I. (1993): *Marketing estratégico para la tercera edad*. ESIC, Madrid.

GRANDE ESTEBAN, I. (1996): *Marketing de servicios*. ESIC, Madrid.

GRANDE ESTEBAN, I. (2001): "Diseño de servicios para personas mayores. El caso de una residencia para la tercera edad". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 36, nº 6, pp. 331-339.

GRANDE ESTEBAN, I. (2002): *Marketing de los Servicios Sociales*. Síntesis, Madrid.

GRANDZOL, J.R. y GERSHON, M. (1998): "A survey instrument for standardizing TQM modelling research". *International Journal of Quality Science*, vol. 3, nº 1, pp. 80-105.

GRANT, R.M., SHANI, R. y KRISHNAN, R. (1994): "TQM's challenge to management theory and practice". *Sloan Management Review*, vol. 35, nº 2, pp. 25-35.

GRAY, B.; MATEAR, S.; BOSHOFF, C. y MATHESON, P. (1998): "Developing a better measure of market orientation". *European Journal of Marketing*, vol. 32, nº 9, pp. 884-903.

GREENLEY, G. (1995): "Forms of market orientation in UK companies". *Journal of Management Studies*, vol. 32, nº 1, pp. 47-66.

GREENLEY, G. y FOXALL, G. (1997): "Multiple stakeholder orientation in UK companies and the implications for company performance". *Journal of Management Studies*, nº 34, pp. 259-284.

GRINT, K. y WOOLGAR, S. (1997): *The machine at work: technology, work and organization*. Polity Press, Cambridge.

GRÖNROOS, C. (1984): "A service quality model and its marketing implications". *European Journal of Marketing*, vol. 18, nº 4, pp. 36-44.

GRÖNROOS, C. (1988): "Service quality: the six criteria of good service quality". *Review of Business*, vol. 9, nº 3, pp. 10-13.

GRÖNROOS, C. (1989): "Defining Marketing: a market oriented approach". *European Journal of Marketing*, vol. 23, nº 1, pp. 52-60.

GRÖNROOS, C. (1990): *Service management and marketing. Managing in the moments of truth in service competition*. Lexington Books, Massachusetts.

GRÖNROOS, C. (1994): *Marketing y gestión de servicios*. Díaz de Santos, Madrid.

GRÖNROOS, C. (2000): "Relationship Marketing: interaction, dialogue and value", *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 9, nº 3, pp. 13-24.

GUAL FRAU, J. (1987): "Bases para la organización de los servicios sociales en la Administración local", en VV.AA. (1987): *Los Servicios Sociales en la Administración local*. Federación Española de Municipios y Provincias, Madrid, pp. 9-21.

GUILLÉN, M. (dir.) (2006): *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*. Fundación BBVA, Madrid.

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.

GUISSET, M.J. (1998): *Vivre en petite unité*. Fondation de France. París.

GUMMESSON, E. (2002): *Total Relationship Marketing*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

GUNNLAUGSDÓTTIR, J. (2002): "The quality must be on record: a survey of organizations having an ISO 9000 certification in Iceland". *Records Management Journal*, vol. 12, nº 2, pp. 40-47.

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. y BLACK, W.C. (1999): *Análisis multivariante*. 5ª edición, Prentice Hall, Madrid.

HALL, J.A. y DORNAN, M.C. (1988a): "What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature". *Social Science and Medicine*, vol. 27, nº 9, pp. 935-939.

HALL, J.A. y DORNAN, M.C. (1988b): "Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels". *Social Science and Medicine*, vol. 27, nº 6, pp. 637-644.

HARRIS, L. (1998): "Cultural domination: the key to market-oriented culture?" *European Journal of Marketing*, vol. 32, nº 3/4, pp. 354-373.

HARRIS, L. (2000): "The Organizational Barriers to Developing Market Orientation". *European Journal of Marketing*, vol. 34, nº 5/6, pp. 598-624.

HATCHER, L. (2006): *A step-by-step approach to using SAS for factor analysis and structures equation modeling*. SAS Publishing, Cary, NJ.

HAYES, B.E. (2002): *Cómo medir la satisfacción del cliente: desarrollo y utilización de cuestionarios*. Gestión 2000, Barcelona.

HENDRICKS, K.B. y SINGHAL, V.R. (1997): "Quality awards and the market value of the firm: an empirical investigation". *Management Science*, vol. 42, nº 3, pp. 415-436.

HENWOOD, M. (1992): *Through a glass darkly: community care and elderly people*. King's Fund Institute, Londres.

HERAS, I. (2001): *La gestión de la calidad en las empresas vascas: estudio de aplicación de la ISO 9000 en las empresas de la CAPV*. Servicio editorial de la UPV/EHU, Leioa.

HERAS, I. (2006a): “Génesis y auge de los estándares de gestión: una propuesta para su análisis desde el ámbito académico”, en HERAS, I. (coord.) (2006): *ISO 9000, ISO 14001 y otros estándares de gestión: pasado, presente y futuro*. Civitas, Madrid, pp. 25-56,

HERAS, I. (2006b): “How quality management models influence company results”. *Total Quality Management and Business Excellence*, vol. 17, nº 6, pp. 775-794.

HERAS, I. (2006c): “Implantación del modelo EFQM en las empresas españolas: estudios de casos”. Documento de Trabajo nº 4, E.U.E. Empresariales, UPV-EHU, Donostia-San Sebastián.

HERAS, I. (2008): “Kalitate-kudeaketaren paradigma: enpresen kudeaketarakobeste moda bat?”, *Uztaro*, nº 67, pp. 21-31.

HERAS, I.; ARANA, G.; CAMISÓN, C.; CASADESÚS, M. y MARTIARENA, A. (2008a): *Gestión de la calidad y competitividad de las empresas de la CAPV*. Instituto Vasco de Competitividad, Deusto, Bilbao.

HERAS, I.; ARANA, G. y CASADESÚS, M. (2006a): “A Delphi study on motivation for ISO 9000 and EFQM”. *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 23, nº 7, pp. 807-827.

HERAS, I.; ARANA, G. y SAN MIGUEL, E. (2010): “An analysis of the main drivers for ISO 9001 and other isomorphic metastandards”. *Review of International Comparative Management (RICM)*. Octubre.

HERAS, I.; BERNARDO, M. y CASADESÚS, 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, pp. 155-174.

HERAS, I.; CILLERUELO, E. e IRADI, J. (2006b): “La gestión de la calidad en el sector sociosanitario: el caso de las residencias de mayores”. *Forum Calidad*, nº 175, pp. 54-58.

HERAS, I.; CILLERUELO, E. e IRADI, J. (2006c): “La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores”. *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 40, pp. 31-42.

HERAS, I.; CILLERUELO, E. e IRADI, J. (2008b): "ISO 9001 and residential homes for the elderly: a Delphi study". *Managing Service Quality*, vol. 18, nº 3, pp. 272-288.

HERAS, I.; DICK, G.P.M. y CASADESÚS, M. (2002): "ISO 9000 registration impact on sales and profitability study of Basque regions companies". *Managerial Auditing Journal*, vol.17, nº 11, pp. 72-78.

HERAS, I. y MARTIARENA, A. (2007): "Zerbitzu-kartak eta zerbitzuen kalitatearen hobekuntza". *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 42, pp. 39-44.

HO, S.K. (1997): "Are ISO 9000 and TQM routes for logistics excellence?". *Logistics Information Management*, vol. 10, nº 6, pp. 275-283.

HOFFMAN, K.D. y BATESON, J.E.G. (2002): *Fundamentos de marketing de servicios*. Thomson, México.

HOMBURG, C. y PFLESSER, C. (2000): "A multiple-layer model of market-oriented organizational culture: measurement issues and performance outcomes". *Journal of Marketing Research*, vol. 37, nº 4, pp. 449-462.

HOOLEY, G.; COX, T.; FAHY, J.; SHIPLEY, D.; BERACS, J.; FONFARA, K. y SNOJ, B. (2000): "Market orientation in the transition economies of central Europe: tests of the Narver and Slater market orientation scales". *Journal of Business Research*, vol. 50, nº 3, pp. 273-285.

HOOLEY, G.J.; LYNCH, J.E. y SHEPHERD, J. (1990): "The marketing concept: putting the theory into practice". *European Journal of Marketing*, vol. 24, nº 9, pp. 7-24.

HOPE, C.A. y MÜHLEMANN, A.P. (1997): *Service operations management: strategy, design and delivery*. Prentice Hall, Londres.

HUA, H.; CHIN, K.S.; SUN, H. y XU, Y. (2000): "An empirical study on quality management practices in Shanghai manufacturing industries". *Total Quality Management*, vol. 11, nº 8, pp. 1111-1122.

HUARNG, F.; HORNG, C. y CHEN, C. (1999): "A study of ISO 9000 process, motivation and performance", *Total quality Management*, vol. 10, nº 7, pp.1009-1025.

INSTITUT DE TREBALL SOCIAL I SERVEIS SOCIALS (INTRESS) (2006): *Guía para la gestión de calidad de los procesos de Servicios Sociales*, INTRESS, Barcelona.

INSTITUTO CATALÁN DE ASISTENCIA Y SERVICIOS SOCIALES (ICASS) (1999): *Indicadores de evaluación de calidad para residencias de personas mayores*. Departamento de Bienestar Social, Generalitat de Cataluña, Barcelona.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2000): *Las personas mayores y las residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2004): *Guía 2004: residencias para personas mayores en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2005): *Las personas mayores en España: informe 2004*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2006): *Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO) (2009): *Las personas mayores en España: informe 2008*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL DE ÁLAVA (1998): *Las residencias son para vivir: modelo para evaluar la calidad de la atención y la calidad de vida en las residencias para personas mayores*. Diputación Foral de Álava, Vitoria-Gasteiz.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2004): *Indicadores Sociales*. INE, Madrid.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2007): *Indicadores Sociales*. INE, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2008): *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)*. INE, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2009): *Indicadores Sociales*. INE, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2010): *Proyección de la población de España a largo plazo, 2009-2049*. INE, Madrid. Disponible en: <<http://www.imsersomayores.csic.es>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (INSERSO) (1995): *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO, Madrid.
- IRADI, I. (2006): *Análisis de la integración de las normativas y los modelos genéricos de gestión de la calidad con los modelos de evaluación de la calidad asistencial en el sector de las residencias para personas mayores en la CAPV*. Tesis doctoral, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Bilbao.
- ISHIKAWA, K. (1990): *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Norma, Barcelona.
- JACKSON, B.B. (1985): *Winning and keeping industrial customers: the dynamics of customer relationships*. D.C. Heath and Company, Lexington, MA.
- JACKSON, B. (2001): *Management gurus and management fashions*. Routledge, Londres.
- JAIMOVICH, D. (2007): "Joint Commission International: value and impact of accreditation". 4ª Jornada de seguridad en la atención médica de los pacientes, Ministerio de Salud de Argentina, Buenos Aires.
- JAMES, P.T.J. (1997): *La gestión de la calidad total: un texto introductorio*. Prentice Hall, Madrid

JAWORSKI, B.J. y KOHLI, A.K. (1993): "Market orientation: antecedents and consequences". *Journal of Marketing*, vol. 57, nº 3, pp. 53-70.

JAWORSKI, B.J. y KOHLI, A.K. (1996): "Market orientation: review, refinement and roadmap", *Journal of Marketing-Focused Management*, vol. 1, nº 1, pp. 119-135.

JONES, R.; ARNDT, G. y KUSTIN, R. (1997): "ISO 9000 among Australian companies: impact of time and reasons for seeking certification on perceptions of benefits received". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 14, nº 7, pp. 650-60.

JÖRESKOG, K.G. y SÖRBOM, D. (1996a): *LISREL 8: user's reference guide*. Scientific Software International. Chicago, IL.

JÖRESKOG, K.G. y SÖRBOM, D. (1996b): *LISREL 8: structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Scientific Software International, Chicago, IL.

JUN, M.; PETERSON, R.T. y ZSIDISIN, G.A. (1998): "The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results". *Health Care Manage Review*, vol. 23, nº 4, pp. 81-96.

JURAN, J.M. (1982): *Upper Management and Quality*. Juran Institute, Nueva York.

JURAN, J.M. y GRYNA, F.M. (1993): *Manual de control de la calidad*. McGraw Hill, Madrid.

JURAN, J.M.; GRYNA, F.M. y BINGHAM, R. (1974): *Quality control handbok*. 3ª edición. McGraw Hill, Nueva York.

KAHN, J. (1990): *Gestión de la calidad en los centros sanitarios*. SG editores, Barcelona.

KAHN, J. y KAMERMAN, S. (1987): *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional: el sexto sistema de protección social*. Siglo XXI, Madrid.

KAHN, K.B. (1996): "Interdepartmental integration: a definition with implications for product development performance". *Journal of Product Innovation Management*, vol. 13, pp. 137-151.

KAYNAK, H. (2003): "The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance". *Journal of Operations Management*, vol. 21, nº 4, pp. 405-435.

KEATING, E., OLIVA, R.; REPENNING, N.P.; ROCKART, S. y STERMAN, J.D. (1999): "Overcoming the improvement paradox". *European Management Journal*, vol. 17, nº 2, pp. 120-134.

KIM, J.S. (1995): "Strategic discoveries through manufacturing lessons from the 1994 international manufacturing futures survey". Proceedings Annual Conference Strategic Management Society.

KLASSEN, K.J. y ROHLENDER, T.R. (2001): "Combining operations and marketing to manage capacity and demand in services". *The Service Industries Journal*, vol. 21, nº 2, pp. 1-30.

KLINE, R.B. (2005): *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guildford Press, Nueva York.

KNAPP, M. (1984): *The Economics of Social Care*, Macmillan, Londres.

KOHLI, A.K. y JAWORSKI, B.J. (1990): "Market orientation: the construct, research propositions and managerial implications". *Journal of Marketing*, vol. 54, abril, pp. 1-18.

KOHLI, A.K.; JAWORSKI, B.J. y KUMAR, A. (1993): "MARKOR: A measure of market orientation". *Journal of Marketing Research*, vol. 30, nº 4, pp. 467-477.

KOOS, E. (1954): *The Health of Regionville*. Columbia University Press, Nueva York.

KOTLER, P. (1995): *Dirección de Marketing*. 8ª edición, Pearson Educación, Madrid.

KOTLER, P. (2000): *Dirección de Marketing*. 10ª edición, Pearson Educación, Madrid.

KOTLER, P. y ANDREASEN, A.R. (1996): *Strategic marketing for non-profit organizations*. Nueva Jersey, Prentice Hall.

KOTLER, P. y ARMSTRONG, G. (2008): *Principios de Marketing*. Pearson Educación, Madrid.

KOTLER, P. y LEE, N. (2007): *Marketing en el sector público. Todas las claves para mejorar*. Prentice Hall, Madrid.

KROHMER, H.; HOMBURG, C. y WORKMAN, J.P. (2002): "Should marketing be cross-functional? Conceptual development and international empirical evidence". *Journal of Business Research*, vol.55, nº 6, pp. 451-461.

KUMAR, M. y ANTONY, J. (2008), "Comparing the quality management practices in UK SMEs". *Industrial Management and Data Systems*, vol. 108, nº 9, pp. 1153-1166.

KUMAR, V., CHOISNE, F., GROSBOIS, D. y KUMAR, U. (2009), "Impact of TQM on company's performance". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 26, nº 1, pp. 23-37.

LACASTA, J.J.; RUEDA, P. y TAMARIT, J. (coords.) (2001): *Apoyo a familias. Orientaciones para la calidad*. Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Retraso Mental (FEAPS), Pamplona.

LADO, N.; MAYDEU, A. y RIVERA, J. (1996): "El nivel de orientación al mercado de las entidades aseguradoras en España: una comparación con el mercado belga". *VIII Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing*, Zaragoza, pp. 241-248.

LAI, K.H. (2003): "Market orientation in quality-oriented organizations and its impact on their performance". *International Journal of Production Economics*, vol. 84, nº 1, pp. 17-34.

LAI, K.H. y WEERAKOON, T.S. (1998): "Total quality management and marketing: complementary business philosophies". *International Journal of Management*, vol. 15, nº 4, pp. 414-420.

LAI, K.H. y CHENG, T.C.E. (2005): "Effects of quality management and marketing on organizational performance". *Journal of Business Research*, vol. 58, nº 4, pp. 446-456.

LAMBERT, G. y OUEDRAOGO, N. (2008): "Empirical investigation of ISO 9001 quality management systems' impact on organisational learning and process performances". *Total Quality Management and Business Excellence*, vol. 19, nº 10, pp. 1071 – 1085.

LAMBIN, J.J. (1995): *Marketing estratégico*. McGraw Hill, Madrid.

LANDETA RODRÍGUEZ, J.; ARAUJO DE LA MATA, A. y BARRUTIA GÜENAGA, J. (1994): "Estrategia, estructura y cultura en el ámbito de la dirección de un servicio sanitario". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 3, nº 3, pp. 113-125.

LARRAÑAGA, J.R. y CEARRETA, I. (coords.) (2009): "El futuro de los Servicios Sociales en Gipuzkoa", *XXVIII Cursos de Verano (UPV/EHU)*, Donostia-San Sebastián. Disponible en: <[http://www.gizartepolitika.net/15\\_1\\_proceso.html](http://www.gizartepolitika.net/15_1_proceso.html)>.

LAU, R.S.M. y ANDERSON, C.A. (1998): "A Three-Dimensional Perspective of Total Quality Management". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 15, nº 1, pp. 85-98.

LAWTON, M.P. (2001): "Quality of life and the end of life", en BARREN, J.E. y SCHAIE, K.W. (eds.) (2001): *Handbook of the psychology of aging*. Academic Press, San Diego, pp. 593-616.

LEAL MILLÁN, A. (1997): "Gestión de calidad total en empresas españolas: un análisis cultural y de rendimiento". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 6, nº 1, pp. 37-56.

LEE, T.Y. (1995): "The experience of implementing ISO 9000 in Hong Kong". *Asia Pacific Journal of Quality Management*, vol. 4, nº 4, pp. 6-17.

LEE, T.S.; ADAM, E. y TUAN, C. (1999): "The convergent and predictive validity of quality and productivity practices in Hong Kong Industry". *Total Quality Management*, vol. 10, nº 1, pp. 73-84.

LEMAK, D.J.; REED, R. y SATISH, P.K. (1997): "Commitment to total quality management: is there a relationship with firm performance?". *Journal of Quality Management*, vol. 2, nº 1, pp. 67-86.

LETURIA, F.J. y LETURIA, M. (2007): "Calidad de atención y gestión en residencias y otros alojamientos para personas mayores", en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (coord.) (2007): *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Editorial Médica Panamericana, Madrid, pp. 211-257.

LETURIA, F.J; INZA, B. y HERNÁNDEZ, C. (2007): "El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios". *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 41, pp. 129-143.

LEUNG, H.K.N.; CHAN, K.C.C. y LEE, T.Y. (1999): "Cost and benefits of ISO 9000 series: a practical study". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 16, nº 7, pp. 675-690.

LEVITT, T. (1969): *The marketing mode*. McGraw Hill, Nueva York.

LEVITT, T. (1972): "Product Line Approach to Service". *Harvard Business Review*, vol. 50, nº 5, pp. 41-52.

LEVITT, T. (1983): "After the sale is over". *Harvard Business Review*, vol. 61, nº 5, pp. 87-93.

LÉVY, J.P. (2003): "Modelización y análisis con ecuaciones estructurales", en LÉVY, J.P. y VARELA, J. (coords.) (2003): *Análisis multivariable para las Ciencias Sociales*. Pearson-Prentice Hall, Madrid, pp. 767-814.

LEWIS, J.R. (1994): "Patient views on quality care in general practice: literature review". *Social Science and Medicine*, vol. 39, nº 5, pp. 655-70.

LIKERT, R. (1932): "A Technique for the measurement of attitudes". *Archives of Psychology*, nº 140, pp. 1-55.

LIN, C. y JANG, W. (2008): "Successful ISO 9000 implementation in Taiwan: How can we achieve it, and what does it mean?". *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 57, nº 8, pp. 600-622.

LIPOVATZ, D.; STENOS, F. y VAKA, A. (1999): "Implementation of ISO 9000 quality systems in greek enterprises". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 16, nº 6, pp. 534-551.

LLONCH, J. (1996): "La orientación al mercado y otras orientaciones de la empresa". *Alta Dirección*, nº 187, pp. 76-82.

LLONCH, J., LÓPEZ BELBEZE, M.P. y EUSEBIO, R. (2007): "Orientación al aprendizaje, orientación al mercado, resultados y el efecto moderador de la procedencia funcional del Director General". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, nº 33, pp. 63-94.

LLONCH, J. y LÓPEZ BELBEZE, M.P. (2004): "La relación entre la orientación al mercado y los resultados y el efecto moderador de la estrategia genérica en dicha relación". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, nº 21, pp. 65-88.

LLOPIS, J. y TARÍ, J.J. (2003): "The importance of internal aspects in quality improvement". *International Journal of Quality*, vol. 20, nº 3, pp. 304-324.

LLORÉNS, F.J. y FUENTES, M.M. (2001): *Calidad Total: fundamentos e implantación*. Pirámide, Madrid.

LLORÉNS, F.J. y FUENTES, M.M. (2005): *Gestión de la calidad empresarial: fundamentos e implantación*. Pirámide, Madrid.

LLORÉNS, F.J.; VERDÚ, A. y MOLINA, L.M. (2003): "Factors affecting the relationship between total quality management and organizational performance". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 20, nº 2, pp. 189-209.

LOCKE, E.A. (1976): "The nature and causes of job satisfaction", en DUNNETTE, M.D. (ed.): *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Rand. McNally, Chicago, pp. 1297-1349.

LONGBOTTOM, D.; MAYER, R. y CASEY, J. (2000): "Marketing, total quality management and benchmarking: exploring the divide". *Journal of Strategic Marketing*, vol. 8, nº 4, pp. 327-340.

LÓPEZ CABANAS, M. y CHACÓN, F. (1997): *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Síntesis, Madrid.

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, pp. 113-131.

LORENZO, S. (1999): “¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria?”. *Revista de Calidad Asistencial*, nº 14, pp. 243-244.

LOVELOCK, C.H. (1997): *Mercadotecnia de servicios*. 3ª edición, Prentice Hall, México.

LOVELOCK, C.H. (2005): *Administración de empresas de servicios. Estrategias de marketing, operaciones y recursos humanos*. 4ª edición, Prentice Hall, México.

LUQUE, T. (1997): *Investigación de marketing. Fundamentos*. Ariel Economía, Barcelona.

LUQUE, T. (1999): “Encuestas para la investigación”, en SARABIA SÁNCHEZ, F.J. (coord.) (1999): *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Pirámide, Madrid, pp. 273-305.

LUQUE, T. (coord.) (2000): *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Pirámide, Madrid.

MAGD, H. y CURRY, A. (2003a): “ISO 9000 and TQM: are they complementary or contradictory to each other?”. *The TQM Magazine*, vol. 15, nº 4, pp. 244-256.

MAGD, H. y CURRY, A. (2003b): "An empirical analysis of management attitudes towards ISO 9001:2000 in Egypt". *The TQM Magazine*, vol. 15, nº 6, pp. 381-390.

MALHOTRA, M.K. y GROVER, V. (1998): “An assessment of survey research in POM: from constructs to theory”. *Journal of Operations Management*, vol. 16, nº 4, pp. 407-425.

MAQUEDA, J. y LLAGUNO, J.I. (1995): *Marketing estratégico para empresas de servicios*. Díaz de Santos, Madrid.

MARION, J.; PEIRO, S.; MÁRQUEZ, S. y MENEU, R. (1998): “Variaciones en la práctica médica: importancia, causa e implicaciones”. *Medicina Clínica*; vol. 110, nº 10, pp. 382-390.

MARTÍN ARMARIO, E. (1989): “El marketing de los servicios públicos”. *Cuadernos de Gestión*, nº 9, pp. 143-175.

MARTÍN ARMARIO, E. (1993): *Marketing*. Ariel, Barcelona.

MARTÍN ARMARIO, E. y COSSÍO, F.J. (2001): “La orientación al mercado y el rendimiento empresarial: el caso de la banca comercial española”. *Cuadernos de gestión*, vol. 1, nº 1, pp. 33-66.

MARTÍN ARMARIO, E.; RODRÍGUEZ-BOBADA REY, J. y BARROSO CASTRO, M.C. (2005): “Factores moderadores de la relación Orientación al Mercado-Resultados: un análisis multinivel”. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, nº 25, pp. 103-132.

MARTÍN ARMARIO, J. (2003): *Orientación al mercado y proceso de internacionalización de empresas*. Tesis doctoral, Universidad de Málaga.

MARTÍN DÁVILA, M.M.; MANERA, J.; PÉREZ DEL CAMPO, E. y otros (1997): *Marketing fundamental*. McGraw Hill, Madrid.

MARTÍNEZ BLANCO, R.; HIDALGO CAMACHO, B. y MÉNDEZ YÉCORA, L. (2010): “El Modelo EFQM como integrador de sistemas administrativos”. II Congreso Nacional sobre Planificación en Servicios Sociales, Management Plus Consulting SLU, Logroño.

MARTÍNEZ GARCÍA, J.A. y MARTÍNEZ CARO, L. (2007): “Medición de la calidad del servicio: desarrollo de escalas frente a medidas de un solo ítem: estudio comparativo”. *XX Congreso Nacional de AEDEM*, vol. 2. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499422>>.

MARTÍNEZ GÓMEZ, J.M.; MARTÍN GARCÍA, S.; BOHÓRQUEZ, A. y GÓMEZ MARTÍN, P. (coords.) (2008): *Gestión asistencial de residencias para mayores*. Ars Médica, Barcelona.

MARTÍNEZ RAMÍREZ, A.; VAN-DICK PUGA, M.A.; NÁPOLES RODRÍGUEZ, F.; ROBLES URIBE J.; RAMOS RAMOS, A. y VILLASEÑOR URREA, I. (1996): "Towards a strategy for quality assurance: satisfaction in the utilization of medical care". *Cuadernos de Saúde Pública*, nº 12, pp. 399-403.

MARTÍNEZ-LORENTE, A.R.; DEWHURST, F. y DALE, B.G. (1998): "Total quality management: origins and evolution of the term". *The TQM Magazine*, vol. 10, nº 5, pp. 378-386.

MARTÍNEZ-LORENTE, A.R. y MARTÍNEZ-COSTA, M. (2004): "ISO 9000 and TQM: substitutes or complementaries?". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 21, nº 3, pp. 260-276.

MATSUNO, K.; MENTZER, J.T. y RENTZ, J.O. (2000): "A refinement and validation of the MARKOR escale". *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 28, nº 4, pp. 527-539.

MATSUNO, K.; MENTZER, J.T. y ÖZSOMER (2002): "The effects of entrepreneurial proclivity and market orientation on business performance". *Journal of Marketing*, vol. 66, julio, pp. 18-32.

MAZAIRA, A.; DOPICO, A. y GONZÁLEZ, E. (2005): "Incidencia del grado de orientación al mercado de las organizaciones empresariales en el desarrollo de las capacidades estratégicas de marketing". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 14, nº 3. pp. 181-208.

McADAM, R. y FULTON, F. (2002): "The impact of the ISO 9000: 2000 quality standards in small software firms". *The TQM Magazine*, vol. 12 , nº 5, pp. 336-345.

McCARTHY, E.J. y PERRAULT, W.D. (1984): *Basic Marketing*. 8ª edición, Irwin, Homewood.

McDONALD, R.P. y HO, R.M. (2002): "Principles and practice in reporting structural equation analyses". *Psychological Methods*, nº 7, pp. 64-82.

McKIERNAN, P. y MORRIS, C. (1994): "Strategic planning and performance in SMEs: does formality matter?" *British Journal of Management*, nº 5, pp. 31-41.

McTEER, M.M. y DALE, B.G. (1994): "Are the iso 9000 series of quality management system standards of value to small companies?" *European Journal of Purchasing and Supply Management*, vol. 1, nº 4, pp. 227-235.

MEDINA TORNERO, M.E. (1993): "Análisis de calidad en los centros residenciales para mayores". *La Cristalera-Revista de Asuntos Sociales*, nº 2, pp. 41-49.

MEDINA TORNERO, M.E. (1996): "Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales". *Intervención Psicosocial*, vol. 5, nº 14, pp. 23-42.

MEDINA TORNERO, M.E. (1998a): "El debate de lo público y lo privado en Servicios Sociales". *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, nº 6, pp. 95-150.

MEDINA TORNERO, M.E. (1998b): "Evaluación del impacto en cuidadores de usuarios del SAD". *Anales de Psicología*, vol. 14, nº 1, pp. 105-127.

MEDINA TORNERO, M.E. (1999a): "La gestión de la calidad y el marketing en los servicios sociales". *La Cristalera-Revista de Asuntos Sociales*, nº 8, pp.13-26.

MEDINA TORNERO, M.E. (1999b): "La implantación de la calidad en servicios sociales: desafío a la tradición". *Papeles del psicólogo*, nº 74, pp. 24-37.

MEDINA TORNERO, M.E. (2000): *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia.

MEDINA TORNERO, M.E. (2006): "La implantación de la calidad en Servicios Sociales". *III Jornadas sobre Calidad en los Centros de Servicios Sociales*, Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales, Gobierno de La Rioja, Logroño, pp. 71-82.

MEUNIER, B. (1986): *Le marketing des services sociaux. Apports à leur évaluation et à leur management*. Presses Universitaires de Namur, Namur (Bélgica).

MELE, C. (2007): "The synergic relationship between TQM and marketing in creating customer value". *Managing Service Quality*, vol. 17, nº 3, pp. 240-258.

MÉNDEZ DE VALDIVIA, M. (1999): “La calidad como factor clave en el desarrollo del sistema público de servicios sociales del año 2000”. *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 12, pp. 77-99.

MERLI, G. (1995): *La calidad total como herramienta de negocio. Una respuesta estratégica al reto europeo*. Díaz de Santos, Madrid.

MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (MAP) (2000): *Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos*. Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007): *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*, Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005): *Libro Blanco de la Dependencia*, Madrid.

MIQUEL, S.; BIGNÉ, E.; LÉVY, J.P.; CUENCA, A.C y MIQUEL, M.J. (1997): *Investigación de mercados*. McGraw Hill, Madrid.

MIRA, J.J. (1999): “Innovaciones en la satisfacción de los pacientes”. *Revista de Calidad Asistencial*, nº 14, pp. 781-784.

MIRA, J.J., FERNÁNDEZ, E. y VITALLER, J. (1992): “La Calidad de la Asistencia en Salud Mental”. *Información Psicológica*, nº 48, pp. 62-71.

MIRA, J.J.; GALDÓN, M.; IGNACIO GARCÍA, E.; VELASCO, M.V.; GARCÍA, S. y VITALLER, J. (1999): “¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi”. *Revista de Calidad Asistencial*, nº 14, pp. 165-178.

MIRA, J.J.; LORENZO, S.; PÉREZ-JOVER, V. y RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (2006): “No estar satisfecho no equivale a estar insatisfecho”. *Revista Clínica Española*, nº 206, pp. 208-212.

MIRA, J.J.; LORENZO, S.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; ARANAZ, J. y SITGES, E. (1998): “La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario, ventajas y limitaciones”. *Revista de Calidad Asistencial*, nº 13, pp. 92-97.

MIRA, J.J.; LORENZO, S.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J. y BUIL, J.A. (1999): “Concepto y modelos de calidad: hacia una definición de calidad asistencial”. *Papeles del psicólogo*, nº 74, pp. 1-8.

MOELLER, J. (2001): “The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care”. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, nº 1, pp. 45-49.

MOHR-JACKSON, I. (1998): “Conceptualizing total quality orientation”. *European Journal of Marketing*, vol. 32, nº 1, pp. 13-22.

MOLINA-AZORÍN, J.F.; TARÍ, J.J.; CLAVER-CORTÉS, E. y LÓPEZ-GAMERO, M.D. (2009): “Quality management, environmental management and firm performance: a review of empirical studies and issues of integration”. *International Journal of Management Reviews*, vol. 11, nº 2, pp. 197-222.

MOLINER TENA, M.A; SÁNCHEZ, J. y BIGNÉ ALCAÑIZ, J.E. (2005): “El enfoque cultural de la orientación al mercado y los resultados empresariales: el efecto moderador del entorno”. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, nº 23, pp. 139-164.

MOOS, R.H. y LEMKE, S. (1979): *Multiphase Environmental Assessment Procedure: preliminary manual*. Social Ecology Laboratory. VA Stanford University Medical Center, Palo Alto, CA.

MORACHO, O. (2005): “Modelo e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias”, en REPULLO, J.R. y OTEO, L.A. (coords.) (2005): *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Ariel, Barcelona, pp. 301-333.

MORAIS, A. (2010): *Gestión de la calidad en las organizaciones universitarias: análisis de la adecuación de las normas ISO 9000 para su utilización en el ámbito universitario*. Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbao.

MORALES VALLEJO, P. (2007): *La fiabilidad de los tests y escalas*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Disponible en: <<http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>>.

MORENO-LUZÓN, M.D.; PERIS, F.J. y GONZÁLEZ, T. (2001): *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones*. Pearson educación, Madrid.

MORGAN, N.A. y PIERCY, N.F. (1992): "Market-led quality". *Industrial Marketing Management*, nº 21, pp. 111-118.

MORRIS, D.S.; BARNES, B.R. y LYNCH, J.E. (1999): "Relationship marketing needs total quality management". *Total Quality Management*, vol. 10, nº 4-5, pp. 659-666.

MUNUERA, J.L. (1992): "Evolución en las dimensiones del concepto de marketing". *Información Comercial Española*, nº 707, pp. 126-142.

MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L., y GONZÁLEZ SEARA, L. (dirs.) (1997): *Las estructuras del bienestar. Derecho, economía y sociedad en España*. Civitas, Madrid.

NAJMI, M. y KEHOE, D.F. (2001): "The role of performance measurement systems in promoting quality development beyond ISO 9000". *International Journal of Operations and Production Management*, vol. 21, nº 1-2, pp. 159-172.

NARVER, J.C. y SLATER, S. (1990): "The effect of a market orientation on business profitability". *Journal of Marketing*, nº 54, pp. 20-35.

NARVER, J.C.; SLATER, S. y TIETJE, B. (1998): "Creating a market orientation". *Journal of Marketing-Focused Management*, vol. 2, nº 2, pp. 241-255.

NEUMAYER, E. y PERKINS, R. (2005): "Uneven geographies of organizational practice: explaining the cross-national transfer and adoption of ISO 9000". *Economic Geography*, vol. 81, nº 3, pp. 237-259.

NOCI, G y TOLETTI, G. (2000): "Selecting quality-based programmes in small firms: A comparison between the fuzzy linguistic approach and the analytic hierarchy process". *International Journal of Production Economics*, vol. 67, nº 2, pp. 113-133.

NORMANN, R. (1984): *Service management*. John Wiley and Sons, Nueva York.

NUNNALLY, J.C. (1978): *Psychometric theory*. McGraw Hill. Nueva York.

NUROSIS, M.J. (1993): *SPSS. Statistical data analysis*. SPSS Inc.

OCDE (1996): *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*. OCDE, París.

OCDE (2000): *A system of health account*. OCDE, París.

OCDE (2005): *Long-term care for older people*. OCDE, París.

OLAECHEA, J.I. (2003): “Plan de calidad en centros residenciales”, en SETIÉN M.L. y SACANELL, E (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 345-351.

OLIVER, R.L. (1980): “A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions”. *Journal of Marketing Research*, nº 42, pp. 460-469.

OLSEN, R.E. (1994): “ISO 9000: a failsafe approach to successful compliance”. *Proceedings of the Annual International Conference of American Production and Inventory Society*, pp.705-708.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001): *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. IMSERSO, Madrid.

ORSINI, J.L. (1994): “Making marketing part of the quality effort”. *Quality Progress*, vol. 27, nº 4, pp. 43-46.

ØVRETVEIT, J. (2003): “What are the Best Strategies for Ensuring Quality in Hospitals?”. *WHO Regional Office for Europe*. Disponible en: <<http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>>.

OSAKIDETZA (2002): *Plan de calidad. Estrategia de mejora*. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

OSAKIDETZA (2007): *Memoria 2006*. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

OSAKIDETZA (2008): *Memoria 2007*. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

OSAKIDETZA (2009): *Memoria 2008*. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

OSBORNE, C.E. y THOMPSON, H.C. (1975): "Criteria for evaluation of ambulatory health care by chart audit: development and testing of a methodology. Final report of the Joint Committee on Quality Assurance of Ambulatory Health Care for Children and Youth". *Pediatrics*, vol. 56, nº 4, pp. 625-692.

O'SHEA, E. (2003): "La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes". *Boletín sobre el envejecimiento*, nº 6, pp. 2-23.

OSWALD, S.; TURNER, D.; SNIPES, R. y BUTLER, D. (1998): "Quality determinants and hospital satisfaction". *Marketing Health Services*, vol. 18, nº 1, pp. 18-22.

PALACIOS RAMOS, E.; ABELLÁN GARCÍA, A. y ESPARZA CATALÁN, C. (2008): "Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España". *Informes Portal Mayores*, nº 56, Madrid.

PAN, J. (2003): "A comparative study on motivation for and experience with ISO 9000 and ISO 14000 certification among Far Eastern countries". *Industrial Management and Data Systems*, vol. 103, nº 8/9, pp. 564-578.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A. y BERRY, L.L. (1985): "A conceptual model of service quality: its implications for future research". *Journal of Marketing*, vol. 28, nº 1, pp. 41-50.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A. y BERRY, L.L. (1988): "SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, vol. 64, nº 1, pp. 12-37.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A. y BERRY, L.L. (1991): "Refinement and reassessment SERVQUAL scale". *Journal of Retailing*, vol. 67, nº 4, pp. 420-449.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A. y BERRY, L.L. (1993): "More on improving service quality measurement". *Journal of Retailing*, vol. 69, nº 1, pp. 140-147.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A. y BERRY, L.L. (1994): "Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality". *Journal of Retailing*, vol. 58, nº 1, pp. 111-124.

PASCUAL, L.; URIS, J.; ALFONSO, M.D.; SANMARTÍN, D.; SANZ, J. y CAMPOS, C. (1995): "Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales". *Atención Primaria*, nº 15, pp. 421-425.

PARDINAS, F. (1984): *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Siglo XXI editores, México.

PARK, C.W. y ZALTMAN, G. (1987): *Marketing management*. Dryden Press, Chicago.

PAUL, S. (2007): "El dispositivo francés de evaluación de la calidad de las prestaciones ofrecidas por los centros y servicios sociales y sociosanitarios", en DEPARTAMENTO PARA LA POLÍTICA SOCIAL DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2007): *Calidad de atención a las personas dependientes: modelos de atención, evaluación y mejora progresiva de centros y servicios*, Diputación Foral de Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián, pp. 131-151.

PEARL, J. (2000): *Causality: models, reasoning and inference*. Cambridge University Press, Nueva York.

PEREZ TORNERO, J.M. y otros (1992): *La seducción de la opulencia*. Paidós, Barcelona.

PETERS, J. y SANDISON, G. (1998): "Quality assuring professional practices: a case example from a cancer treatment". *Managing Service Quality*, vol. 8, nº 4, pp. 231-234.

PETERSON, R. (1994): "A Meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha". *Journal of Consumer Research*, vol. 21, nº 2, pp. 381-391.

PHILLIPS-DONALDSON, D. (2004): "Gurus of quality: 100 years of Juran". *Quality Progress*, vol. 37, nº 5, pp. 25-39.

PHILLIPS-DONALDSON, D. (2006): "Good news - If You're ready". *Quality Progress*, vol. 39, nº 1, pp. 37-43.

PIERCY, N.F. (1998): "Marketing implementation: the implications of marketing paradigm weakness for the strategy execution process". *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 26, nº 3, pp. 222-236.

PITT, L.; CARUANA, A. y BERTHON, P. (1996): "Market orientation and business performance: some European evidence". *International Marketing Review*, vol. 13, nº 1, pp. 5-18.

PORTRAIT, F.; LINDEBOOM, F. y DEEG, D. (2000): "The use of long-term care services by the dutch ederly". *Health Economics*, vol. 9, nº 6, pp. 513-531.

POWELL, T.C. (1995): "Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study". *Strategic Management Journal*, vol. 16, nº 1, pp. 15-37.

PRAJOGO, D.I. y SOHAL, A.S. (2004): "The multidimensionality of TQM practices in determining quality and innovation performance: an empirical examination". *Technovation*, vol. 24, nº 6, pp. 443-454.

PRICE, F. (1989): "Out of Bedlan: management by quality leadership". *Management Decision*, nº 27, pp. 15-21.

PRIETO RODRÍGUEZ, M.A.; LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.A. y MARCH CERDÁ, J.C. (1994): "Percepción de usuarios sobre la calidad de los servicios de atención primaria y atención especializada", en *IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 193-194.

PRIETO RODRÍGUEZ, M.A.; MARCH CERDÁ, J.C. y LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.A. (1999): "Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas". *Atención Primaria*, nº 24, pp. 259-266.

QUAZI, H.A. y PADIBJO, S.R. (1998): "A journey towards total quality management through ISO certification: a study on small and medium sized enterprises in Singapore", *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 15, nº 5, pp. 489-508.

RAGOTHAMAN, S. y KORTE, L. (1999): "The ISO 9000 international quality registration: an empirical analysis of implications for business firms". *International Journal of Applied Quality Management*, vol. 2, nº 1, pp. 59-73.

RAHMAN, S. (2001): "A comparative study of TQM practice and organisational performance of SMEs with and without ISO 9000 certification". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 18, n° 1, pp. 35-49.

RAND CORPORATION (2004): *The quality of health received by older adults*. Disponible en: <[www.rand.org/pubs/research\\_briefs/2005/RB9051.pdf](http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2005/RB9051.pdf)>.

RANDOLPH, W.A. (1995a): "Navigating the journey to empowerment". *Organizational Dynamics*, vol. 23, n° 4, pp. 19-32.

RANDOLPH, W.A. (1995b): "Empowerment is not about increasing the power of employees". *Harvard Business Review*, vol. 73, n° 1, pp. 30-31.

RAYNER, P. y PORTER, L. (1991): "The experience of small and medium sized firms". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 8, n° 6, pp. 16-28.

REDDY, A.C. (1994): *Total quality marketing: the key to regaining market shares*. Quorum Books, Westport, CT.

REED, J.; KLEIN, B.; COOK, G y STANLEYD, D. (2003): "Quality improvement in German and UK care homes". *International Journal of Health*, vol. 16, n° 5, pp. 248-256.

RESCHOVSKY, J. D. (1998): "The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care". *Health Services Research*, vol. 33, n° 4, pp. 787-813.

RIBERA, J.M. (2002): "Atención a los mayores. ¿A quién corresponde?". *Siete Días Médicos*, especial geriatría, pp. 6-14.

RITCHIE, L. y DALE, B.G. (2000): "Self-assessment using the business excellence model: a study of practice and process". *International Journal of Production Economics*, vol. 66, n° 3, pp. 241-254.

RIVERA, P. y SATORRA, A. (2000): "Country Effects in ISSP-1993: Environmental data: comparison of SEM approaches". *Economics and Business Working Papers Series*, n° 458, consultado en <<http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/458.pdf>>.

ROBINSON, J.P.; SHAVER, P.R. y WRIGHTSMAN, L.S. (1991): *Measures of personality and social psychological attitudes*. Academy Press, San Diego, CA.

RODRÍGUEZ AYÁN, M.N. y RUIZ DÍAZ, M.A. (2008): “Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial”. *Psicológica*, nº 29, pp. 205-27.

RODRÍGUEZ-BOBADA, J. (2005): “Efecto moderador de la tipología estratégica en la relación orientación al mercado-resultados”. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 14, nº 4, pp. 121-138.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2000): “La reestructuración del Estado de Bienestar en España y la estructura de la desigualdad”, prólogo en ADELANTADO, J. (coord.) (2000): *Cambios en el Estado de Bienestar*. Icaria, Barcelona.

RODRÍGUEZ CASTELLANOS, A.; GARCÍA MERINO, J.D. y PEÑA CEREZO, M.A. (2005): “La metodología científica en Economía de la Empresa en la actualidad”. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 11, nº 2, pp. 143-162.

RODRÍGUEZ DEL BOSQUE, I. (1999): “La construcción del cuestionario”, en SARABIA, F.J. (1999): *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Pirámide, Madrid, pp. 307- 332.

RODRÍGUEZ ESCUDERO, A.I. y GUTIÉRREZ CILLÁN, J. (1999): “Ciencia y método científico”, en SARABIA, F.J. (1999): *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Pirámide, Madrid, pp. 21-50.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999): “La Residencia: concepto, destinatario y objetivos generales”, en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (coord.) (1999): *Residencias para personas mayores*. Médica Panamericana, Madrid, pp. 43-68.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006): “El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia”. Documento de trabajo 87/2006. Fundación Alternativas, Madrid.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2007a): “Evolución de las residencias y otros alojamientos en el contexto internacional”, en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (coord.) (2007): *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Médica Panamericana, Madrid, pp. 3-26.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2007b): “Las preferencias, los principios y criterios de la intervención y los derechos de las personas mayores”, en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (coord.) (2007): *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Médica Panamericana, Madrid, pp. 27-46.

RODRÍGUEZ ROLDÁN, F. y otros (2003): *Estudio de los estándares de los servicios y de los equipamientos en residencias de personas mayores*. IMSERSO, Madrid.

RODRÍGUEZ ROVIRA, E. (2004): “Calidad centrada en las personas con dependencia: la visión de la persona mayor”. I Congreso Internacional Calidad en Servicios a la Dependencia, Valladolid.

ROLDAN GARCÍA, E. (2001): *¿Hacia un sistema mixto de bienestar social? La evolución de los servicios sociales en España*. Complutense, Madrid.

ROSADO, M.J. (2003): “Calidad o servicio en la Comunidad de Madrid”, en SETIÉN, M.L. y SACANELL, E. (coords.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 253-266.

ROVIRA, J. (1992): “La contratación externa, perspectivas y líneas de actuación futuras”, en MONTSERRAT, J. (coord.) (1992): *La contratación externa de los servicios sociales*. Asociación de Economía de la Salud, Barcelona, pp. 65-74.

RUEKERT, R. (1992): “Developing a market orientation: an organizational strategy perspective”. *International Journal of Research in Marketing*, nº 9, pp. 225-245.

RUIZ DÍAZ, M. (2008): “Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales”, en VERDUGO, M.A.; CRESPO, M.; BADÍA, M. y ARIAS, B. (coords.) (2008): *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales*. SAID, Salamanca, pp. 43- 74.

RUIZ ROQUEÑI, M. (2000): “Marketing sanitario”, en AGUIRRE GARCÍA, M.S. (2000): *Marketing en sectores específicos*. Pirámide, Madrid, pp. 301-338.

RUST, R.T. y OLIVER, R.L. (1994): “Service quality: insights and managerial implications from the frontier”, en RUST, R.T. y OLIVER, R.L. (eds): *Service quality: new directions in theory and practice*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 1-19.

RYAN, S. y HURLEY, J. (2004): "Have total quality management, business process re-engineering and the learning organisation been replaced by knowledge management? An exploration of the meaning, popularity and practical relevance of late 20<sup>th</sup> century management theories". *Irish Journal of Management*, vol. 25, nº 1, pp. 41-55.

SACANELL, E. (1995): "El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales". *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 26, pp. 63-87.

SACANELL, E. y SETIÉN, M. (2003): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia.

SAMAT, N., RAMAYAH, T. y SAAD, N.M. (2006): "TQM practices, service quality and market orientation. Some empirical evidence from a developing country". *Management Research News*, vol. 29, nº 11, pp. 713-728.

SAMPAIO, P., SARAIVA, P. y RODRIGUES, A.G. (2009): "ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 26, nº 1, pp. 38-58.

SAMSON, D. y TERZIOVSKI, M. (1999): "The relationship between total quality management practices and operational performance". *Journal of Operations Management*, nº 17, pp. 393-409.

SÁNCHEZ PÉREZ, M. y SARABIA SÁNCHEZ, F.J. (1999): "Validez y fiabilidad de escalas", en SARABIA SÁNCHEZ, F.J. (coord.) (1999): *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Pirámide, Madrid, pp. 363-393.

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, A. y MANCEBÓN, M.J. (2002): "Envejecimiento y dependencia", en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L. y GONZÁLEZ SEARA, L. (coords.) (2002): *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*. Cívitas, Madrid, pp. 313-354.

SANCHO CASTIELO (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales". *Siete Días Médicos*, especial geriatría, pp. 29-35.

SANCHO ROYO, D. (1999): *Gestión de servicios públicos: Estrategias de marketing y calidad*. Tecnos, Madrid.

SAN MIGUEL, E.; HERAS, I. y ELGOIBAR, P. (2009a): “Marketing y gestión de la calidad total: dos enfoques convergentes”. *Revista de Dirección y Administración de Empresas*, nº 16, pp. 83-109.

SAN MIGUEL, E.; ALLUR, E. y VILLALBA, J. (2009b): “Análisis de los sitios web de las residencias para personas mayores de la CAPV”. *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 46, pp. 173-182.

SANTESMASES MESTRE, M. (2007): *Marketing: Conceptos y Estrategias*. 5ª edición, Pirámide, Madrid.

SANTOS VIJANDE, M.L. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2006): “La gestión de calidad total y la orientación al mercado: dos culturas de gestión clave para la competitividad de las empresas asturianas”. *Revista Asturiana de Economía*, nº 37, pp. 55-84.

SANTOS VIJANDE, M.L. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2007a): “La influencia de la gestión de calidad total en la aplicación del concepto de marketing y en el rendimiento empresarial excelente”. *Cuadernos Aragoneses de Economía*, vol. 17, nº 2, pp. 439-466.

SANTOS VIJANDE, M.L. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2007b): “Sistemas de gestión y desarrollo del marketing en las organizaciones: efectos de la calidad total según el modelo EFQM de excelencia”. *Revista Española de Investigación de Marketing*, vol. 11, nº 2, pp. 37-64.

SANTOS VIJANDE, M.L. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2007c): “Gestión de calidad total de acuerdo con el modelo EFQM: evidencias sobre sus efectivos en el rendimiento empresarial”. *Universia Business Review*, nº 13, pp. 76-89.

SANTOS VIJANDE, M.L. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2007d): “Efecto sinérgico de la gestión de la calidad total y la orientación al mercado: análisis exploratorio”. *XX Congreso anual de AEDEM*, vol. 1 (ponencias), pp. 231-244.

SANTOS VIJANDE, M.L. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2009): “TQM's contribution to marketing implementation and firm's competitiveness”. *Total Quality Management & Business Excellence*, vol. 20, nº 2, 2009, pp. 171-196.

SANTOS VIJANDE, M.L.; VÁZQUEZ CASIELLES, R. y ÁLVAREZ GONZÁLEZ, L.I. (2005): “Escalas de medida del concepto de orientación al mercado: revisión crítica de su contenido y de sus propiedades psicométricas”. *ESIC market*, nº 120, pp. 121-202.

SARABIA SÁNCHEZ, F.J. (1999): “Construcción de escalas de medida”, en SARABIA SÁNCHEZ, F.J. (coord.) (1999): *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Pirámide, Madrid, pp. 333-361.

SARAPH, J.V.; BENSON, P.G. y SCHROEDER, R.G. (1989): “An instrument for measuring the critical factors of quality management”. *Decision Sciences*, vol. 20, nº 4, pp. 810-829.

SARASOLA, A. y BAZO, M.T. (1995): “Las personas residentes”, en SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (1995): *Residencias para personas mayores*. S.G. editores, Barcelona, pp. 121-144.

SARAVANAN, R. y RAO, K.S.P. (2006): “Development and validation of an instrument for measuring total quality service”. *Total Quality Management & Business Excellence*, vol. 17, nº 6, pp. 733-749.

SATORRA, A. (2001): “Goodness of fit testing of structural equation models with multiple group data and nonnormality”, en CUDECK, R.; DU TOIT, S. y SÖRBOM, D. (eds.) (2001): *Structural equation modeling: present and future*. Scientific Software International, Lincolnwood, IL.

SATURNO, P.J. (1995): “Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios”. *Revista Española de Salud Pública*, nº 69, pp. 163-175.

SATURNO, P.J.; GASCÓN, J. y PARRA, J.P. (1997): *Tratado de calidad asistencial en atención primaria*. Du Pont Pharma, Madrid.

SAURA, J. (1997): “Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica clínica”, en SATURNO, P. (ed.) (1997): *Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo III*. Du Pont Pharma, Madrid, pp. 73-95.

SETIÉN, M.L. y ARRIOLA, M.J. (1998): “Política social y servicios sociales”, en ALEMÁN, M.C. y GARCÉS, J. (coords.): *Política social*. McGraw Hill, Madrid, pp. 323-353.

SETIÉN, M.L. y SACANELL, E. (coords.) (2003): *La calidad en los Servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Tirant lo Blanch, Valencia.

SHAPIRO, P.B. (1988): "What the hell is market oriented". *Harvard Business Review*, vol. 6, nº 6, pp. 119-125.

SHAW, C. y KALO, I. (2002): *A background for national quality policies in health systems*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

SIERRA BRAVO, R. (2001): *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios*. Paraninfo, Madrid.

SIGUAW, J. y DIAMANTOPOULOS, A. (1995): "Measuring market orientation: some evidence on Narver and Slater's three component scale". *Journal of Strategic Marketing*, vol. 3, nº 2, pp. 77-88.

SIGUAW, J.A.; SIMPSON, P.M. y BAKER, T.L. (1998): "Effects of supplier market orientation on distributor market orientation and the channel relationship: the distributor perspective". *Journal of Marketing*, vol. 62, nº 3, pp. 99-111.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2001a): *Garantía de Calidad - Kalitatea Zainduz, manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Fundación Eguía- Careaga, Donostia-San Sebastián.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2001b): *Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?* Fundación Eguía- Careaga, Donostia-San Sebastián.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2005): *Atención a personas mayores de la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales*. Ararteko, Vitoria-Gasteiz.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2006): *Quinto informe sobre la situación de los servicios sociales en la CAPV*. Consejo Vasco de Bienestar Social, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2007): *Sexto informe sobre la situación de los servicios sociales en la CAPV*. Consejo Vasco de Bienestar Social, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2009): *Séptimo informe sobre la situación de los servicios sociales en la CAPV*. Consejo Vasco de Bienestar Social, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2009): *Orientaciones básicas para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de servicios sociales en Gipuzkoa*. Departamento para la Política Social, Diputación Foral de Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián.

SILA, I. y EBRAHIMPOUR, M. (2002): "An investigation of the total quality management survey based research published between 1989 and 2000: a literature review". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 19, nº 7, pp. 902-970.

SINGELS, J.; RUEL, G. y VAN DE WATER, H. (2001): "ISO 9000 series: certification and performance". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 18, nº 1, pp. 62-75.

SITZIA, J. (1999): "How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies". *International Journal of Quality Health Care*, vol. 11, nº 4, pp. 319-328.

SKRABEC, Q.R.; RAGU-NATHAN, T.S.; SUBBA, R.S. y BHATT, B.T. (1997): "ISO 9000: do the benefits outweigh the costs?" *Industrial Management*, vol. 39, nº 6, pp. 26-30.

SLATER, R.H. (1991): "Integrated process management: a quality model". *Quality Progress*, vol. 24, nº 4, pp. 69-73.

SOLDEVILLA, E. (1995): "Metodología de investigación de la Economía de la Empresa". *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 1, nº 1, pp. 13-63.

SPENCER, B.A. (1994): "Models of organization and total quality management: a comparison and critical evaluation". *Academy of Management Review*, vol. 19, nº 3, pp. 446-471.

STAHL, M.J. y GRIGSBY, D.W. (1997): *Strategic Management. Total quality and global competition*. Blackwell Publishers, Oxford.

STANTON, W.J. (1992): *Fundamentos de marketing*. 5ª edición, McGraw-Hill, México.

STEENKAMP, J.E.M. y VAN TRIJP, H.C.M. (1991): "The Use of LISREL in validating marketing constructs". *International Journal of Research in Marketing*, vol. 8, nº 4, pp. 283-299.

STEINMAN, C.; DESHPANDÉ, R. y FARLEY, J.U. (2000): "Beyond market orientation: when customers and suppliers disagree". *Journal of Marketing Science*, vol. 28, nº 1, pp. 109-119.

STEVENSON, H.T. y BARNES, C.F. (2002): "What industrial marketers need to know about ISO 9000 certification: a review, update, and integration with marketing". *Industrial Marketing Management*, nº 31, pp. 695-703.

SUN, H. (2000): "Total quality management, ISO 9000 certification and performance improvement". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 17, nº 2, pp. 168-179.

SUN, H.; LI, S.; HO, K.; GERTSEN, F.; HANSEN, P. y FRICK, J. (2004): "The trajectory of implementing ISO 9000 standards versus total quality management in Western Europe". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 21, nº 2, pp. 131-153.

SUN, Y.Y. (2007): "Adjusting input-output models for capacity utilization in service industries". *Tourism Management*, vol. 28, nº 6, pp. 1507-1517.

SUÑOL, R. y BAÑERES, J. (2005): "Calidad asistencial", en RODÉS, J. (2005): *Tratado de medicina interna*, 2ª Edición, Parte XXVI, cap. 8, Masson, Barcelona.

SURESHGHANDAR G.S., CHANDRASEKHARAN R., y ANANTHARAMAN R.N. (2002): “The relationship between management’s perception of total quality service and customer perceptions of service quality”. *Total Quality Management*, vol. 13, nº 1, pp. 69-88.

TAMINI, N. (1998): “A second-order factor analysis of critical TQM factors”. *International Journal of Quality Science*, vol. 3, nº 1, pp. 71-79.

TARÍ GUILLÓ, J.J. (2006), “An EFQM model self-assessment exercise at a Spanish university”. *Journal of Educational Administration*, vol. 44, nº 2, pp. 170-188.

TAYLOR, M y VIGARS, C. (1993): *Management and delivery of social care*. Longman, Harlow.

TEAS, R. (1993): “Expectations, performance evaluation, and consumer’s perceptions of quality”. *Journal of Marketing*, vol. 57, octubre, pp. 18-34.

TOWNSEND, P. y GEBHARDT, J. (1996): “The importance of the Baldrige to US economy”. *Journal for Quality and Participation*, vol. 19, nº 4, pp. 6-13.

TORRES, M.; NUÑEZ, J.; MARTÍNEZ, J. y SUÁREZ, J.L. (2007): “La atención de las necesidades residenciales para personas mayores”. Documento de investigación nº 664. IESE Business School, Barcelona.

TRESERRA, M.A. (dir.) (1993): *Pla integral de la gent gran*. Departamento de Bienestar Social, Generalitat de Catalunya, Capitols, Barcelona.

VAN DER BIJ, J.D.; VOLLMAR, T. y WEGGEMAN M. (1998): “Quality systems in health care: a situational approach”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 11, nº 2, pp. 65-70.

VAN DER WIELE, T.; DALE, B. y WILLIAMS, R. (2000): “Business improvement through quality management systems”. *Management Decision*, vol. 38, nº 1, pp. 19-23.

VARELA, J.A.; BENITO, L. y CALVO, A. (1996): “Antecedentes ambientales, orientación al mercado y crecimiento de la empresa. Una investigación empírica”. *VIII Encuentros de Profesores Universitarios de Marketing*, Zaragoza, pp. 301-310.

VARELA, J.A. y CALVO, A. (1998): "Comportamiento orientado por el mercado: internacionalización y otros antecedentes seleccionados: una investigación empírica". *Información Comercial Española*, nº 774, pp. 37-52.

VARELA, J.A.; GUTIÉRREZ, A. y ANTON, C. (1998) "La cultura de orientación al mercado y otros antecedentes seleccionados del rendimiento empresarial. Un contraste de metodologías", *X Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing*, Santander, pp. 135-155.

VÁZQUEZ, R.; SANTOS, M.L.; ÁLVAREZ, L.I y DÍAZ, A.M. (1999): "Desarrollo metodológico de la orientación al mercado desde un doble perspectiva cultural y comportamental: consecuencias, efectos moderadores y estrategias empresariales". *XI Encuentro de Profesores de Marketing*, Valladolid, pp. 133-142.

VÁZQUEZ, R.; SANTOS, M.L. y ÁLVAREZ, L.I. (2001): "Market orientation, innovation and competitive strategies in industrial firms". *Journal of Strategic Marketing*, vol. 9, nº 1, pp. 69-90.

VERNETTE, E. (1995): "Eficacia de los instrumentos de estudio: evaluación de las escalas de medida". *Investigación y Marketing*, nº 48, pp. 49-66.

VILLEGAS, M. y ROSA DÍAZ, I. (2003): "La calidad asistencial: concepto y medida". *Revista de Dirección y Organización, CEPADE*, Universidad politécnica de Madrid, nº 23, pp. 29-58.

WAGNER, G. (1988): *Residential care: a positive choice. Report of the independent review of residential care*, HMSO, Londres.

WALDMAN, D.A. (1994): "The contributions of Total Quality Management to a Theory of Work Performance". *Academy of Management Review*, vol. 19, nº 3, pp. 510-536.

WALKER, A. (1984): "The political economy of privatization", en LE GRAND, J. y ROBINSON, R. (eds.) (1984): *Privatization and the Welfare State*. Allen and Unwin, Londres, pp. 14-39.

WALKER, A.; GUILLEMARD, A.M. y ALBER, J. (1993): *Las persona mayores en Europa: políticas sociales y económicas*. Comisión Europea, Bruselas.

WAYHAN, V.B. y BALDERSON, E.L. (2007): "TQM and financial performance: What has empirical research discovered?". *Total Quality Management and Business Excellence*, vol. 18, nº 3, pp. 403-412.

WEBER, M. (1947): *The theory of social and economic organization*. Oxford University Press, Nueva York.

WEBSTER, F.E. (1988): "Rediscovering the marketing concept". *Business Horizons*, nº 31, pp. 29-39.

WEBSTER, F.E. (1992): "The changing role of marketing in the corporation". *Journal of Marketing*, vol. 56, nº 4, pp.1-17.

WEBSTER, F.E. (1994a): "Executing the new marketing concept". *Journal of Marketing Management*, vol. 3, nº 1, pp. 9-16.

WEBSTER, F.E. (1994b): *Market-driven management*. John Wiley and Sons, Nueva York.

WITHERS, B., y EBRAHIMPOUR, M. (1996): "An examination of ISO 9000 registration practices of American, German and Japanese firms in USA". *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 13, nº 7, pp. 8-22.

WITHERS, B. y EBRAHIMPOUR, M. (2001): "Impacts of ISO 9000 registration on European firms: a case analysis". *Integrated Manufacturing Systems*, vol. 12, nº 2, pp. 139-151.

WONGRASSAMEE, S.; GARDINER, P.D. y SIMMONS, J.E.L. (2003): "Performance measurement tools: the balanced scorecard and the EFQM excellence model". *Measuring Business Excellence*, vol. 7, nº 1, pp. 14-29.

WOLFE, C.; McKEVITT, C. y RUDD, A. (2002): *Stroke services: policy and practice across Europe*. Radcliffe Medical Press, Oxford.

WOLFELSPERGER, A. (1969): *Les biens collectifs*. Presses Universitaires de France, París.

WOON, K.C. (2000): "TQM implementation: comparing Singapore's service and manufacturing leaders". *Managing Service Quality*, vol. 10, nº 5, pp. 318-331.

YIN, R.K. (1994): *Case study research. Design and methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

ZALAKAIN, J. (2009): “Orientaciones básicas para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de Servicios Sociales en la CAPV”. *Zerbitzuan, Gizarte Zerbitzuetako Aldizkaria-Revista de Servicios Sociales*, nº 46, pp. 73-102.

ZASTOWNY, T.R.; ROGHMANN, K.J. y CAFFERATA, G.L. (1989): “Patient satisfaction and the use of health services”. *Medical Care*, vol. 27, nº 7, pp. 705-723.

ZEITHAML, V.A.; BERRY, L. y PARASURAMAN, A. (1988): “Communication and control processes in the delivery of service quality”. *Journal of Marketing*, vol. 52, nº 2, pp. 35-48.

ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A. y BERRY, L. (1985): “Problems and Strategies in Services marketing”. *Journal of Marketing*, vol. 49, nº 2, pp. 33-46.

ZEITHAML V.A.; PARASURAMAN, A. y BERRY, L. (1990): *Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations*. The Free Press, Nueva York.

ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A. y BERRY, L. (1993): *Calidad total en la gestión de servicios*. Díaz de Santos, Madrid.

ZHANG, Z.; WASZINK, A. y WINJGAARD, J. (2000): “An instrument for measuring TQM implementation for Chinese manufacturing companies”. *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 17, nº 7, pp. 730-755.

ZIKMUND, W.G. (1994): *Exploring marketing research*. The Dryden Press, Forth Worth, TX.

**ANEXOS**



**Anexo 1**



Donostia-San Sebastián, a 1 de septiembre de 2009

Estimado Señor/a:

Somos un grupo de profesores de la UPV/EHU que desde hace años venimos analizando el efecto que ha tenido la gestión de la calidad en el ámbito sociosanitario. En la actualidad, estamos trabajando en un proyecto de investigación académica, financiado por la Diputación Foral de Gipuzkoa y dirigido por el profesor Iñaki Heras de la Escuela Universitaria de Estudios Empresariales de San Sebastián (UPV/EHU), que tiene como objetivo evaluar la incidencia de la adopción de los modelos generales de Gestión de la Calidad en el ámbito de los centros de día y las residencias para mayores de la CAPV, tratando de examinar las motivaciones, los obstáculos y los resultados de dichas adopciones en la mejora de la calidad del servicio ofrecido.

Por otro lado, en paralelo al proyecto de investigación, un miembro del equipo investigador (el profesor Eduardo San Miguel) trabaja en su proyecto de Tesis Doctoral relacionada con la adopción de modelos de Gestión de la Calidad en el ámbito de los servicios sociales. De esta forma, la información que les solicitamos tendrá, además, una clara relevancia en la elaboración del citado proyecto de Tesis.

Adjunto a esta carta de presentación le remitimos un **cuestionario**, muy breve, para que, una vez cumplimentado, nos lo remita por favor en el sobre franqueado para tal fin. El carácter del cuestionario, como queda indicado, es **confidencial y anónimo**.

Para cualquier información adicional puede ponerse en contacto con el coordinador del estudio, Erlantz Allur, investigador de la UPV-EHU, en el teléfono 943-015706 o en la dirección [erlantz.allur@ehu.es](mailto:erlantz.allur@ehu.es)

Muchas gracias por su colaboración. Reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Erlantz Allur Aranburu  
Investigador del Dpto. de Organización de empresas  
Universidad del País Vasco – Euskal Herriko unibertsitatea





## Anexo 2

Donostia 2009ko irailaren 7a

Jaun/Andere agurgarria:

EHU-UPVko irakasle talde bat gara eta gizarte-osasun esparruan kalitatearen kudeaketak izan duen eragina aztertzen aritu gara azken urteotan. Egun, Gipuzkoako Foru Aldundiak finantzatu eta Donostiako Enpresa Ikasketen Unibertsitate Eskolako Iñaki Heras irakasleak zuzendutako ikerketa proiektu akademiko batean dihardugu lanean. Helburua Eguneko Zentru eta Zaharren Egoitzetan Kalitate Kudeaketako eredu orokorren txertaketek izan duten eragina ikertzea da, eskainitako zerbitzuaren kalitatean izandako emaitza, oztopo eta motibazioak aztertuz.

Bestalde, proiektu honen harian, ikerlari taldeko kide bat (Eduardo San Miguel irakaslea) gizarte zerbitzuetan Kalitate Kudeaketarako ereduaren adopzioarekin erlacionatutako bere Doktoretza Tesirako lanean ari da. Gisa honetara, eskatzen dizuegun informazioak garrantzia handia izango du aipatzen dizuegun tesiaren proiektuan.

Aurkezpen gutun honekin batera, **galdetegi** labur bat igortzen dizugu, behin betetakoan, horretarako frankeatua izan den gutunazalean itzul diezaguzun. Galdeketaren izaera **isilpekoa** eta **anonimoa** da.

**Informazio gehiago** nahi izanez gero, jar zaitez harremanetan ikerketaren koordinatzailea den Erlantz Allur-ekin, 943 015706 telefonoa edo [erlantz.allur@ehu.es](mailto:erlantz.allur@ehu.es) helbide elektronikoaren bidez.

Mil esker zure laguntzagatik. Jaso ezazu nire agurrik beroena.

Adeitasunez,

Erlantz Allur Aranburu  
Enpresa Antolaketa Departamentuko ikerlaria  
Euskal Herriko Unibertsitatea – Universidad del País Vasco





Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

### Anexo 3



ENPRESA IKASKETEN UNIBERTSITATE ESKOLA  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ESTUDIOS EMPRESARIALES  
DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN

#### AURKEZPENA

Galdetegi honen bitartez **Zaharren Egoitzen** eremuan kalitatearen kudeaketak izan duen eraginaren berri jaso nahi da. Horrez gain, zuen elkarteko beste kudeaketa ekintzekin erlazionaturiko aspektuetaz ere galdetzen da.

Galdetegi labur hau betetzeko **10 minutu** baino ez dituzu beharko. Inkesta **isilpekoa eta anonimoa** da eta ez dira datu indibidualizatuak publikatuko edo besterenganatuko. Informazio hau taula globalizatuak osatzeko edota banakako informazio koalitatibo anonimoa osatzeko erabiliko da soilik.

Bukaerako txostena egin ostean, eta hala nahi izango bazenukete, honen ale bat bidaliko zaizue. Bestelako argibiderik behar izanez gero, jar zaitezte harremanetan:

Erlantz Allur  
Enpresa Ikasketen U.E. – Euskal Herriko Unibertsitatea  
Oñati Plaza 1 – 20018 Donostia  
erlantz.allur@ehu.es  
Telf: 943 015 706 / 943 018 374 - Faxa: 943 018 360

#### PRESENTACIÓN

El objetivo de este cuestionario consiste en recabar información sobre el efecto que ha tenido la gestión de la calidad en el ámbito de las **Residencias para mayores**. El cuestionario se centra, asimismo, en otros aspectos relacionados con actividades de gestión de su organización.

El cuestionario ha sido diseñado de forma que sea muy rápido de contestar, tan sólo precisará de unos **10 minutos** para cumplimentarlo. Esta encuesta es **confidencial y anónima**, no se publicarán ni facilitarán datos individualizados. La información obtenida sólo servirá para elaborar cuadros de información descriptiva con datos agrupados.

Una vez realizado el informe final, se les facilitará, si así lo desean, un ejemplar del mismo. Para cualquier aclaración adicional se pueden poner en contacto con:

Erlantz Allur  
E.U.E. Empresariales – Universidad del País Vasco  
Plaza Oñati 1 – 20018 Donostia –San Sebastián  
erlantz.allur@ehu.es  
Telf: 943 015 706 / 943 018 374 - Fax: 943 018 360



Gipuzkoako Foru Aldundia  
Diputación Foral de Gipuzkoa  
Berrikuntzarako eta Jakintzaren Gizarterako Departamentua  
Departamento para la Innovación y la Sociedad del Conocimiento

## Datos básicos

1.- Cargo .....

2.- Experiencia en el sector (años):.....

3.- ¿Ha recibido algún tipo de formación específica para su labor de gestión en los últimos años?  
 Sí  No  (especificarla)

## Acciones de marketing

4.- Por favor, indique si su Residencia realiza o dispone de ...



Folletos explicativos de la organización y de los servicios que presta	Sí	No
Visitas planificadas para residentes/familiares potenciales	Sí	No
Protocolo de acogida al residente	Sí	No
Órgano de representación de los residentes en la gestión de la Residencia	Sí	No
Plan de Atención Individualizado (PAI)	Sí	No
Plan de marketing	Sí	No
Publicación periódica dirigida a residentes	Sí	No
Publicación periódica remitida a familiares	Sí	No
Memoria anual de actividades	Sí	No

5.- En caso de realizar algún tipo de acción publicitaria indique los medios de comunicación que utiliza:

- TV  Radio  Prensa  Revistas  Internet  Otros: .....

6.- ¿Cómo suelen conocer sus usuarios potenciales (tanto residentes, como familiares) su organización?

- Boca a boca  
 Acciones de comunicación realizadas (mailings, prensa, etc.)  
 A través de prescriptores (trabajadores/as sociales, médicos/as, etc.)  
 Página web (internet)  
 Otros: .....

7.- Valore la importancia que tienen las actividades de marketing en la gestión de su Residencia:

- muy baja  baja  media  alta  muy alta

## Información sobre competidores

8.- Indique, en una escala de 1 (menor) a 5 (mayor), el grado de competencia que existe entre su Residencia y:

Apartamentos tutelados	1	2	3	4	5	Prestaciones económicas	1	2	3	4	5
Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	1	2	3	4	5	Viviendas comunitarias	1	2	3	4	5
Centros de día	1	2	3	4	5	Otras residencias	1	2	3	4	5

9.- Respecto a otras Residencias, ¿cómo sitúa usted el nivel de precios de una plaza privada en su Residencia?

- por debajo  al mismo nivel  por encima

10.- Indique en qué aspectos considera que su Residencia está mejor que la competencia y en qué aspectos considera que está peor:

Mejor

- .....
- .....
- .....

Peor

- .....
- .....
- .....

## Orientación al mercado

11.- A continuación le pedimos que nos indique su grado de acuerdo o desacuerdo, medido en una escala de 1 a 5, respecto a las siguientes afirmaciones relacionadas con su Residencia:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

Los diferentes departamentos están bien coordinados para atender a nuestro mercado	1	2	3	4	5
Cada uno de nuestros responsables sabe cómo contribuir a mejorar la satisfacción del residente	1	2	3	4	5
El personal se reúne periódicamente para planificar de forma conjunta la respuesta a los cambios que ocurren en el entorno	1	2	3	4	5
Nos reunimos periódicamente con nuestros residentes y familiares para conocer sus necesidades actuales y las del futuro	1	2	3	4	5
Medimos periódicamente la satisfacción de los residentes y familiares con nuestros servicios	1	2	3	4	5
Tratamos de conocer en profundidad a los competidores (precios, actividades de comunicación, modelos de atención, etcétera)	1	2	3	4	5
Detectamos inmediatamente los cambios importantes en nuestro sector	1	2	3	4	5
Periódicamente revisamos nuestros servicios para asegurarnos que se ajustan a los deseos de residentes y familiares	1	2	3	4	5
La información sobre la satisfacción de residentes y familiares se distribuye a todos los departamentos de la Residencia de forma sistemática	1	2	3	4	5
La dirección de la Residencia analiza las fortalezas y debilidades de los competidores	1	2	3	4	5
Cuando el personal dispone de información importante sobre nuestros competidores lo comunica rápidamente a la dirección	1	2	3	4	5

12.- Seguidamente, le pedimos que siga indicando su opinión respecto a las siguientes afirmaciones relacionadas con las acciones comerciales de su Residencia:

Cualquier información procedente del mercado se distribuye entre todos los departamentos	1	2	3	4	5
Nos dirigimos a los segmentos del mercado en los que tenemos o podemos conseguir ventajas competitivas	1	2	3	4	5
Nuestros servicios están diseñados en función de las necesidades de los residentes y familiares	1	2	3	4	5
Ofrecemos información completa a nuestros residentes y familiares para un mejor aprovechamiento de nuestros servicios	1	2	3	4	5
Atendemos todas las quejas de los residentes y familiares	1	2	3	4	5
Respondemos rápidamente a las acciones de la competencia	1	2	3	4	5
El precio para una plaza privada se decide, principalmente, considerando el valor que otorgan a nuestros servicios los residentes y familiares	1	2	3	4	5
Estamos satisfechos con el grado de cumplimiento del plan de marketing previsto	1	2	3	4	5
Participamos activamente en acciones tendentes a mostrar al público en general la utilidad social de nuestro sector	1	2	3	4	5
Nos adaptamos con rapidez a los cambios legislativos	1	2	3	4	5

## Gestión de la calidad

13.- Evalúe su grado de conocimiento respecto a los siguientes modelos de gestión de la calidad:

(valórelos de 1 a 5, de un menor a un mayor conocimiento)

Norma ISO 9001	1	2	3	4	5
Normas UNE 158000 de AENOR	1	2	3	4	5
Modelo de autoevaluación EFQM	1	2	3	4	5
Modelos de evaluación o garantía de la calidad asistencial específicos del ámbito residencial (SERA, HAFLI, SIIS, etc.)	1	2	3	4	5
Manuales de buenas prácticas de ámbito residencial	1	2	3	4	5

14.- ¿Su Residencia tiene implantado algún tipo de modelo de gestión de la calidad? Indique cuál / cuáles:

- Modelo/s
- Sí
- No, pero estamos en proceso de implantación
- No, pero lo pensamos implantar en el futuro
- No
- .....
- .....
- .....

15.- Evalúe la utilización de las siguientes acciones-herramientas-métodos en su Residencia:

(valórelos de 1 a 5, de una menor a una mayor utilización)

Equipos de mejora	1	2	3	4	5	Gestión por indicadores	1	2	3	4	5
Sistema de sugerencias	1	2	3	4	5	Planes de reconocimiento del personal	1	2	3	4	5
Encuestas de satisfacción de clientes	1	2	3	4	5	Planes de comunicación interna	1	2	3	4	5
Encuestas de satisfacción a la plantilla	1	2	3	4	5	Cartas de servicio	1	2	3	4	5
Gestión por procesos	1	2	3	4	5	Otros (señalar): .....	1	2	3	4	5

16.- A continuación le pedimos que nos indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes afirmaciones relacionadas con la gestión de la calidad en su Residencia:

1
2
3
4
5

Muy en desacuerdo
En desacuerdo
Indiferente
De acuerdo
Muy de acuerdo

El personal recibe formación específica relacionada con las buenas prácticas en la atención	1	2	3	4	5
El personal recibe formación específica relacionada con la mejora de la gestión	1	2	3	4	5
El personal tiene autonomía para tomar decisiones relacionadas con la mejora de la calidad del servicio	1	2	3	4	5
Se ponen en marcha muchas de las sugerencias del personal	1	2	3	4	5
Disponemos de planes de previsión de cambios motivados por factores diversos (de inversiones, financiación, selección de personal, etcétera)	1	2	3	4	5
Contamos con planes de reconocimiento y recompensa por las aportaciones del personal a la mejora de la calidad	1	2	3	4	5
Existe un sistema efectivo de comunicación "desde y hacia" los/las empleados/as	1	2	3	4	5
Preguntamos regularmente a los residentes y familiares sobre qué esperan en la actualidad y en el futuro de nuestros servicios	1	2	3	4	5
Analizamos los motivos por los que los residentes abandonan la Residencia	1	2	3	4	5
Utilizamos las quejas y reclamaciones para mejorar nuestra oferta	1	2	3	4	5
Existen equipos de trabajo interfuncionales para la mejora de la calidad	1	2	3	4	5
Nuestras relaciones con proveedores son estrechas, orientadas al largo plazo y a solucionar problemas relacionados con la calidad	1	2	3	4	5
Estamos dispuestos a desarrollar alianzas con socios o colaboradores del sector que puedan contribuir al logro de ventajas competitivas	1	2	3	4	5

17.- Los modelos de gestión de la calidad (por ejemplo ISO 9001 y EFQM) han tenido mucho éxito en el ámbito empresarial general, ¿Cómo valora su aplicación en las Residencias de mayores?

- Muy negativa  
  Negativa  
  Neutra  
  Positiva  
  Muy positiva  
  No los conozco

Comentarios:

.....

.....

.....

.....

18.- Por último le pedimos que indique su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a la siguiente afirmación:

En el ámbito residencial, el esfuerzo en la calidad se está centrando demasiado en la mejora de la calidad de la gestión de las organizaciones, dejando un tanto de lado la calidad asistencial/calidad del servicio que se ofrece.

- Muy en desacuerdo  
  En desacuerdo  
  Indiferente  
  De acuerdo  
  Muy de acuerdo

Comentarios:

.....

.....

.....

.....

**Anexo 4: Escala de medida de la orientación al mercado definitiva**

BÚSQUEDA Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN	
BUSQ1	Nos reunimos periódicamente con nuestros residentes y familiares para conocer sus necesidades actuales y las del futuro
BUSQ2	Medimos periódicamente la satisfacción de los residentes y familiares con nuestros servicios
BUSQ4	Detectamos inmediatamente los cambios importantes en nuestro sector
BUSQ5	Periódicamente revisamos nuestros servicios para asegurarnos que se ajustan a los deseos de residentes y familiares
DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
DISEM2	La dirección de la Residencia analiza las fortalezas y debilidades de los competidores
DISEM3	Cuando el personal dispone de información importante sobre nuestros competidores lo comunica rápidamente a la dirección
DISEM4	Cualquier información procedente del mercado se distribuye entre todos los departamentos
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA	
RESP1	Nos dirigimos a los segmentos del mercado en los que tenemos o podemos conseguir ventajas competitivas
RESP5	Respondemos rápidamente a las acciones de la competencia
RESP6	El precio para una plaza privada se decide, principalmente, considerando el valor que otorgan a nuestros servicios los residentes y familiares
RESP7	Estamos satisfechos con el grado de cumplimiento del plan de marketing previsto
COORDINACIÓN INTERFUNCIONAL	
COORD1	Los diferentes departamentos están bien coordinados para atender a nuestro mercado
COORD2	Cada uno de nuestros responsables sabe cómo contribuir a mejorar la satisfacción del residente

Fuente: Elaboración propia.



**Anexo 5: Escala de medida de la orientación a la gestión de la calidad definitiva**

PERSONAS	
PERS1	El personal recibe formación específica relacionada con las buenas prácticas en la atención
PERS2	El personal recibe formación específica relacionada con la mejora de la gestión
PERS3	El personal tiene autonomía para tomar decisiones relacionadas con la mejora de la calidad del servicio
PERS4	Se ponen en marcha muchas de las sugerencias del personal
LIDERAZGO	
LIDER1	Disponemos de planes de previsión de cambios motivados por factores diversos (de inversiones, financiación, selección de personal, etcétera)
LIDER2	Contamos con planes de reconocimiento y recompensa por las aportaciones del personal a la mejora de la calidad
PROCESOS	
PROCES2	Preguntamos regularmente a los residentes y familiares sobre qué esperan en la actualidad y en el futuro de nuestros servicios
PROCES3	Analizamos los motivos por los que los residentes abandonan la residencia
PROCES4	Utilizamos las quejas y reclamaciones para mejorar nuestra oferta
RECURSOS Y ALIANZAS	
RECALI1	Existen equipos de trabajo interfuncionales para la mejora de la calidad
RECALI2	Nuestras relaciones con proveedores son estrechas, orientadas al largo plazo y a solucionar problemas relacionados con la calidad
RECALI3	Estamos dispuestos a desarrollar alianzas con socios o colaboradores del sector que puedan contribuir al logro de ventajas competitivas

Fuente: Elaboración propia.

