

Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España

Strengths and weaknesses of the quality management systems implemented in nursing homes for the elderly in Spain

Pontos fortes e fracos dos sistemas de gestão da qualidade implementados nos centros para os idosos em Espanha

Rocío Martínez Fernández¹; Evaristo Barrera Algarín²

¹ Doctora por la Universidad Pablo de Olavide. Miembro del grupo de investigación Trabajo Social y Nuevas Tecnologías para la Intervención Social. GITTEC (SEJ-608). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8683-5487>. Correo electrónico: rmarfer@alu.upo.es

² Doctor por la Universidad Pablo de Olavide. Profesor Titular de Universidad del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Director Académico del Máster en Gerontología y Dirección y gestión de Centros gerontológicos. Director del grupo de investigación Trabajo Social y Nuevas Tecnologías para la Intervención Social. GITTEC (SEJ-608). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8201-9423>. Correo electrónico: ebaralg@upo.es
Correspondencia: Universidad Pablo de Olavide. Carretera de Utrera, km, 1. C.P

Para citar este artículo: Martínez Fernández, R., & Barrera Algarín, E. (2021). Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>

Recibido:30/06/2021 Aceptado: 29/09/2021



RESUMEN

El presente artículo se basa en una investigación que ha tenido como objetivo analizar las características de los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en los Centros de Personas Mayores en España. Su hipótesis principal ha sido que los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en España no miden en su totalidad todos los aspectos relacionados con la atención de calidad. Para ello, se ha utilizado el instrumento CALCERIS001 (marca registrada M3706458) que, a través de un cuestionario de 24 variables (Alfa de Cronbach de .830), ha recogido información del personal de Centros de Personas Mayores en el territorio español (N=359). Los resultados han puesto de manifiesto que la implantación de estos Sistemas de Gestión de la Calidad se ha traducido en una mejora de la calidad efectiva para estos centros y al mismo tiempo se recoge que estos modelos se basan principalmente en aspectos médico-sanitarios y de organización y gestión de los recursos humanos quedando en un segundo plano aspectos como

las relaciones interpersonales y las necesidades educativas. Los autores de artículo abogarán por un sistema basado en un Modelo de Calidad Integrada, que abarque todas las dimensiones posibles.

Palabras clave: Centro de personas mayores; calidad integrad; sistema de gestión de la calidad.

ABSTRACT

This article is based on an investigation that has aimed to analyze the characteristics of the Quality Management Systems implemented in the Centers for the Elderly in Spain. Its main hypothesis has been that the Quality Management Systems implemented in Spain do not fully measure all aspects related to quality care. To do this, the CALCERIS001 instrument (registered trademark M3706458) has been used which, through a questionnaire of 24 variables (Cronbach's Alpha of .830), has collected information from the staff of Centers for the Elderly in Spanish territory (N = 359). The results have shown that the implementation of these Quality Management Systems has resulted in an effective quality improvement for these centers and at the same time it is stated that these models are mainly based on medical-health and organizational aspects and human resource management, with aspects such as interpersonal relationships and educational needs. The authors of the article will advocate for a system based on an Integrated Quality Model, which covers all possible dimensions.

Keywords: Nursing Homes; Integrated Quality Model; Quality Management System.

RESUMO

Este artigo baseia-se numa investigação que tem como objectivo analisar as características dos Sistemas de Gestão da Qualidade implementados nos Centros para Idosos em Espanha. A sua principal hipótese tem sido que os Sistemas de Gestão da Qualidade implementados em Espanha não medem completamente todos os aspectos relacionados com os cuidados de qualidade. Para este fim, foi utilizado o instrumento CALCERIS001 (marca registada M3706458) que, através de um questionário de 24 variáveis (Cronbach's Alpha de .830), recolheu informações do pessoal dos Centros para Idosos em Espanha (N=359). Os resultados demonstraram que a implementação destes Sistemas de Gestão da Qualidade resultou numa melhoria efectiva da qualidade destes centros e, ao mesmo tempo, mostra-se que estes modelos se baseiam principalmente em aspectos médicos-saúde e organização e gestão de recursos humanos, deixando em segundo plano aspectos como as relações interpessoais e necessidades educativas. Os autores do artigo defendem um sistema baseado num Modelo Integrado de Qualidade, que cobre todas as dimensões possíveis.

Palavras chave: Centro para Idosos; Sistema de Gestão de Qualidade; modelo integrado de qualidade.

INTRODUCCIÓN

La aplicación del modelo empresarial de Gestión de la Calidad al ámbito de la intervención social es un proceso que se ha venido llevando a cabo a lo largo de las últimas décadas en España. Se explica por la creciente presión por el control del gasto

público en los países europeos, que se vio disparado a lo largo del siglo XX y que trae como consecuencia la urgencia de mayor eficacia y eficiencia en las intervenciones que se realizan en el campo de la acción social (Del Pino y Catalá-Pérez, 2016). Este hecho, unido a la demanda cada vez mayor de plazas en Centros Residenciales que la Administración no ha cubierto y la consecuente privatización de sectores dentro de los servicios sociales, ha traído como consecuencia la aplicación de los postulados empresariales en la gestión de la calidad de Residencias de Personas Mayores.

Si bien es cierto que esta implantación de los Sistemas de Gestión de la Calidad (en adelante SGC) en la acción social ha sido ampliamente aceptada por el sector, también ha traído consigo un número no menos significativo de detractores.

En una investigación realizada en Brasil se analiza el impacto de la implementación de las normas ISO en el ámbito de los servicios sociales. Entre los resultados hay que destacar que los servicios sociales vieron mejoras en los procesos, la motivación de los empleados, la comunicación interna y el diseño del trabajo en lugar de mejoras en los resultados del servicio; y que la carga de trabajo administrativo de los trabajadores sociales aumentó, aunque fueron más capaces de estructurar y adaptar su trabajo a las necesidades específicas de los usuarios (Saut, Berssaneti y Moreno, 2017)

Fantova (2008) por su parte destaca una serie de argumentos tanto a favor como en contra de la aplicación de SGC en la acción social. En primer lugar, entre las ideas positivas que puede aportar la perspectiva de la Gestión de la Calidad destaca el concepto de "la orientación al cliente". En segundo lugar, la aportación que desde la intervención social se puede hacer a la Gestión de la Calidad con la gran tradición en el uso de indicadores de evaluación capaces de medir factores tangibles e intangibles. En tercer lugar, cabe destacar la relación y participación entendida como la participación de las personas de las organizaciones en su gestión (Fantova, 2008). El énfasis que la Gestión de la Calidad pone en un liderazgo favorecedor del desarrollo de las personas y sus competencias (empowerment o empoderamiento) casa a la perfección, según este autor, con las mejores tradiciones y prácticas de la intervención social.

Pero la intervención social no tiene los mismos objetivos que la actividad empresarial. Introducir esta nueva ideología puede llevar a simplificar el propio concepto de calidad entendiéndolo únicamente como la satisfacción del cliente, es decir, considerar que la práctica profesional en la intervención en residencias está prestando un servicio de

calidad sólo por el hecho de tener un Sello de Excelencia, en detrimento de la implantación de un Sistema de Calidad de la Atención como puede ser el modelo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP). Se hace necesaria por tanto una integración entre lo que Fantova (2008) llama la "calidad técnica" con la calidad percibida, medida a través de la mera satisfacción del cliente o familia.

En este sentido, está habiendo un movimiento en torno al uso del término "centrado en la persona" en vez de "centrada en el paciente" para referirse al modelo de atención, para dar cuenta de que este concepto incluye la totalidad de las necesidades de la persona y sus preferencias además de las médicas o clínicas (Goodwin, 2016). Es decir, hay una corriente que apuesta por situar al residente en el centro de la intervención y entender la calidad en los términos en los que la definen los propios usuarios. Por esta razón, para prestar una intervención de auténtica calidad, se hace necesario combinar los indicadores de calidad marcados por los cada vez más generalizados, SGC, con los indicadores de calidad percibida, que deben ser expresados directamente por los sujetos hacia los cuales se dirige nuestra intervención.

Por todo ello, no parece negativo per se la utilización de SGC. La necesidad de una gestión eficaz es algo que no pueden obviar empresas de gestión de Centros Residenciales, si bien es cierto que este hecho no puede traer consigo una disminución de la calidad del servicio prestado. Es por esto, por lo que se hace necesario un modelo de atención compartido de calidad, que asegure no sólo la calidad de vida y el aumento de la esperanza de vida promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), sino que suponga el empoderamiento de estas personas a través de la participación directa como sujetos de su propio envejecimiento. Se trata de añadir a los objetivos empresariales los propios de la intervención social y hacer que estos se complementen de manera que podamos hablar de un concepto de Calidad Integrada, que incluya de manera equilibrada aspectos sociales y empresariales y que pueda traducirse un aumento real de la calidad de vida de los residentes. En cuanto a los diferentes SGC implantados en España y su certificación, comenzó a funcionar en 1986 AENOR (Asociación Española de Normalización) que es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lucro que 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 (AENOR, 2018). Para delimitar con claridad cómo se organiza en España la Gestión de la Calidad, hemos de atender a cuatro cuestiones fundamentales:

Tabla 1: Tipos de Modelos de Gestión de la Calidad Aplicados en España

TIPOLOGÍA DE MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
Sellos de excelencia y normativa asociada	Modelos Específicos	Modelos de las Administraciones públicas	Recomendaciones y guías de buenas prácticas

Fuente: Elaboración propia

Entre las principales normativas y sellos de excelencia desarrollados por diferentes organismos internacionales destaca, por ser la norma con mayor número de implantación en España, la normativa UNE-EN-ISO 9001 y sus posteriores actualizaciones y el modelo European Foundation for Quality Management (EFQM), los principales modelos del sector empresarial adaptados a los Centros Residenciales para Personas Mayores de nuestro país. (ver tabla 2). Otro SGC específico para el sector lo constituye la Norma UNE 158001 (AENOR, 2007). Es una norma española, promulgada por AENOR y certificable, que incluye los requisitos mínimos que debe tener un centro residencial para que quede garantizada la calidad del servicio.

En tercer lugar, cabe destacar el sello de calidad de la Joint Commission, que es una organización independiente, sin ánimo de lucro, que acredita y certifica cerca de 21.000 organizaciones y programas de salud en Estados Unidos.

También en este sentido ha habido una serie de modelos que hemos llamado específicos que han tratado de implantar estándares de calidad en la atención con diferente aplicación en la práctica profesional. No son modelos de calidad en el mismo sentido que las normas anteriormente citadas, pero sí son modelos para la evaluación-autoevaluación de aspectos claves y directamente relacionados con la calidad de los servicios residenciales para Personas Mayores.

Tabla 2: Principales Sellos de Excelencia y Normativas de Gestión de la Calidad Aplicados en España

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS
MODELOS GENERALES	Norma ISO 9001:2000	Orientación al cliente Liderazgo de la Dirección Participación del Personal Enfoque basado en procesos
	Modelo de Calidad Total EFQM	Ciclo de mejora continua <ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluaciones • Gestión por procesos
SELLOS DE EXCELENCIA	Joint Comission	Alto grado de concreción
NORMATIVAS	Norma UNE 158101 Gestión de Centros Residenciales y los Centros Residenciales con Centro de Día o Centro de Noche Integrado	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Principales Modelos Específicos de Gestión de la Calidad Aplicados en España

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN
MODELOS ESPECÍFICOS	Modelo SERA
	Modelo SERVQUAL
	Modelo de Atención Centrada en la Persona. Fundación Matía
	Modelo de Garantía de Calidad SIIS-KALITATEA Zainduz

Fuente: Elaboración propia

Las Administraciones Públicas también han desarrollado SGC. El de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (en adelante ACSA) es un modelo pionero creado para mejorar la calidad de los servicios que prestan las organizaciones y los profesionales sanitarios y de servicios sociales a través del llamado Modelo andaluz de Calidad (ACSA, 2015).

Tabla 4: Principales Modelos Autonómicos de Gestión de la Calidad Aplicados en España

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN
MODELOS DE LAS ADMINISTRACIONES AUTONÓMICAS	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) Modelo Básico de Atención en las Residencias (Castilla La Mancha) Sistema de Calidad de Centros y Residencias de Servicios Sociales (Comunitat Valenciana)

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, debemos destacar el documento 100 Recomendaciones Básicas para Fomentar la Calidad en Residencias de Personas Mayores (Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2004). Todas las características que reúne este documento son fruto del trabajo del grupo sobre “Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores” de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (en adelante SEGG) que si bien no es un modelo en el sentido estricto de la palabra, sintetiza en cien las recomendaciones para mejorar la calidad de las Residencias

Tabla 5: Principales Protocolos y Guías de Buenas Prácticas de Gestión de la Calidad Aplicados en España

TIPOLOGÍA	DENOMINACIÓN
PROTOCOLOS Y GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS	Modelos y manuales de Grupos Residenciales 100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores (SEGG)

Fuente: Elaboración propia

METODOLOGÍA

En relación a lo descrito, se llevó a cabo una investigación cuya Unidad de Observación han sido los Centros Residenciales para Personas Mayores en España. La hipótesis de trabajo fue: Los Sistemas de Gestión de la Calidad implantados en España no miden en su totalidad todos los aspectos relacionados con la atención de calidad.

Población y muestra

Para la selección del universo tuvimos en cuenta que en el territorio español existen en el momento de la realización del estudio 5.390 centros residenciales en España de los cuales 1475 cuentan con plazas de titularidad pública, 3.863 corresponden a residencias con plazas de titularidad privada y un total de 52 de las que no se disponen datos sobre el tipo de titularidad de dichas plazas (CSIC, 2015). A partir de ese universo, realizamos por tanto un muestreo probabilístico estatificado.

El índice de respuesta del cuestionario CALCERIS001 ha sido del 68,08%, ya que nuestra muestra incluía 94 envíos de los cuales se recibieron un total de 64 respuestas.

Para lograr una muestra significativa, la aplicación del instrumento fue a nivel estatal, con una representación de todas las 17 Comunidades Autónomas que componen el territorio español. La selección de centros se realizó con el mismo número de centros públicos que privados sin tener en cuenta sí estos centros cuentan o no con un modelo de gestión de la calidad. La razón de esta selección se deriva del hecho de que este instrumento pretende conocer tanto la visión de las Residencias públicas que cuentan con todo un sistema de auditoría y exigencias con respecto a la calidad, como de las entidades privadas que no se sienten obligadas por imperativo legal a cumplir con unos cánones de calidad (dícese las inspecciones y evaluaciones que lleva a cabo la Administración) y para las cuáles la implantación de los SGC requiere de una inversión económica propia y por lo tanto de una apuesta firme por la calidad como elemento indispensable para llevar a cabo una intervención efectiva. Por tanto, para evitar una sobrerrepresentación del sector privado el instrumento se ha dirigido tanto a centros residenciales privados como públicos, incluyendo además toda la variedad de circunstancias administrativas recogidas por la legislación estatal: pública, pública con gestión privada, privada, privada con plazas concertadas con la administración.

Instrumento y variables

Por todo ello, se crea el instrumento CALCERIS001, un cuestionario cerrado que trata de obtener conocimiento, información y opinión sobre las distintas formas de medir y evaluar la calidad en Centros Residenciales de Personas Mayores tanto de carácter privado como público en el contexto español a través de 24 variables (ver tabla 6). Concretamente, CALCERIS001 pretende medir, entre otros elementos, los distintos aspectos relacionados con la gestión de la calidad que miden dichos sistemas y otro aspecto relacionado con la calidad que, desde nuestro punto de vista, está teniendo un carácter secundario en la implantación de SGC en nuestro país, que es el papel que estos estándares conceden a los residentes y sus familias tanto en la puesta en marcha como en la evaluación de la calidad. Este instrumento ha obtenido una fiabilidad en el Alfa de Cronbach de .830. Al ser un valor cercano a 1 podemos asumir la existencia de una gran consistencia interna de los ítems analizados.

Proceso de recogida y análisis de datos

CALCERIS001 se aplicó haciendo uso de formularios de google en línea. Esta aplicación permite crear instrumentos de recogida de información y compartirlos con destinatarios de correo que a su vez pueden cumplimentarlo en línea, recibiendo los resultados a tiempo real.

Tabla 6: Variables del instrumento CALCERIS001

CÓDIGO	VARIABLE
CV001	NÚMERO DE CUESTIONARIO
CV002	TITULARIDAD DE LA ENTIDAD
CV003	DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD
CV004	MEDICIÓN DE LA CALIDAD
CV005	POR QUÉ DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD
CV006	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CV007	TIPO DE EVALUACIÓN
CV008	ÁREAS/DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV009	LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV010	LA PARTICIPACIÓN DEL MAYOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV011	PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN
CV012	PESO DEL ÁREA MÉDICA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV013	PESO DEL ÁREA SANITARIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV014	PESO DEL ÁREA PSICOSOCIAL EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV015	PESO DE LA DIRECCIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV016	PESO DE LA GERENCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV017	ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD MIDE SU SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
CV018	INFORMES DE EVALUACIÓN EMITIDOS
CV019	GENERACIÓN DE PAUTAS DE MEJORA
CV020	COSTE DE LA PUESTA EN MARCHA DEL MODELO
CV021	PREVISIÓN DE COSTES DE IMPLANTACIÓN
CV022	TRADUCCIÓN DE COSTES EN MEJORA EFECTIVA DE CALIDAD
CV023	FORMACIÓN RECIBIDA POR ÁREAS PROFESIONALES
CV024	CALIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA

Fuente: Elaboración propia

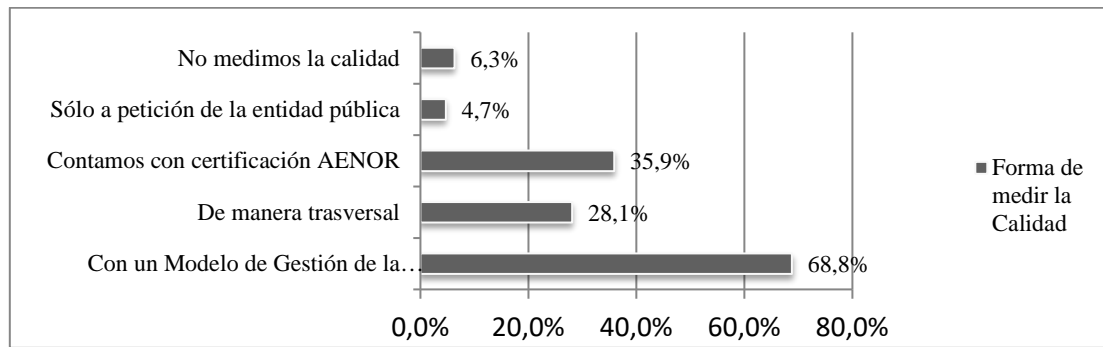
Además se utilizó la aplicación LinkedIn para el envío personalizado de cuestionarios a distintos profesionales que trabajan en Residencias de Personas Mayores de todo el territorio español. El procedimiento seguido fue el del envío a través de mensaje privado personal del texto elaborado para el envío vía correo electrónico, adjuntando a su vez el enlace para la cumplimentación del cuestionario. El instrumento estaba programado para que los destinatarios sólo pudieran cumplimentarlo una sola vez y no pudieran editar las preguntas que se le planteaban. La herramienta a su vez, contaba con una serie de preguntas que el sistema identifica como obligatorias como pueda ser el tipo de titularidad de la entidad: pública, privada, concertada, etc.

En cuanto a los procedimientos estadísticos aplicados al instrumento, se realizó análisis de fiabilidad del propio instrumento, anteriormente descrito así como distintas medidas de dispersión y correlación como cálculo de correlación de Pearson y Tau-b de Kendall y cálculo de medias entre las diferentes variables.

RESULTADOS

En primer lugar, analizaremos los resultados referentes a las características con las que cuenta el SGC, en el caso de que actualmente tengan ya implantado dicho sistema. Como podemos apreciar en el gráfico 1, un 68,8% de los encuestados dicen contar con un SGC en sus centros. Un 35,9% cuenta con una certificación de calidad avalada por AENOR y sólo un 6,3% afirma no medir la calidad de la atención en su centro. En términos generales, estos resultados nos ofrecen una amplia mayoría de centros que mide la calidad de la atención que prestan a sus residentes. Cabe destacar que esta pregunta se presentaba de manera que pudieran marcarse más de una opción. La razón de este planteamiento es que consideramos que no suele ser excluyente, en la práctica, el que las residencias cuenten con un SGC y a su vez posean una certificación avalada por AENOR e incluso que paralelamente, inserten la Calidad como una cuestión trasversal en todos sus procesos. Existe también un pequeño porcentaje (4,7%) que afirma medir la calidad únicamente a petición de la entidad pública.

Teniendo en cuenta la importancia cada vez mayor de la calidad aplicada a la intervención con Personas Mayores, ¿cómo mide su entidad la calidad de la atención a los residentes?

Gráfico 1: Forma de medir la calidad

Fuente: Elaboración propia

A continuación analizamos las razones por las que las entidades optan por esa forma de medir la calidad y no otra. Se trata de una pregunta abierta, la cual hemos resumido en la tabla 7.

Tabla 7: Respuestas a pregunta abierta Cuestionario CALCERIS001

PREGUNTA: ¿POR QUÉ ESTA FORMA DE MEDIR LA CALIDAD?		N= 62
CATEGORÍAS	N RESPUESTAS	
Por las características positivas del propio estándar	43	
Exigencia interna	10	
Exigencia externa	7	
No aplican ningún sistema/ estándar por diversos motivos	5	
Otros motivos	10	

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 7, existen una gran cantidad de razones, indicadas por los encuestados, para la aplicación de determinado SGC por parte de una entidad. Llama la atención que, entre las causas esgrimidas, aparecen algunas relacionadas con exigencias externas, o bien de los gestores de la entidad o bien de la Administración. Además, podemos destacar la eficacia de los sistemas, la utilidad para gestionar equipos y procesos, para evitar errores o corregirlos, mejorar la prestación del servicio, mejorar la satisfacción del cliente, etc. Varios encuestados apuntaron que no certifican su residencia con ningún sistema por motivos económicos o bien porque no lo consideran necesario.

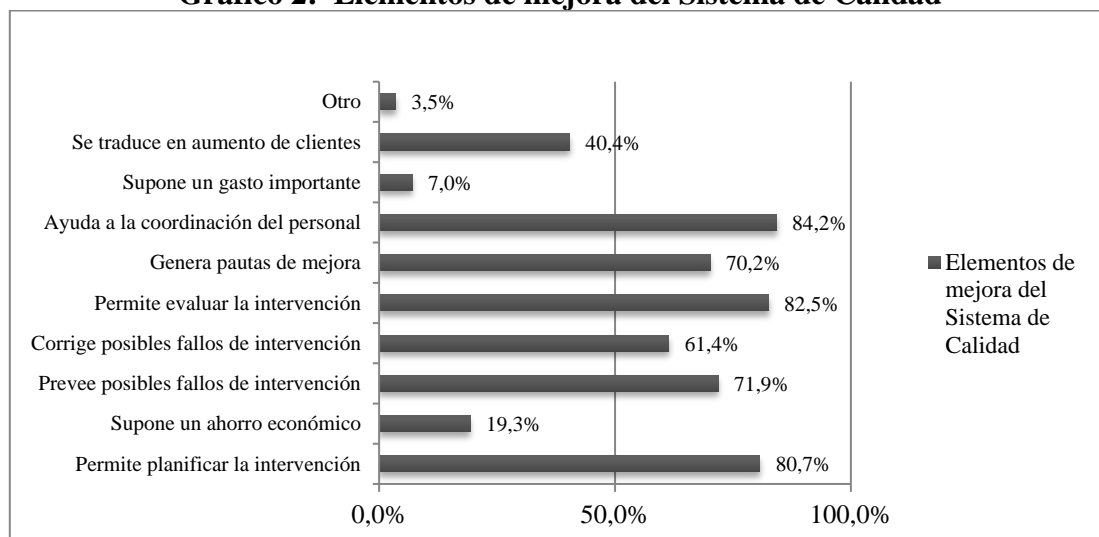
Por lo que respecta a los elementos de mejora con los que cuenta el SGC con el que cuentan, esta pregunta también se planteó en términos no excluyentes con lo que, como podemos ver en el gráfico 2, existen varios ítems con porcentajes muy elevados y otros con porcentajes menores al 50%.

A su vez, los principales elementos de mejora señalados son en primer lugar es que "ayuda a la coordinación del personal" (84,2%) y "permite evaluar la intervención" (82,5%), son los aspectos con un porcentaje mayoritario diferenciado del resto de valores junto con el que se refiere a "permite planificar la intervención" (80,7%). Muy cercano a estos valores, pero por debajo del 80% nos encontramos con el elemento de mejora "previene posibles fallos de la intervención" (71,9%) y "genera pautas de mejora", que lo señalan como elemento del sistema el 70,2% de los encuestados. Todos ellos corresponden a ítems relacionados con la estructura organizativa del centro.

El segundo nivel de elementos de mejora lo componen las siguientes variables: el 61,4% destaca el que su sistema "corrige posibles fallos de la intervención" junto con un destacable 40,4% de los encuestados que señala que "se traduce en un aumento de clientes". Ambos ítems se refieren a los resultados que trae consigo esta implantación en términos de corrección de errores y en términos de eficiencia comercial.

En caso de que su centro cuente con algún Sistema de Gestión de la Calidad, señale los elementos de mejora con los que cuenta éste

Gráfico 2: Elementos de mejora del Sistema de Calidad

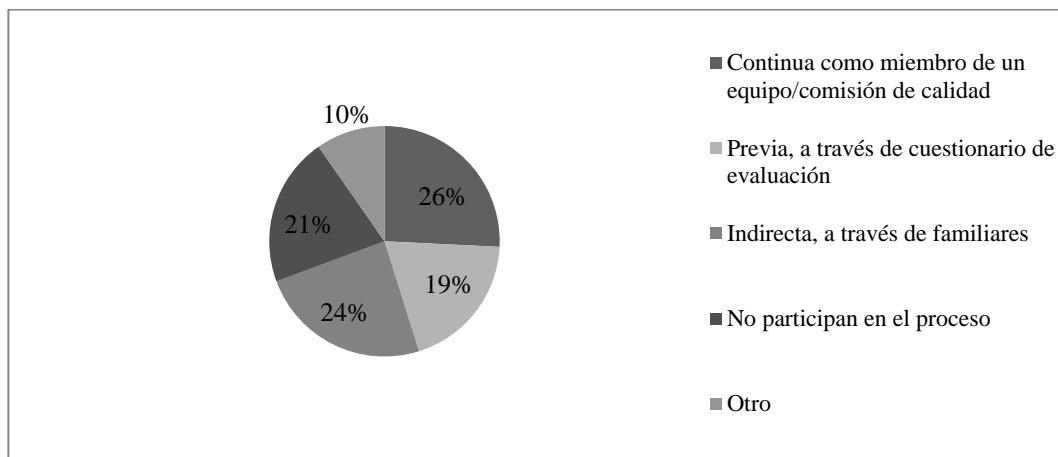


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las preguntas referidas a la participación de los propios usuarios, o en el caso de las personas con déficit cognitivo, de sus familias, cabe destacar, como puede apreciarse en el gráfico 3, que un 25,8% de los encuestados afirma que ha existido una participación continua de los residentes en la puesta en marcha del SGC como miembros del equipo/comisión de calidad del centro, frente a un 21% que expone que los usuarios

no participan en el proceso. Otro 24,2% de los encuestados señala que la participación de sus residentes ha sido indirecta, a través de familiares. Además sólo un 19,4% de las residencias analizadas destaca que la participación de sus residentes ha sido previa, a través de un cuestionario de evaluación.

Gráfico 3: Participación del mayor en puesta en marcha

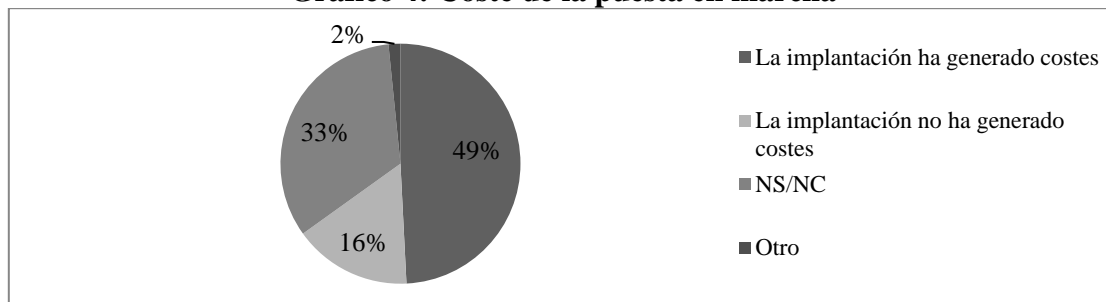


Fuente: Elaboración propia

En referencia al análisis de los costes de mantener un SGC, alrededor de la mitad de los encuestados, un 49,2%, considera que la puesta en marcha de los SGC en su centro ha supuesto un coste añadido para la organización. Destaca el 15,9% de los encuestados que señalaron que dicha puesta en marcha no ha supuesto un sobrecoste para su entidad.

En lo referente al coste de la puesta en marcha de los Sistemas de Gestión de la Calidad, ¿han generado éstos un coste añadido para nuestra organización?

Gráfico 4: Coste de la puesta en marcha

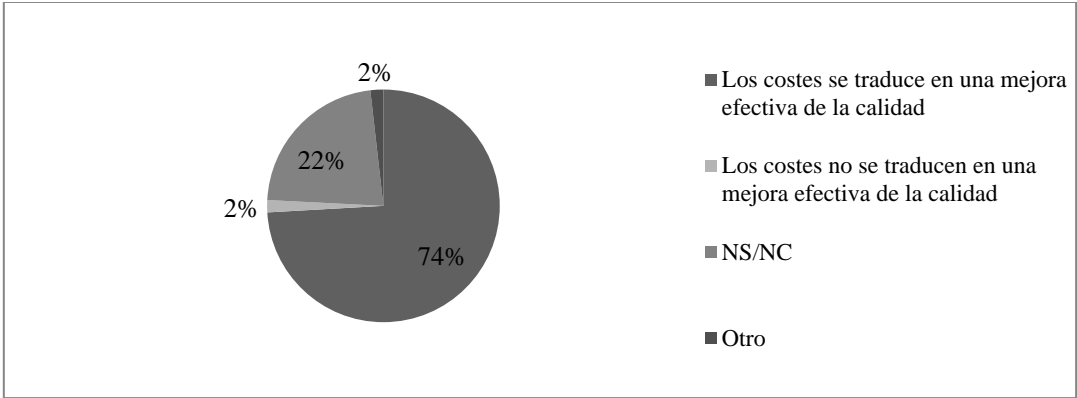


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los resultados obtenidos en la pregunta referida a si se han traducido esos costes en una mejora efectiva de la calidad en sus organizaciones el coste de la puesta en marcha de los SGC, un 74,1% de los encuestados así lo considera. Por contra, sólo un 1,7% de los encuestados considera que no ha supuesto una mejora efectiva de la calidad. Destaca en este caso un porcentaje del 22,4% que no sabe o no contesta esta pregunta.

En su opinión, ¿se traducen estos costes en una mejora efectiva de la Calidad en su organización?

Gráfico 5: Costes igual a mejora efectiva de la calidad



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las variables “Costes igual a mejora efectiva” y la variable “Cómo mide la calidad: modelo de gestión calidad” es significativa al 95% y relación inversa baja/media -,369. Por lo que podemos concluir que en los Centros Residenciales analizados que cuentan con un SGC, los costes que supuesto su implantación son interpretados por sus trabajadores como una mejora efectiva de la calidad en el centro.

Tabla 8: Correlación de Pearson

CORRELACIÓN DE PEARSON		CV004 Cómo mide la calidad	CV022 Costes igual a mejora efectiva
Cómo mide la calidad CV004	Coefficiente de correlación	1	-,369**
	Sig. (bilateral)		,004
	N	58	58
Costes igual a mejora efectiva CV022	Coefficiente de correlación	-,369	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	N	58	58

**P= *0.004// P<.004 X2=0.369//

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Tras este análisis, la pregunta se hace evidente, ¿los Sistemas de Gestión de la Calidad son un fin en sí mismos? ¿La acreditación de los centros como estrategia de marketing o como valor positivo de cara a la Administración pública es el objetivo final? Tras esta investigación cabe plantearse si los medios que están utilizando los Centros Residenciales para llegar a la consecución de la calidad se están convirtiendo en un fin en sí mismos.

Hemos podido comprobar que se trata de modelos elaborados desde instancias gestoras, en las cuales ha habido una formación del personal que se ha visto impregnado de esta "nueva cultura de la calidad" pero que la participación de los propios residentes en el proceso ha sido cuanto menos deficitaria. Podemos hablar sin duda de una mejora organizativa de los centros que han apostado por estos sistemas e incluso de la calidad organizativa de éstos pero, difícilmente podemos hablar de calidad total sin tener en cuenta al propio mayor en el proceso de implantación de estos sistemas.

Entre los resultados se ha podido comprobar que la implantación de SGC trae consigo mejoras en los procesos, la motivación de los empleados, la comunicación interna y el diseño del trabajo tal y como demuestran las opiniones de los encuestados a favor de la implantación de estos sistemas en línea con investigaciones realizadas en otros países. La propuesta de la calidad integrada entiende que la calidad organizacional, la calidad del servicio, debe ir acompañada de una mejora de la calidad de la atención para que podamos hablar de mejora de la calidad de los residentes e indudablemente, debe ir acompañada del empoderamiento de los propios mayores como centro de todas y cada una de las intervenciones que se realizan en las Residencias, no sólo como objeto de intervención sino como sujeto activo y participativo de los propios procesos que rigen su vida en el centro.

Para ello, se hace necesario que se faciliten los medios para que las personas que viven en estos centros, independientemente de su estado de salud o cognitivo, decidan qué tipo de vida quieren llevar, tengan autonomía para decidir y por supuesto se les considere y se les respete como ciudadanos de pleno derecho. En esta línea se sitúa la OMS, que señala en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud que marca entre sus actuaciones dirigidas a la atención a largo plazo de calidad, el que se establezcan Sistemas de Gestión de la Calidad que ayuden a mantener el énfasis en optimizar la capacidad funcional. (OMS, 2015).

El modelo de gestión de la calidad propuesto desde la Fundación Matía describe como uno de los componentes esenciales del modelo que propone, la Atención Centrada en la Persona. Entiende ésta como un paso más allá de la propia atención individualizada clásica que incluye la satisfacción de las necesidades detectadas y la adaptación de las características individuales como forma de estimulación y apoyo para lograr la participación activa de los mayores en su proceso de atención. (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, & Sancho, 2015).

Además, se hace necesario un SGC como los descritos anteriormente, que incluya el cumplimiento de estos principios para que no se supedita la aplicación de estos modelos a la “voluntad” de los centros y se convierta en un componente de obligado cumplimiento de la evaluación de la calidad de estos centros.

Como señalábamos anteriormente, las dos últimas décadas han sido testigo de una progresiva e innegable mejora en la Atención Residencial a las Personas Mayores, entre las cuales se incluye el afianzamiento de fórmulas de evaluación externa y la necesidad de introducir procesos de mejora continua de la calidad. En opinión de la Fundación Eguía-Careaga, esto contribuye a afianzar un hábito de permanente cuestionamiento y favorece la disposición al cambio (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2011).

Los retos actuales en la intervención con mayores en Centros Residenciales pasan por la sistematización de estos criterios aseguradores de una atención de calidad. Además, la mejora de la calidad de vida del mayor debe ir unida al objetivo de conseguir un envejecimiento activo. Este último objetivo "no debe verse mermado por situaciones de fragilidad o dependencia, que por otra parte, son inherentes al proceso de envejecimiento" (Rodríguez, 2011). Para ello, se hace necesario volver a la concepción que planteaba Baltes (Baltes & Baltes, 1993) donde vejez y éxito no son contradictorios. La persona mayor obtiene también la posibilidad de construir activamente su vida y regularla. El principio de que las capacidades descienden, pero según el postulado de ganancias, estabilidad y pérdidas, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que pueden y deben ser movilizados.

CONCLUSIONES

En nuestra hipótesis de partida considerábamos que la atención es entendida en los SGC como necesidades médicas y necesidades básicas de salud de los residentes, quedando en un segundo plano las necesidades de tipo psicosocial y las educativas.

Podemos afirmar que esta hipótesis queda demostrada ya que, como hemos podido demostrar en los resultados de CALCERIS001, un porcentaje destacado señala que los elementos de mejora del Sistema suponen una ayuda a la coordinación del personal y que sirven para evaluar y planificar la intervención, por encima de aquellos referidos a las cuestiones económicas. En cuanto al papel de los aspectos médico-sanitarios en detrimento de los aspectos psicosociales, podemos concluir que esta hipótesis queda demostrada ya que las competencias emocionales del personal son las que obtienen un porcentaje menor en la pregunta referente a qué aspectos de la calidad mide su modelo. En cuanto a los resultados referidos a si la implantación de SGC en Centros Residenciales para Personas Mayores se traduce en una mayor calidad efectiva en los centros, se puede concluir que una gran mayoría de encuestados considera que la implantación de los SGC se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad en sus centros.

En relación a las limitaciones que podemos encontrarnos en esta investigación ha sido la fidelidad y veracidad de los datos, ya que se basan, fundamentalmente, en testimonios de los trabajadores de Residencias de Personas Mayores. Sería interesante haber podido realizar un estudio comparativo en este sentido con los gerentes/propietarios de las organizaciones por un lado y de los propios residentes/clientes por el otro. Otra de las limitaciones a señalar ha sido la imposibilidad de identificación de los centros descritos y las características de los SGC de cada centro. En un primer momento se planteó un diseño muestral del cuestionario CALCERIS001 que contemplaba un muestreo probabilístico estratificado y se realizaron para ellos contactos con todos los Centros Residenciales para Personas Mayores del país por Comunidades Autónomas. Al analizar los resultados de estos contactos identificamos que existía un bajo índice de participación. Los propios encuestados nos señalaron que la necesidad de aportar datos identificatorios del centro era la causa de tan baja participación. Ante este hecho, se decidió cambiar el diseño muestral aportando anonimato a las encuestas y analizando los datos de manera general. Por otra parte, tampoco podemos establecer ninguna relación causa- efecto entre las variables analizadas, limitándonos a una posible relación (cuando las hubiera) entre ellas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red nº 15.
- AENOR. (2007). *Norma UNE 158101 de Servicios para la promoción de la autonomía personal. gestión de centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos*. Madrid: AENOR ediciones.
- AENOR. (2010). *Sistemas de gestión de la calidad. Normas UNE y documentos relacionados*. Madrid: AENOR Ediciones.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015). *Manual de estándares: servicios residenciales*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Aguilar, J. M., Álvarez, J., Fernández, J. M., Salguero, D., & Pérez, E. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología* , 147-154.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Centro de Documentación y Estudios SIIS. (2011). *Guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores: Los derechos de las personas y el medio residencial ¿cómo hacerlos compatibles?* Guipuzkoa: Fundación Eguía Careaga.
- Del Pino, E., Catalá-Pérez, D. (2016). El welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia. *Revista del CLAD Reformar y Democracia*. 66, 163-194.
- EULEN Servicios Sociales y Sanitarios. (2002). *Gestión asistencial de residencias para mayores. Manual práctico*. Barcelona: Arts Medica.
- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Deusto: Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research* . , 1-4 doi: <https://doi.org/10.1155/2013/298012>
- Fundación Europea para la Gestión de la Calidad . (2003). *Modelo EFQM. Versión para las grandes empresas y unidades de negocio y operativas*. Bruselas: EFQM.
- Goodwin, C. (2016). Person-centered care: a definition and essential elements. *Journal of American Geriatrics Society*. 64, 15-18. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2004). *100 Recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Igami, M. P. (2005). El uso del SERVQUAL en la verificación de la calidad de los servicios de unidades de información: el caso de la biblioteca del IPEN. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 177-191.

- Leturia, M. (2012). *Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención*. Fundación Caser para la Dependencia.
- Management, E. F. (2010). *EFQM Excellence model 2010*. Bruselas: European Foundation for Quality Management.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., & Sancho, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos*. Madrid: CSIC.
- Melão, N. F., & Guia S.M. (2015). Exploring the impacts of ISO 9001 on small- and medium-sized social service institutions: a multiple case study. *Total quality management and business excellence* . 26, (3-4), 312-326. doi:<https://doi.org/10.1080/14783363.2013.822193>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud.
- Envejecimiento en Red. (2015). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015*. Madrid: Informes en Red. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticas-residencias2015.pdf>
- Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Barcelona: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Monteagudo, B., Notario, B., & Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. *BMC Geriatrics*, 13-65. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-65>.
- SAR Fundación. (2002). *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Barcelona : Herder.
- SIIS, C. d. (2009). *Garantía de calidad kalitatea zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Eguía-Careaga, Fundación.