



Universidad de Granada

**PROGRAMA DE DOCTORADO:
ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS SOCIALES**

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

**TESIS DOCTORAL:
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE PROGRAMAS DE SERVICIOS SOCIALES**

Doctorando: D. Jesús Gómez Mateos

Directora: Dra. Dña. Margarita Latiesa Rodríguez

Granada, 2012

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Jesús Gómez Mateos
D.L.: GR 844-2013
ISBN: 978-84-9028-444-5

El doctorando, **D. Jesús Gómez Mateos**, y la directora de la tesis, **D^a. Margarita Latiesa Rodríguez**, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de la directora de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 17 de septiembre de 2012

Director/es de la Tesis



Fdo.: Margarita Latiesa Rodríguez

Doctorando



Fdo.: Jesús Gómez Mateos

A la memoria de mi madre.

A mi padre.

A María José.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación es el fruto de mucho esfuerzo y un largo período de tiempo. Son muchas las personas que de una forma u otra han colaborado para que llegue a su fin. Por ello deseo mostrar mi gratitud hacia todas ellas.

Quiero empezar mostrando mi agradecimiento y reconocimiento a la Dra. Margarita Latiesa Rodríguez, que ha sido fundamental no sólo en esta tesis, realizada bajo su dirección académica, sino en mi desarrollo como docente e investigador. Su generosa y eficaz ayuda ha permitido reorientarla y finalizarla.

A los compañeros del Departamento de Sociología de la Universidad de Granada que me han animado de manera incondicional y facilitado todas las gestiones.

A Guadalupe, Carmen y Sergio, que participaron activamente en el desarrollo del trabajo de campo, desplazándose por los municipios de la provincia para la aplicación del cuestionario.

A las personas mayores, usuarios del programa de teleasistencia, y a sus familiares, por su colaboración en la investigación, a la que han aportado información acerca de su experiencia en el uso del servicio, así como sus opiniones sobre la repercusión del mismo en su vida personal y familiar.

A las responsables de la empresa prestataria del servicio, por todas las facilidades dadas, que me han transmitido conocimiento e información para poder avanzar en este trabajo.

A los responsables de servicios sociales comunitarios de Diputación Provincial de Granada, por su apoyo durante el periodo de desarrollo de la investigación.

A las personas que han revisado este documento cuyos comentarios, sugerencias y correcciones, han sido fundamentales para mejorar su calidad y presentación. Amigos y compañeros, que siempre me ofrecieron su ayuda y un gesto amable. De manera especial a Encarnación Quirós y a Ramón Dengra, por su personal trato y afecto, y por haber dedicado el tiempo necesario para trasmitirme valiosas ideas y útiles consejos.

A María José, por su ayuda y estímulo para superar las dificultades. Su apoyo, comprensión y la cesión incondicional de su tiempo han hecho posible desarrollar este proyecto.

Por último, a mis padres. A ellos les debo la dedicación, el esfuerzo y el empeño que han puesto en mi aprendizaje, que me ha permitido llegar hasta aquí.

A todas estas personas, que han creído en mí, les ofrezco mi amistad y agradecimiento sincero.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	5
Introducción	7
PARTE I. MARCO TEÓRICO	13
Capítulo I. Estado de Bienestar y Servicios Sociales	15
I.1. Evolución y situación actual del Estado de Bienestar	17
I.1.1. Corrientes ideológicas en la construcción del Estado de Bienestar	17
I.1.2. Origen	20
I.1.3. Desarrollo y apogeo	23
I.1.4. La etapa de crisis del Estado de Bienestar	24
I.1.5. Etapa de reorientación	28
I.1.6. El desarrollo del Estado de Bienestar en España	30
I.1.7. Una mirada al futuro. Modelo pluralista e incertidumbres en el Estado de Bienestar	35
I.2. Los servicios sociales personales en el marco de actuación del Estado de Bienestar	41
I.2.1. Aproximación conceptual a los servicios sociales personales	41
I.2.2. Política social y sistemas de protección. Su contribución a la condición de ciudadanía	49
I.2.3. Configuración e historia de los servicios sociales	53
I.2.4. La respuesta a las necesidades sociales: familia, empresa privada, voluntariado y sistema público	61
I.2.5. Los dos niveles del sistema público: Servicios sociales generales y especializados	67
I.2.6. Retos de futuro de los servicios sociales personales en el modelo pluralista del bienestar	71
Capítulo II. Servicios sociales comunitarios: Programas y prestaciones	77
II. 1. Los servicios sociales comunitarios en España	79
II.1.1. Marco legislativo y normativo	80
II.1.2. El desarrollo de los servicios sociales comunitarios públicos en España....	86
II.1.3. La percepción social de los servicios sociales	101
II. 2. El desarrollo del Sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma de Andalucía	104
II.2.1. Marco legislativo	104
II.2.2. Prestaciones del Sistema	106
II.2.3. Situación actual de los servicios sociales comunitarios	109
II. 3. Servicios sociales comunitarios. El caso particular de la provincia de Granada	113
II.3.1. El papel de la administración local en la provisión de servicios sociales....	113
II.3.2. Desarrollo y estructura en la provincia de Granada	114
II.3.3. Áreas de intervención, programas y servicios	115

Capítulo III. Evaluación de programas de servicios sociales	125
III.1. Conceptualización y antecedentes históricos	128
III.1.1. El contexto social y político de la evaluación	128
III.1.2. Conceptos fundamentales en evaluación de programas en servicios sociales comunitarios	129
III.1.3. La utilidad de la evaluación de programas en las políticas sociales.....	132
III.1.4. Aproximación histórica a la evaluación de programas.....	135
III.2. Proceso y metodología de la evaluación	141
III.2.1. Requisitos y consideraciones previas al proceso de evaluación.....	141
III.2.2. Fases de la evaluación	147
III.2.3. La relación entre investigación y evaluación. Las técnicas de investigación social en la investigación evaluativa	150
III.3. Tipologías y modelos de evaluación	155
III.3.1. Tipos de evaluación	155
III.3.2. Modelos fundamentales de evaluación.....	158
Capítulo IV. Gestión y evaluación de la calidad. Aplicación a los servicios sociales generales	167
IV.1. Consideraciones conceptuales y enfoques en la gestión de la calidad	169
IV.1.1. El concepto de calidad y su evolución histórica	169
IV.1.2. La calidad total como filosofía de gestión.....	172
IV.1.3. Sistemas para el aseguramiento de la calidad: Normas ISO. Modelo de excelencia EFQM. Modelo EVAM.....	178
IV.1.4. La evaluación de la calidad de los servicios. SERVQUAL: El modelo de Zeithaml, Parasuraman y Berry.....	188
IV.2. Calidad y administración pública	196
IV.2.1. El reto de la modernización de la administración pública.....	196
IV.2.2. La implantación de sistemas de calidad en la Administración y las políticas públicas	199
IV.2.3. Hacia un nuevo concepto de ciudadano como “cliente”	205
IV.3. La calidad en el ámbito de los servicios sociales públicos	207
IV.3.1. Especificidades de la calidad en servicios sociales	207
IV.3.2. Estudios e investigaciones sobre calidad en servicios sociales	209
IV.3.3. El factor humano y la interacción profesional-usuario	210
IV.3.4. Criterios de calidad e investigación social	212
IV.3.5. Calidad recibida y calidad percibida	214
PARTE II. DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO	217
Capítulo V. Diseño teórico y metodológico de la investigación	219
V.1. Modelo teórico	222
V.1.1. Fundamentos teórico-conceptuales y metodológicos del modelo de evaluación	222
V.1.2. Modelo de análisis para la evaluación de la calidad percibida del programa de teleasistencia domiciliaria.....	226
V.2. Objetivos	230
V.2.1. Objetivo general.....	230
V.2.2. Objetivos específicos	230

V.2.3. Hipótesis	231
V.3. Metodología	232
V.3.1. Evaluación de la evaluabilidad	232
V.3.2. Fases del proceso investigador	232
V.3.3. Técnicas de producción de datos	233
V.3.4. Elaboración y aplicación del cuestionario	237
V.3.5. Técnicas de análisis de la información	239
V.4. Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas	241
V.4.1. Medición en ciencias sociales y calidad en la producción de información .	241
V.4.2. Validez y fiabilidad de las observaciones. Concepto y tipos.....	242
V.5. Prueba de fiabilidad test-retest. Aplicación a la medición mediante el cuestionario a usuarios	247
V.5.1. Fiabilidad en variables categóricas con el método test-retest.....	247
V.5.2. Aplicación del test-retest en la investigación	249
V.5.3. Validez de la medición	251
V.6. El programa de teleasistencia domiciliaria: características e implantación .	252
V.6.1. Teleasistencia domiciliaria: Programa de atención a las personas mayores y con discapacidad desde los servicios sociales comunitarios.....	252
V.6.2. El programa de teleasistencia domiciliaria en la provincia de Granada.....	257
 PARTE III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	 265
 Capítulo VI. Resultados de la investigación (I): Características de las personas entrevistadas y del servicio recibido	 267
VI.1. Características sociodemográficas	269
VI.1.1. Edad y sexo	270
VI.1.2. Nivel de estudios	271
VI.1.3. Estado civil y situación de convivencia	273
VI.1.4. Tamaño del municipio.....	276
VI.1.5. Nivel de ingresos y aportación por el servicio	276
VI.1.6. Perfil sociológico del usuario	278
VI.2. Autonomía personal, problemas de salud y apoyo social	280
VI.2.1. Realización de actividades de la vida diaria (AVD)	280
VI.2.2. Problemáticas relacionadas con la salud	284
VI.2.3. Apoyo social y familiar	286
VI.2.4. Baremo de situación sociofamiliar y autonomía personal: Dos problemáticas de acceso al programa.....	287
VI.2.5. Servicio de ayuda a domicilio. Usuarios e intensidad.....	288
VI.3. Características del servicio recibido	290
VI.3.1. Antigüedad en el servicio	290
VI.3.2. Periodo entre solicitud e instalación: tiempo transcurrido y valoración subjetiva.....	291
VI.3.3. Llamadas realizadas y visitas de los técnicos.....	293
 Capítulo VII. Resultados de la investigación (II): Evaluación de las dimensiones de la calidad del servicio	 299
VII.1. Dimensiones de la calidad del servicio de teleasistencia	303
VII.1.1. Acceso al programa de teleasistencia.....	304

VII.1.2. Los trámites de solicitud del servicio: Realización y valoración de la dificultad	311
VII.1.3. Funcionamiento del equipo tecnológico y del servicio.....	315
VII.1.4. Aportaciones del servicio: Seguridad y compañía.....	321
VII.1.5. Llamadas de emergencia: realización y valoración de la rapidez de respuesta.....	324
VII.1.6. Percepción de preocupación por el usuario.....	329
VII.1.7. Comunicación con el centro de atención	331
VII.2. Expectativas y satisfacción con el servicio.....	333
VII.2.1. Cobertura de expectativas	333
VII.2.2. Nivel de satisfacción con las dimensiones del servicio	336
VII.2.3. Satisfacción general	342
VII.2.4. Valoración del coste económico	351
Capítulo VIII. Resultados de la investigación (III): Coproducción del servicio y percepción de los efectos en el bienestar personal y social	353
VIII.1. Coproducción del usuario y uso del servicio	356
VIII.1.1. Problemáticas y uso del servicio	356
VIII.1.2. Uso de la unidad de control remoto.....	361
VIII.2. Contribución al bienestar personal y social	369
VIII.2.1. Efectos del servicio en la vida cotidiana.....	369
VIII.2.2. Consecuencias en el estado anímico.....	372
VIII.2.3. Percepción del impacto y utilidad del servicio	374
PARTE IV. CONCLUSIONES	379
Capítulo IX. Síntesis y conclusiones.....	381
IX.1. Referentes teóricos y conceptuales de la investigación	383
IX.2. La conexión entre metodología y teoría de la investigación.....	392
IX.3. Hallazgos empíricos sobre la calidad percibida del programa evaluado	395
Bibliografía	407
Anexo I. Cuestionario	439
Índice de cuadros	445
Índice de figuras	445
Índice de tablas	446
Índice de gráficos	449

RESUMEN

El trabajo que se presenta en esta tesis doctoral desarrolla un modelo conceptual y metodológico para la evaluación de la calidad de programas de servicios sociales comunitarios. Esta propuesta se aplica en el programa de teleasistencia domiciliaria que gestiona desde 1994 Diputación Provincial de Granada en los municipios de la provincia con una población inferior a 20.000 habitantes.

Con este propósito, se examina la evolución seguida por los servicios sociales personales como área básica del Estado de Bienestar, así como los programas y prestaciones fundamentales en España y Andalucía. En la parte teórica se exponen los planteamientos conceptuales y tipologías relativas a la evaluación de programas sociales, y se analizan de forma específica los modelos básicos existentes para el estudio de la calidad de los servicios, su aplicación a la Administración Pública, y de manera más específica a los servicios sociales públicos.

A nivel metodológico, se utilizan técnicas de producción de datos cuantitativas y cualitativas, -encuesta, entrevistas en profundidad y grupos de discusión-, las más utilizadas en el ámbito de la disciplina sociológica, y se han obtenido datos secundarios correspondientes a la realidad objeto de estudio. El análisis estadístico se ha llevado a cabo en tres niveles: univariable, bivivariable y multivariable.

El modelo de calidad percibida propuesto no solo se fundamenta en la medición de la satisfacción de los usuarios con las distintas dimensiones de calidad, sino que considera la percepción subjetiva sobre sus efectos en el bienestar personal y la relación con factores de coproducción del servicio, muy relevantes en numerosos programas que se implementan desde servicios sociales comunitarios. Todo ello desde la percepción subjetiva de los propios beneficiarios, como aproximación imprescindible para la mejora continua de programas y actuaciones, principio más importante de la búsqueda de la calidad y la excelencia.

Los resultados muestran una satisfacción muy elevada con el servicio y con las diferentes dimensiones examinadas del mismo.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge por el interés como investigador en la generación de modelos evaluativos para el análisis de la calidad en el área del bienestar social que, centrados en la percepción subjetiva del usuario, contribuyan a la mejora continua de los servicios sociales que las administraciones públicas prestan a la ciudadanía.

El objetivo general de la tesis doctoral es desarrollar y aplicar un modelo teórico y metodológico para evaluar la calidad percibida de programas de servicios sociales comunitarios. Para ello se determinan las dimensiones del servicio, y analizan las relaciones entre la percepción de los usuarios y los elementos extrínsecos e intrínsecos del programa. Una vez definido el modelo, se aplica en la evaluación de un servicio concreto: teleasistencia domiciliaria.

Es necesario hacer una breve referencia a los aspectos que justifican su realización. A partir de la segunda mitad de la década de los ochenta del pasado siglo, comienzan a potenciarse en nuestro país con mayor intensidad un conjunto de medidas y actuaciones políticas y técnicas que han dado lugar a lo que hoy conocemos como sistema público de servicios sociales. El objetivo de las distintas administraciones era consolidar un conjunto de estrategias que, en el marco de un supuesto Estado de Bienestar, diera respuestas a determinadas necesidades y demandas de la población, y de manera especial de grupos y colectivos desfavorecidos.

Este proceso ha estado unido a la implementación y desarrollo de servicios, proyectos y actuaciones. En los últimos años ha crecido la demanda de evaluación de los mismos, que, ante todo, debe representar un proceso continuo que muestre los objetivos alcanzados, las dificultades encontradas, las fortalezas y debilidades de los programas, los efectos no previstos que se hayan podido presentar y las propuestas técnicas para la reorientación, si es necesario, de las acciones que se han de ejecutar.

Otro fenómeno creciente es el énfasis de empresas privadas y organismos públicos en prestar servicios de calidad. A pesar del retraso respecto al ámbito privado, en los últimos años se ha incrementado este interés en la administración pública. En los ámbitos político y técnico, y a nivel nacional, regional y local, se han desarrollado iniciativas orientadas a la mejora de la calidad de los servicios que se prestan a los ciudadanos.

Uno de los propósitos de la tesis es profundizar en el concepto de calidad en el ámbito de los servicios sociales comunitarios, con el objetivo de realizar un diseño de

investigación que permita evaluar la calidad de programas. El trabajo que se presenta a continuación establece, desde una perspectiva sociológica, una serie de procedimientos metodológicos para evaluar la calidad de los programas de intervención social. En concreto, se desarrolla el modelo mediante su aplicación al programa de teleasistencia domiciliaria que, a través de un convenio iniciado en 1994 con el IMSERSO y la FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) gestiona Diputación Provincial de Granada en los municipios de la provincia menores de 20.000 habitantes, a través de los servicios sociales comunitarios.

En este área, las aproximaciones teóricas y metodológicas para el estudio de la calidad de los programas han sido más escasas que en otras como sanidad o educación. A pesar de que se ha producido un incremento de las mismas en los últimos años, se ha prestado más atención a la calidad técnica. Es precisamente el bajo desarrollo de modelos evaluativos sobre la calidad percibida en el ámbito de los servicios sociales comunitarios, unido al interés por la temática, lo que ha llevado a desarrollar esta investigación.

La tesis se presenta en cuatro partes: en la primera se expone el marco teórico del objeto de investigación; en la segunda se propone un diseño teórico y metodológico para el estudio y evaluación del programa de teleasistencia domiciliaria; en la tercera, se exponen los resultados empíricos de la investigación; y en la cuarta, las conclusiones.

La primera parte se estructura en cuatro capítulos en los que se examinan postulados teóricos y contenidos relacionados con los servicios sociales personales, la evaluación de programas y la calidad.

En el primer capítulo se tratan las corrientes, etapas históricas y situación actual del Estado de Bienestar, y la aproximación conceptual a los servicios sociales personales, fundamentalmente los de atención primaria, comunitarios o generales.

El segundo se dedica de manera exclusiva a profundizar en los programas y prestaciones del sistema público de servicios sociales, incluyendo la normativa, estructura, desarrollo y datos sobre estado actual; todo ello examinado en tres niveles: España, Andalucía y provincia de Granada, en esta última en los municipios inferiores a 20.000 habitantes.

El capítulo tercero examina los conceptos, antecedentes históricos, metodología y modelos que caracterizan la evaluación de programas sociales. Forman parte del

contenido aspectos relacionados con el contexto social y político en el que se desarrolla, su utilidad, fases del proceso metodológico, la relevancia de métodos y técnicas de investigación social tanto cuantitativas como cualitativas, y los principales tipos de evaluación.

El cuarto capítulo se centra en la gestión y evaluación de la calidad, y su aplicación a los servicios sociales públicos. Los diferentes enfoques de la gestión de la calidad y de los sistemas de aseguramiento y autoevaluación, su implantación en las políticas públicas, y de manera específica en la intervención social, se exponen a lo largo de los diferentes apartados. Se establecen las diferencias entre calidad recibida y percibida, distinción básica para comprender los objetivos de esta investigación. Todos estos contenidos constituyen aportaciones básicas al marco teórico.

La segunda parte de la tesis corresponde al capítulo quinto, que expone el diseño teórico y metodológico del estudio. Está integrado por el modelo teórico, los objetivos e hipótesis que guían la investigación empírica realizada, el proceso investigador, las técnicas de producción y análisis de la información, la validez y fiabilidad de la medición, y la exposición de las características fundamentales del programa objeto de estudio: teleasistencia domiciliaria.

El diseño metodológico se propone aplicar un cuestionario construido para la investigación, adaptándolo al nivel de formación e información de las personas entrevistadas. Incluye además la revisión y sistematización de datos secundarios, y la realización de doce entrevistas en profundidad -a profesionales, usuarios y familiares-, y dos grupos de discusión -de usuarios y familiares-, con la finalidad de lograr una aproximación fundamentada en la pluralidad y complementariedad que requiere el análisis de la compleja realidad social. Las entrevistas en profundidad de profesionales y los grupos de discusión han tenido una finalidad exploratoria y de indagación sobre el programa evaluado, aportando valiosa información tanto en la fase de elaboración del cuestionario como para la interpretación de los resultados, obtenidos por el análisis estadístico en los niveles univariable, bivivariable y multivariable. Por otro lado, el estudio de la fiabilidad de la medición efectuada mediante el cuestionario se ha realizado mediante el método test-retest.

Los capítulos seis a ocho constituyen la tercera parte de la tesis, en la que se muestran los resultados de la investigación. El sexto se centra en las características y

perfil de los encuestados, la autonomía personal y problemas de dependencia, el apoyo social, y en variables relacionadas con el servicio recibido. En el séptimo se analiza la percepción sobre una serie de dimensiones de la calidad del programa, definidas en el modelo teórico, así como la cobertura de expectativas y los niveles de satisfacción de los usuarios con los distintos componentes del servicio. En el octavo, último dedicado a resultados, se estudian aspectos relativos al uso y coproducción del servicio por parte de las personas mayores encuestadas, y la valoración subjetiva sobre los efectos y contribución del mismo a su bienestar.

Los resultados se han estructurado por temas, quedando integrados los análisis univariable, bivivariable y multivariable con las referencias a respuestas de preguntas abiertas del cuestionario y el tratamiento de la información cualitativa de entrevistas en profundidad a usuarios y familiares.

En lo referente a la cuarta parte de la tesis, el capítulo noveno, se realiza una síntesis de los aspectos examinados en el resto del trabajo, los hallazgos empíricos de mayor relevancia en relación a los objetivos e hipótesis de partida y las principales conclusiones de la investigación.

Y con el objeto de completar la exposición de la estructura de este estudio, se incluyen al final del texto la bibliografía utilizada, el anexo con el cuestionario, y los índices de cuadros, figuras, tablas y gráficos ilustrados a lo largo de su contenido.

PARTE I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ESTADO DE BIENESTAR Y SERVICIOS SOCIALES

En este capítulo se analizan los servicios sociales personales, que constituyen un área fundamental de la política social en el marco del Estado de Bienestar. Se ha estructurado en dos grandes apartados. El primero de ellos se centra en el Estado de Bienestar, haciendo un breve recorrido por distintas etapas, desde su origen hasta la actualidad. En el segundo se delimitan los servicios sociales personales, examinando sus principales características, que permiten situarlos como un pilar básico de la política social. Se reflexiona acerca de la reorientación que está experimentando la intervención del Estado y como puede afectar en el futuro a la prestación de los servicios sociales.

El propósito de este capítulo es enmarcar a nivel teórico los servicios sociales personales, ámbito de actuación en el que se desarrolla el programa de teleasistencia domiciliaria, considerándolos parte de las políticas sociales que configuran el Estado de Bienestar.

I.1. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTADO DE BIENESTAR

Exponer en un único apartado el estudio y análisis del origen, desarrollo, crisis y reorientación del Estado de Bienestar supone una tarea compleja. Sin embargo, el objetivo no es tan ambicioso y se limita a exponer las líneas generales de su evolución, tratando así de realizar una aproximación de lo general a lo particular. Se ubica en ese contexto la intervención pública en materia de servicios sociales, donde situamos el programa que se analizará en la parte aplicada de este trabajo.

En primer lugar, se abordan las teorías más importantes sobre el Estado de Bienestar, para pasar a exponer el origen y desarrollo del mismo, y tratar a continuación la tan comentada y actual “crisis”. Todo ello permitirá enlazar con distintas visiones, no exentas de polémica, sobre la situación actual y su futuro.

I.1.1. Corrientes ideológicas en la construcción del Estado de Bienestar

Bajo la conceptualización de Estado de Bienestar se van a considerar distintos procesos históricos que han venido caracterizando principalmente a países de la Europa Occidental a partir de 1945, basados en la intervención estatal, con el objeto de lograr un crecimiento económico mediante políticas de incremento de la demanda de bienes y servicios, y de mediación en los conflictos entre clases sociales. La dificultad al

definirlo y acotarlo dependerá del énfasis que se haga en los ámbitos económico, socio-cultural o institucional (Rodríguez Cabrero, 1996). La base para su desarrollo es el sistema político democrático (Comín, 1996; Picó, 1999).

La influencia de diversas corrientes ideológicas es determinante en su surgimiento. El desarrollo del Estado de Bienestar será posible por el consenso producido entre distintas visiones políticas. En términos generales, podemos reconocer tres planteamientos diferenciados sobre el mismo: Conservadores, liberales y socialistas:

1) **Visión conservadora:** Basada en postulados de preocupación por el orden social, entiende la intervención del Estado como su garante. El conservadurismo apuesta por una economía de mercado con una mínima intervención pública, entendiendo que el gobierno no debe regular las relaciones económicas y sociales. Desde esta corriente, el bienestar debe proceder del mercado, las organizaciones benéficas, la familia y el propio individuo, quedando relegada la actuación de los poderes públicos a las situaciones de incapacidad del propio mercado para resolver los problemas coyunturales que se planteen (Garcés y Durá, 1997). No obstante, se presenta como solución para mantener la integración social.

Bajo este enfoque, desde su visión más ortodoxa, la intervención estatal sería una traba para que la propia sociedad se estructure por sí misma y dé respuesta a sus necesidades. Entre sus defensores destacan Hayeck, Friedman y Dahl. Desde esta perspectiva el Estado es un mero facilitador de reglas y debe ser neutral, fomentando el libre mercado.

2) **Planteamiento liberal:** Se considera que el sistema económico capitalista y la intervención estatal son compatibles. Tres autores que defienden esta corriente son Keynes, Beveridge y Marshall; todos ellos con un papel fundamental para entender el origen del Estado de Bienestar. Dan gran importancia a la igualdad, si bien otorgan un relevante papel a la libertad, advirtiendo incluso del riesgo que puede suponer una excesiva monopolización del bienestar por el propio Estado.

Keynes (1930) va a defender el efecto dinamizador en la economía de la intervención pública y del gasto social. Beveridge (1942) propone, entre otras medidas, la creación de un seguro social para eliminar la pobreza y la supresión del

desempleo. Marshall (1949) considerará al ciudadano como sujeto de derechos que han de garantizar los poderes públicos.

- 3) **Visión socialista:** En relación a las anteriores, defiende la máxima intervención estatal, considerada imprescindible para eliminar las desigualdades sociales. Esta corriente, que se consolidará como “socialdemocracia” a partir sobre todo de los años sesenta del siglo XX, pretende el logro de la máxima justicia social e igualdad de oportunidades por medio de sistemas públicos como educación, empleo, salud, seguridad social y servicios sociales (Garcés y Durá, 1997). Por tanto, algunos de los postulados básicos del socialismo, en este momento, serán la redistribución de rentas, la promoción de la solidaridad y la compensación de las injusticias generadas por la economía de mercado. Desde esta perspectiva se defiende el papel estatal en la transformación social, y como vía para la consecución de la igualdad.

Estas tres corrientes ideológicas son las más importantes en el desarrollo del Estado de Bienestar, si se comprende éste a partir del pacto keynesiano que logra el consenso de socialistas, liberales y conservadores para adoptar una serie de medidas económicas con el objeto de paliar la crisis que experimentó Europa Occidental tras la segunda guerra mundial. Será a partir de 1945 cuando numerosos países europeos occidentales adopten los principios de la política económica propuesta por Keynes y del informe de Beveridge.

No obstante, a los postulados anteriores habría que añadir una cuarta corriente, el marxismo, si bien sus planteamientos en aquel momento distaban bastante de los principios del Estado de Bienestar, al pretender un cambio radical del sistema económico capitalista.

Además de las corrientes expuestas, situadas en el origen, con el desarrollo de este modelo de Estado aparecen nuevos idearios y movimientos sociales en defensa de actuaciones como la mejora del medio ambiente, o la lucha por la igualdad de género. Toman protagonismo también otras ideologías o principios, con plena vigencia en la actualidad, como el feminismo, el ecologismo y el anti-racismo, muy relacionadas con las demandas y actuaciones que debe tener el Estado de Bienestar (Garcés y Durá, 1997:62-70).

Para determinados autores el concepto clave del que es necesario partir es el de Estado Social, que viene definido por la intervención de los poderes públicos para evitar o mitigar las situaciones de desigualdad social. Éste se podrá constituir de diversas formas, lo que nos lleva a diferenciar varios modelos: Estado de Bienestar, Estado social liberal y Estado social conservador (Raya Díez, 2002). No se debe olvidar que el Estado de Bienestar surge por un consenso de postulados ideológicos diferenciados, y en ese primer momento determinados principios conservadores influyen también en su configuración, sobre todo los relativos a la legitimación del sistema económico capitalista. En cualquier caso, la responsabilidad estatal en garantizar unos mínimos básicos de protección social para los ciudadanos y ciudadanas representa una característica esencial de este modelo de Estado (Esping Andersen, 1993).

Dos situaciones caracterizan la conceptualización del Estado de Bienestar. Por un lado, se puede identificar con la intervención estatal en la solución de problemas y necesidades sociales mediante una serie de ramas de la política social. Por otro, estaría representado por aquel que se caracteriza por una situación de pleno empleo, salud y educación pública y gratuita, medidas de distribución de riqueza y seguridad y cobertura de situaciones circunstanciales. En el primer caso podemos hablar de Estado de Bienestar si se han desarrollado unos sistemas de protección social, sin entrar a considerar su eficacia. En el segundo, solo lo haremos cuando se hayan logrado unos mínimos de bienestar social para todos los ciudadanos y lo podemos identificar con la versión fuerte del mismo, lo que exige una utilización más rigurosa del término. En este trabajo se utilizará refiriéndose sobre todo a la primera acepción.

I.1.2. Origen

El Estado de Bienestar es producto de factores sociales, políticos, económicos e históricos. Se trata de una forma de organización sociopolítica cuyo objetivo principal es la puesta en marcha de sistemas y políticas públicas orientadas hacia el pleno empleo y la protección social mínima de todos los ciudadanos, basado en los principios de la teoría económica de Keynes (Wenger de la Torre, 1997).

Aunque surge en países de centro y norte de Europa en el siglo XX, fundamentalmente a partir de la segunda guerra mundial, hay planteamientos anteriores sobre la conveniencia de optar por un Estado intervencionista que dé respuesta a las

necesidades de la ciudadanía.

De esta forma, algunos autores fijan los orígenes de este intervencionismo en la beneficencia liberal del siglo XIX, momento en que se produce una mayor implicación de las administraciones públicas (Comín, 1996); y con una mayor concreción en la legislación social que el canciller Bismarck desarrolla en la Alemania de finales de ese siglo (Picó, 1999). No debemos obviar, sin embargo, que ya existían precedentes de Seguridad Social en el Antiguo Régimen, representado por hospicios, hospitales, asilos y obras pías.

El desarrollo de los seguros sociales implantados a finales del siglo XIX y principios del XX va dirigido a cubrir carencias y necesidades de los trabajadores. En este sentido, la ampliación de derechos sociales en esta época, con una clara función de control social, tuvo un efecto de contención de la clase obrera. Uno de los motivos principales de la creación de nuevos derechos fue intentar frenar el avance del socialismo.

A partir de 1945 se percibe desde la clase política la necesidad e idoneidad de una mayor implicación e intervención de los poderes públicos en garantizar el bienestar de todos los ciudadanos. Ello genera en los principales países europeos la configuración de sistemas nacionales y públicos de protección social, que intentan dar respuesta a necesidades relativas a salud, educación, garantía de rentas, prestaciones de desempleo, acceso a la vivienda, etc.

Desde una perspectiva social, el Estado de Bienestar fue posible porque “conservadores, liberales y socialistas democráticos compartieron esta estrategia, en la que el mercado, que había tenido hasta el momento una clarísima preeminencia, cedía parte de ella al Estado y a los nuevos valores que le acompañaban: solidaridad colectiva frente al puro éxito individual y democracia participativa” (Wenger de la Torre, 1997:83). Es el denominado pacto keynesiano, basado en las teorías económicas de Keynes y sociales de Beveridge.

Los motivos que provocaron la aparición y desarrollo del Estado de Bienestar en ese momento histórico fueron muy diversos. Siguiendo a Muñoz de Bustillo (2000), algunos factores que contribuyen a su aparición son los siguientes:

- 1) La implantación de la economía de mercado que rompe con el orden social y económico tradicional propio de las sociedades preindustriales. Durante el siglo XIX, en los países en los que se consolida la revolución industrial que da lugar al

desarrollo del capitalismo, se produce un incremento de las desigualdades sociales, así como la ruptura de redes de seguridad, sobre todo de redes sociales informales. Este nuevo sistema económico, y sus repercusiones sociales, provoca la aparición de demandas de seguridad y protección social, lo que origina la aparición de instituciones como los sindicatos, que tendrán un gran protagonismo en la posterior construcción del nuevo modelo de Estado.

- 2) La necesidad de legitimación del propio sistema capitalista. La falta de un nivel de vida aceptable y digno para una parte importante de la población, motivado por situaciones de desempleo, precariedad laboral y pobreza, lleva a que los países basados en una economía capitalista se planteen la necesidad de intervención para buscar, mediante un mejor nivel de vida, la estabilidad del propio sistema. Además, a mitad del siglo XX el sistema soviético significaba una alternativa al capitalismo, lo que incrementó aún más la necesidad de intervención, con el objeto de evitar posibles revueltas sociales. Máxime cuando los partidos comunistas de Francia e Italia llegaron a conseguir una importante representación en las elecciones de 1946, lo que se percibió como una gran amenaza.
- 3) La creciente importancia de enfoques ideológicos orientados al desarrollo de políticas económicas y sociales basadas en principios de redistribución. La orientación ideológica del partido en el poder afectaba en todo caso a la forma de considerar el Estado de Bienestar, pero no al cuestionamiento de su importancia y necesidad. Las diferencias en función de la ideología política aparecerán posteriormente, sobre todo a partir de la crisis de los setenta (Muñoz de Bustillo, 2000).
- 4) Cambio en la percepción sobre las economías de mercado, con especial relevancia de las ideas de John Maynard Keynes¹. Este ideólogo señala la importancia de la intervención del sector público para la lucha contra el desempleo, que es consustancial a la economía capitalista. Tiene un planteamiento contrario a la Ley de Say, para quien la oferta crea su propia demanda. Según Keynes, será la demanda la que influye en la producción y la oferta. Su propuesta se fundamenta en el aumento del gasto público y su carácter redistributivo como forma de incrementar el consumo de todos los grupos sociales, lo que conduciría a superar la crisis

¹ Fundamental es su obra “Teoría general sobre la ocupación, el interés y el dinero”, publicada en 1936.

económica en la que estaban inmersos numerosos países europeos a mitad del pasado siglo.

En el origen, por tanto, situamos el apoyo a las propuestas keynesianas, basadas en el impulso de la inversión fomentando la demanda de bienes y servicios mediante el aumento del gasto público, tanto por liberales como por socialdemócratas. Para los primeros significaba legitimar la economía de mercado mediante la corrección de los problemas sociales que pudiera generar. Para los segundos, representaba una redistribución de la renta y la reducción paulatina de desigualdades sociales. Esto posibilitó el consenso político en torno al Estado de Bienestar y su posterior desarrollo (Álvarez-Miranda, 1996; Rodríguez Cabrero, 1996; Wenger de la Torre, 1997; Picó, 1999).

I.1.3. Desarrollo y apogeo

Como se ha podido comprobar, la expansión de los programas de bienestar tras la segunda guerra mundial, basados en planteamientos keynesianos, van dirigidos no sólo a la redistribución de renta y a dar respuestas a las necesidades de la población, sino además a incentivar la demanda de productos y servicios como elemento fundamental del desarrollo económico. Se caracterizan por un doble objetivo: aumentar el bienestar social mediante la disminución de desigualdades a través del reparto de rentas; y reactivación económica en una situación de crisis y bajo consumo.

En un sentido amplio, el Estado de Bienestar va dirigido a facilitar unas condiciones que permitan una verdadera ciudadanía, fomentando que toda la población consiga unos derechos mínimos y no queden en situación de exclusión. Para ello, pretende garantizar empleo y rentas a la población, así como desarrollar sistemas públicos de asignación de recursos para dar servicios básicos y cobertura a las necesidades de los ciudadanos que no satisface el mercado, logrando así un nivel mínimo de desarrollo económico y social (Gutiérrez Junquera, 2000).

Durante tres décadas se desarrolla este modelo en diversos países de centro y norte de Europa, con una apuesta por la intervención pública en los diversos ámbitos de la política social. Se construyen y consolidan sistemas universales de protección social de carácter integral, dirigidos a todos los ciudadanos, superando la distinción entre contribuyentes y no contribuyentes. En el ámbito social se dan respuestas, a través de la

iniciativa pública, a las necesidades de la ciudadanía en temas relacionados con salud, educación, empleo, garantía de rentas, vivienda y servicios sociales personales.

En definitiva, supone a nivel ideológico un consenso entre socialdemócratas y liberales, como iniciativa que ayudará a superar los fallos del mercado pero que a su vez no representara una amenaza para la economía de mercado. Será la confluencia de intereses entre ambas posturas ideológicas lo que facilita su nacimiento.

Sin embargo, con la llegada de la década de los años sesenta se rompe este consenso. Los incrementos de paro e inflación, unidos a la crisis económica, hacen que se levanten voces en contra del Estado de Bienestar, al que responsabilizan del estancamiento económico y del creciente déficit público.

I.1.4. La etapa de crisis del Estado de Bienestar

El Estado de Bienestar caracteriza a diversos países europeos durante los años cuarenta, cincuenta y sesenta del siglo XX. Sin embargo, a partir de 1970 surgen dificultades para su continuidad y comienza a cuestionarse el modelo intervencionista seguido. Son diversos los factores y problemas que influyen de forma decisiva y ayudan a explicar la denominada “crisis del Estado de Bienestar”, así como las transformaciones que se han producido en el mismo (Rodríguez Cabrero, 1996; Guillén Rodríguez, 1996; Alvarado, 1998; Picó, 1999; Muñoz de Bustillo, 2000). Veamos a continuación los más relevantes:

- a) *Los problemas en la economía y mercado de trabajo*, que se agudizan en la década de los setenta. Cabe destacar un aumento de paro estructural, que implica una mayor necesidad de protección social. Se pierde la situación de pleno empleo y la crisis económica iniciada en 1973 cuestiona el carácter intervencionista del Estado. Se producen cambios en el funcionamiento del mercado de trabajo y en las relaciones laborales, con mayor flexibilización laboral. Además, se incrementa de manera notable la inflación (Picó, 1999).
- b) *Fin del consenso o pacto keynesiano*: Diversas corrientes ideológicas realizan feroces críticas al modelo intervencionista de los poderes públicos. Los neoliberales plantean la crisis económica como un exceso de intervención pública, reivindicando su reducción. Los neomarxistas critican la legitimidad que el Estado de Bienestar otorga al sistema capitalista y generan diferentes críticas al mismo. En general, las

clases medias urbanas comienzan a dudar sobre la excesiva concentración de los servicios en manos del Estado (Rodríguez Cabrero, 1996). A nivel ideológico, por tanto, aumenta la desconfianza sobre la forma de intervención del Estado (Guillén Rodríguez, 1996).

- c) *Los efectos no queridos de la política social y su financiación*: Por un lado, la necesidad de financiación del gasto público repercute en un incremento de impuestos. Por otro, las posibles situaciones de dependencia que se pueden generar respecto a las prestaciones recibidas, lo que puede provocar menos motivación para la búsqueda de empleo de aquellos que reciben estas prestaciones. Es lo que Hirschman (1991) ha denominado como “tesis de la perversidad”, haciendo referencia a los efectos no queridos del Estado de Bienestar. Además, el incremento constante de expectativas de la población produce una falta de legitimación de los poderes públicos y origina un grave problema político, en el que el Estado no puede responder a todas las demandas de los ciudadanos.
- d) *Los “fallos del Estado”*: El incremento de la administración pública provoca en ocasiones que los burócratas y gestores se preocupen más por defender el interés propio, incrementando partidas en los presupuestos para ganar más prestigio, poder y dinero. Comienza en estos momentos a plantearse la ineficacia de la gestión pública, debido al déficit de legitimidad y eficacia del Estado de Bienestar (Guillén Rodríguez, 1996; Alvarado, 1998). Bajo esta percepción surge la idea de privatización de los servicios, defendida por las corrientes ideológicas neoliberales (Muñoz de Bustillo, 2000).
- e) *Cambios sociales y demográficos*: El fenómeno del envejecimiento de la población conlleva, entre otros aspectos, en el ámbito laboral el aumento de la tasa de dependencia, que establece la relación entre población mayor y población ocupada. Este cambio demográfico incide en la necesidad de una mayor financiación pública. A su vez, los cambios familiares repercuten en una mayor necesidad de apoyo a los hogares.
- f) *Transformaciones del poder político*: la globalización de la economía, con una creciente importancia de las relaciones económicas internacionales, hace que la toma de decisiones se efectúe de manera creciente a nivel supranacional, en centros político-financieros en los que los estados tienen cada vez menos control.

Precisamente los planteamientos keynesianos iban dirigidos para un marco de actuación nacional (Alvarado, 1998).

- g) *Debilitación del efecto de legitimación social de la actuación estatal*: El proceso de dualización social ha afectado a la visión y lealtad de las clases medias hacia el Estado de Bienestar. Aún así, en el caso de España la mayoría de los ciudadanos considera que el Estado es responsable del bienestar de la ciudadanía, y que es el encargado de dar respuestas a una serie de necesidades, como señalan los datos de la tabla 1.1.

Tabla 1.1. Opinión sobre la responsabilidad del Estado en el bienestar de los ciudadanos (%)

El Estado debe ser el responsable del bienestar de todos/as los/as ciudadanos/as, y tiene la obligación de ayudarles a solucionar sus problemas.	67,1
El Estado sólo debe ser el responsable del bienestar de los/as ciudadanos/as más desfavorecidos, y tiene la obligación de ayudarles a solucionar sus problemas.	21,3
Los/as ciudadanos/as deben ser los/as responsables de su propio bienestar, y tienen la obligación de valerse por sí mismos/as para resolver sus problemas.	7,9
Ns/Nc.	3,7
Total	100,0

Fuente: CIS, estudio nº 2911 (Barómetro de septiembre de 2011)

Ante la crisis, aparecen críticas al papel interventor del Estado desde diversos planteamientos ideológicos y perspectivas, principalmente de neoliberales y marxistas. En una primera aproximación, “aunque parten de visiones de una sociedad ideal muy diferentes y proponen soluciones muy distintas, neoliberales y neomarxistas coinciden en gran parte de sus críticas al Estado de Bienestar” (Álvarez-Miranda, 1996:60).

Los neoliberales más ortodoxos plantean la reducción de la intervención pública frente al mercado, otorgando a la política social un papel bastante residual y asistencial. Plantean la necesidad de tomar medidas como la reducción de impuestos o la privatización de servicios, considerando la desigualdad social y económica como incentivo a los más pobres para una mayor búsqueda de empleo, eliminando así la posible dependencia de subsidios o prestaciones. No obstante, los más moderados de esta corriente de pensamiento defienden el mantenimiento de servicios públicos básicos. Desde las corrientes de pensamiento conservadoras se insiste en que el modelo de Estado de Bienestar supone un freno al desarrollo de la economía y, por tanto, al bienestar social.

En el otro extremo, los neomarxistas insisten en la necesidad de una mayor intervención estatal, siendo la solución a la crisis la transición a un sistema que no esté basado en la economía capitalista o de mercado. Dentro de esta corriente, destacan las críticas efectuadas por autores como Offe y O'Connor.

Para O'Connor el estado capitalista debe cumplir dos funciones contrapuestas: acumulación, mediante el fomento del crecimiento económico y de la inversión; y legitimación, a través de políticas sociales cuyo objetivo es una mayor justicia social. Habría una contradicción entre el incremento de la carga fiscal para posibilitar un aumento paulatino del gasto social y la legitimación mediante la redistribución de riqueza entre las clases sociales. Ello provocaría la crisis fiscal del Estado de Bienestar (O'Connor, 1973, 1984).

Por su parte, Claus Offe subraya diversas contradicciones en este modelo de Estado, destacando las que existen entre incremento de capital y redistribución de la riqueza, entre el fomento del trabajo productivo y la protección al trabajo productivo, y entre la necesaria presión fiscal y los deseos de inversión privada de determinados grupos sociales (Offe, 1990).

El desarrollo del Estado de Bienestar implicó un incremento del personal contratado por la administración pública. En esos momentos se consideraba que la burocracia se basaría en la eficiencia y la racionalidad en términos weberianos. Sin embargo, con la llegada de la crisis las estructuras burocráticas de la Administración reciben críticas sobre su falta de agilidad, eficacia y eficiencia. Durante esos años las partidas de personal crecieron de forma considerable, en parte por las demandas efectuadas por los grupos de presión de profesionales.

A pesar de las críticas recibidas, el Estado de Bienestar ha permitido una serie de cambios importantes difíciles de suprimir. La cobertura de determinadas necesidades para parte de la población, la extensión de derechos individuales y colectivos, la potenciación de los sistemas democráticos, o la reformulación de la dialéctica sociedad-Estado, son algunos de ellos (Picó, 1999).

En resumen, la crisis económica iniciada en 1973, la ruptura del consenso ideológico, el cuestionamiento de los efectos de la acción pública en relación al pleno empleo y el crecimiento económico, los problemas asociados a las dificultades de organización y control de la administración por su rápida expansión, o el excesivo gasto

público en relación a los ingresos del Estado que provocan un incremento de la deuda pública, son los principales factores que inciden en esta crisis, que llegará hasta nuestros días y de forma muy acentuada.

I.1.5. Etapa de reorientación

Los problemas a los que se enfrentaba el modelo repercutió en una creciente consolidación de la idea de introducir importantes cambios, otorgando un mayor protagonismo al mercado y a la sociedad civil en la consecución del bienestar social. Se produce de esta forma una reestructuración institucional y una reorientación ideológica del Estado de Bienestar (Taylor-Gooby, 1991)². Para algunos autores, la crisis de este modelo de intervención llevó a un predominio creciente de las tesis neoliberales a nivel mundial (Castells, 1996).

El gasto social ha estado sometido, y en la actualidad con mayor intensidad, a recortes presupuestarios en gran parte de los países desarrollados. En la reorientación que la intervención pública ha experimentado en los últimos veinte años en países no europeos como Canadá, Estados Unidos o Australia, se constata la tendencia a su reducción, exceptuando algunas medidas puntuales, como la lucha contra la pobreza mediante garantía de rentas (Mishra, 2000).

En Europa, especial mención merece la reestructuración del Estado de Bienestar en Gran Bretaña. La llegada al poder en 1979 de Margaret Thatcher y su gobierno significó un cambio importante en la política social británica. Los recortes presupuestarios llevaron en ese país a un incremento en las desigualdades en la distribución de la renta entre mediados de los ochenta y principios de los noventa (Ginsburg, 2000). Mientras tanto, en países como Bélgica, Holanda o Noruega disminuyen estas diferencias en dicho periodo. Indicadores sobre el retroceso del Estado de Bienestar en Gran Bretaña fueron el incremento del número de personas sin hogar, las crisis periódicas de financiación del Servicio Nacional de Salud, el aumento de la flexibilidad laboral y el incremento de la provisión de servicios privados de bienestar, todo ello a lo largo de los años ochenta y principios de los noventa (Hills, 1998).

² Citado en Rodríguez Cabrero (1996).

Es a partir de los años setenta del pasado siglo cuando las teorías neoconservadoras y neomarxistas pronostican el fin del Estado de Bienestar. Ante ello, surge la denominada “Tercera Vía”, que intentó la reestructuración del mismo mediante el equilibrio entre el control del déficit y la garantía de derechos sociales. En Gran Bretaña, Anthony Giddens ha sido uno de los pensadores que más ha contribuido a la construcción ideológica de esta tercera vía, criticada también desde distintos postulados ideológicos.

Los Estados de Bienestar contemporáneos, se caracterizan por una creciente fragmentación de las actuaciones y de los propios sistemas de protección social (Ayala, 2000). En su sentido tradicional se han visto bastante debilitados, con medidas que generan menor cohesión y, como consecuencia, menor orden social (Navarro, 2002, 2006).

El proceso de reestructuración del Estado de Bienestar, que se ha producido en los años noventa y la primera década del siglo XXI, se ha basado en aspectos fundamentales como los siguientes (Raya Díez, 2002:119):

- a) Recorte del gasto social público.
- b) Tendencia a la privatización de programas de protección social.
- c) Incorporación de criterios selectivistas para el acceso a los programas y prestaciones sociales.
- d) Fomento de la implicación de la sociedad civil en la satisfacción de necesidades, mediante la familia, el voluntariado y las ONGs.

A la hora de cubrir y satisfacer las necesidades sociales hay varios agentes implicados: Estado, mercado, familia y vecindario. La crisis del Estado de Bienestar propició de nuevo un debate en torno a lo público y lo privado y las responsabilidades de los distintos agentes (Kramer, 1992; Casado, 1992; Donati, 1993; Rodríguez Cabrero, 1994; Giner y Sarasa, 1995).

En general, en los países occidentales la provisión social se caracteriza por una tendencia creciente a la reducción de la protección estatal y el desarrollo de políticas sociales más restrictivas, asistenciales y paliativas. Este “postwelfarismo” conllevaría un importante riesgo de sustitución del principio de universalidad por el selectivismo en la satisfacción de las necesidades sociales (Raya Díez, 2002). Esta tendencia se ha acelerado en los últimos tres años como consecuencia de las medidas generalizadas de

reducción de la intervención pública, dictadas por los gobiernos europeos con objeto disminuir la deuda pública, y como reacción a la actual crisis económica y financiera.

La reestructuración del Estado de Bienestar ha derivado en la búsqueda de fórmulas de provisión social que permitan hacer compatible la limitación del gasto con la respuesta a las necesidades sociales: apoyo a ONGs, entrada de empresas privadas en la prestación de servicios, etc. Se ha producido un incremento de las fórmulas institucionales mixtas en la prestación de programas y servicios en el ámbito de la política social (Rein, 1993).

En la actualidad, en los países de Europa Occidental se está produciendo una importante reorientación del Estado de Bienestar. No obstante, continúa existiendo y estando vigente, si bien con más recortes del gasto social y con importantes e intensas reestructuraciones, sobre todo en algunos países. Los cambios en las relaciones políticas y económicas internacionales derivan en adaptaciones y reajustes constantes. Se apuesta en la actualidad por nuevas formas de actuación del mismo, en el que se da paso a la intervención de la sociedad civil. Esta nueva situación representa para unos una forma de eludir las propias responsabilidades que tiene la administración pública en garantizar una serie de derechos a la ciudadanía, llegando a hablar incluso de desaparición del Estado de Bienestar. Para otros, significa apostar por la optimización de recursos y una mejor gestión del gasto público.

I.1.6. El desarrollo del Estado de Bienestar en España

España ha experimentado un retraso en el desarrollo del Estado de Bienestar respecto a otros países occidentales avanzados, aspecto que se puede explicar sin el análisis histórico de lo acontecido a lo largo del siglo XX.

Una diferencia importante estriba en que el Estado de Bienestar se consolida en Europa en una fase de crecimiento económico, mientras que en España se ha construido los primeros años en una etapa de crisis económica, lo que implica una dificultad añadida en su tardío y lento desarrollo. A ello hay que añadir las cuatro décadas de dictadura que incluye dos décadas de autarquía, y el retraso de los procesos de industrialización, con una modernización muy tardía. No se produjeron en el mismo tiempo ni de la misma forma las revoluciones burguesa e industrial, como sucedió con otros países de nuestro entorno.

Siguiendo a Comín (1996) y Gutiérrez Junquera (2000), podemos señalar varias etapas en la configuración del Estado de Bienestar en España, que se desarrollará con la llegada de la democracia.

a) En primer lugar, buscando antecedentes, hay que remontarse a la beneficencia residual del Estado Liberal en el siglo XIX. Se trata de un enfoque asistencial que no estima la prevención de situaciones problemáticas, sino que más bien se concibe la atención a la pobreza como una cuestión de mantenimiento del orden público³.

Durante el primer tercio del siglo XX surgen los seguros sociales contributivos basados en un sistema de capitalización, en buena medida como consecuencia de las presiones del movimiento obrero ante la falta de cobertura de los seguros privados y mutuas⁴. Aunque se trate de una aplicación limitada, no universal, significa un importante paso hacia los actuales sistemas de Seguridad Social.

b) La etapa de la dictadura franquista, especialmente el duro periodo de autarquía de las dos primeras décadas, va a provocar un importante retraso en la constitución y configuración del Estado de Bienestar, ausente hasta los años setenta a pesar de la existencia de determinadas prestaciones como pensiones, ayudas a la familia, etc. Será el Plan de Estabilización de 1959 el que permita iniciar una etapa de crecimiento económico, lo que origina a su vez un incremento progresivo del gasto social a partir de mitad de los años sesenta.

No obstante, van a continuar apareciendo nuevos seguros sociales, si bien gestionados a través del mutualismo de los sindicatos verticales⁵. Para ser mutualista era necesario pertenecer a un grupo profesional o laboral, recayendo la financiación sobre todo en las cuotas obligatorias de asalariados y empresarios. La actuación del régimen franquista en materia de seguros sociales va a venir marcada por la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963, que entra en vigor cuatro años después, y que intenta integrar todos los seguros existentes pretendiendo la universalización de la

³ Este carácter residual se basa en el auxilio de enfermos, “incapaces”, locos y expósitos mediante los entes públicos locales. Los seguros a trabajadores no se contemplaban con un carácter público, sino que era el ahorro privado, las compañías privadas y las mutuas obreras las que debían hacer frente a las contingencias y situaciones de necesidad de los trabajadores (Comín, 1996).

⁴ Ejemplos de esta aparición los tenemos en la creación, entre otros, del Seguro de Accidentes de Trabajo en 1900, el Retiro Obrero en 1919, el Subsidio de Maternidad para Asalariados (que cumplieran unas condiciones determinadas) en 1926, o el Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo de 1932.

⁵ Algunas medidas al respecto las constituyen el Subsidio de Vejez e Invalidez de 1939, el Plus Familiar de 1942, el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez de 1947 o el Seguro Nacional de Desempleo de 1961 (Comín, 1996).

Seguridad Social a la población activa. El sistema comienza a ser redistributivo, contribuyendo a ello la debilidad de la dictadura en su última etapa, los cambios sociales y económicos, y el incremento de las protestas sindicales.

- c) Será en la etapa democrática cuando se desarrolle e intente consolidar en nuestro país un sistema de protección social universal y redistributivo. El Estado de Bienestar va unido al sistema democrático.

Hay que diferenciar diversos periodos. De 1975 a 1985 se produce un aumento del gasto público a pesar se la crisis económica, hecho que se ve influenciado por el proceso de descentralización que potencia el papel de las Comunidades Autónomas y que origina un importante incremento y transformación del sector público. Los años ochenta representan en nuestro país un intento de universalización de prestaciones (Guillén Rodríguez, 1996).

Entre 1986 y 1988 se va a producir un ajuste, sobre todo en el sistema de pensiones⁶. A partir de 1989 y hasta 1993 se produce otra etapa expansiva del gasto público (de 1988 a 1993 el gasto de las administraciones públicas pasa del 41% al 49,6% del PIB), fase en la que se desarrolla numerosa legislación, entre la que destaca la Ley de pensiones no contributivas de 1990 que garantiza el derecho de todos los ciudadanos a recibir una pensión.

El periodo de 1994 a 2000 se va a caracterizar por medidas de ajuste y austeridad, con el objetivo de cumplir los criterios de convergencia de la Unión Europea.

Tras un periodo de estancamiento, de 2004 a 2010 se vuelve a incrementar el gasto social, en una etapa de fuerte crecimiento económico del país. A partir de 2010 se inicia un periodo caracterizado por los constantes recortes en el gasto público y la incertidumbre sobre el futuro del Estado de Bienestar, consecuencia de la grave crisis económica iniciada en 2008, la recesión, la presión de los mercados financieros sobre la deuda pública y las exigencias de determinados países de la Unión Europea.

Partiendo del análisis de las formas históricas de atención a las necesidades sociales de la población por parte de los poderes públicos, en el caso español se constata como se ha pasado del carácter residual de la beneficencia o asistencia social propia del Antiguo Régimen, dirigida básicamente a socorrer a pobres e indigentes, al denominado

⁶ Entre otras medidas, se eleva de 10 a 15 años el periodo necesario de cotización; y se amplía de 2 a 8 años el tiempo base para el cálculo de la pensión.

Estado Providencia fundamentado en seguros sociales contributivos, y posteriormente al Estado de Bienestar con un carácter universal y con fines redistributivos (Comín, 1996).

En España el Estado de Bienestar ha evolucionado, a partir de 1975, desde “un modelo económico-social muy interventor y poco redistribuidor hacia un modelo menos interventor y más redistribuidor” (Gutiérrez Junquera, 2000:273). No es de extrañar que distintas investigaciones confirmen el carácter redistributivo del gasto social en nuestro país (Gimeno, 2000), aunque otros estudios comprueban a su vez como en la década de los ochenta y primera mitad de los noventa se produjo un aumento de la desigualdad en la distribución de la renta y de las diferencias sociales (Rodríguez Cabrero, 1996; Guerrero y Díaz, 1998).

No cabe duda que la implementación y desarrollo de políticas sociales –en los ámbitos de salud, educación, garantía de rentas, servicios sociales- en el marco del Estado de Bienestar ha facilitado una igualdad de acceso de todas las clases sociales a diversos recursos.

Aún así, nuestro modelo de desarrollo del Estado de Bienestar no está siendo suficiente para frenar la tendencia a la dualización social, al igual que sucede en numerosos países occidentales. Es una situación que intensifica los procesos de exclusión social, de quedar al margen de la estructura social integrada. Campo (1998) destaca como factores más importantes de este proceso de fragmentación social la continua descualificación y recualificación de puestos de trabajo, la flexibilización y creciente precariedad del mercado laboral, o las dificultades que encuentran determinados grupos como los jóvenes, discapacitados, mujeres o minorías étnicas para su integración laboral y/o social como consecuencia de la estigmatización. Aspectos económicos, laborales, culturales, sociales y personales inciden en las situaciones de exclusión social que se observan en las sociedades occidentales contemporáneas, con una dualización y fragmentación creciente de su estructura social (Tezanos, 2004, 2011).

Se ha configurado, por tanto, un régimen de bienestar similar al de otros países europeos mediterráneos, que viene caracterizado por una simultaneidad en los procesos de construcción y reconstrucción del pacto keynesiano que impulsó el Estado de Bienestar, el establecimiento de modelos universales de salud y educación, un excesivo

familiarismo o apoyo informal en la respuesta a las necesidades sociales, y servicios sociales públicos con intensidad y coberturas mínimas (Gomá y Subirats, 1998).

España se ha caracterizado por un menor gasto social en términos porcentuales. Según la Oficina Estadística de la Comisión Europea, el gasto social público ha descendido en términos relativos de 1994 a 2006, siendo con Irlanda el más bajo de la Unión Europea. En concreto, disminuye de un 24% del Producto Interior Bruto (PIB) en 1994 a un 20,5% en 2006, lo que representaría un claro indicador del bajo desarrollo de nuestro Estado de Bienestar en relación a otros países de nuestro entorno (Navarro, 2002:49, 2006).

No obstante, en su evolución reciente se ha incrementado en los años 2008 y 2009, llegando al 25% del PIB, lejos aún de la media de la Unión Europea y de países como Alemania, Francia, Italia y Reino Unido (tabla 1.2). Por otro lado, los recortes del gasto público en los últimos dos años, a falta de conocer los datos oficiales definitivos, hacen prever un nuevo descenso de este porcentaje.

Tabla 1.2. Gastos de protección social por países 2005-2009, en porcentaje sobre Producto Interior Bruto⁷

	2005	2006	2007	2008	2009
Unión Europea (media 27 países)	27,1	26,6	25,7	26,7	29,5
Alemania	30,0	28,9	27,8	28,0	31,4
España	20,6	20,5	20,7	22,1	25,0
Francia	31,5	30,9	30,6	31,0	33,1
Italia	26,4	26,6	26,7	27,8	29,8
Portugal	24,6	24,6	23,9	24,3	26,9
Reino Unido	26,3	26,0	23,3	26,3	29,2

Fuente: EUROSTAT. Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social-SEEPROS.

En cualquier caso, en España la universalidad de los sistemas de protección social se va a iniciar tres décadas más tarde que en los principales países europeos occidentales, lo que repercute en cierta forma en el escaso desarrollo de distintas prestaciones y la baja cobertura de algunas de ellas (López Cabanas, 1997; Medina, 2000). Disponemos de un Estado de Bienestar menos consolidado, y con unas estructuras más débiles que en otros países de la Unión Europea (Alvarado, 1998).

⁷ Anuario Estadístico del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2010). Basado en la metodología SEEPROS, que no incluye los gastos en educación.

I.1.7. Una mirada al futuro. Modelo pluralista e incertidumbres en el Estado de Bienestar

El cuestionamiento continuo al que se ha sometido el Estado de Bienestar ha derivado en la mayoría de los países occidentales en nuevas estrategias de intervención pública, con una tendencia a disminuir la prestación directa de servicios, y a asegurar unos mínimos que son gestionados de forma creciente a través de otros organismos o entidades privadas. Los últimos años han significado así una segunda reestructuración.

Esta transformación está influenciada por factores como las presiones de la globalización económica para aumentar la competitividad mediante la reducción de la protección a los asalariados, las dificultades de conseguir un consenso a nivel político e ideológico sobre la fórmula más adecuada para plantear los distintos sistemas de protección social, o los fenómenos sociodemográficos como el envejecimiento de la población y los cambios en la estructura familiar (Rodríguez Cabrero, 1996).

La actual situación es muy diferente de la que caracterizaba a las sociedades de los años cuarenta y cincuenta del siglo XX en Europa Occidental. Entre los cambios producidos que afectan de manera directa a la necesidad de intervención pública, destacan el incremento de los años de escolarización obligatoria, la disminución de la edad media de jubilación como consecuencia en parte de los procesos de jubilaciones anticipadas, una esperanza de vida más alta, la reducción de la fase contributiva de la población ocupada en ocho-diez años, las transformaciones en la familia, el aumento del gasto social en pensiones y la atención a las personas mayores. Tanto los cambios sociodemográficos, como el fenómeno de la globalización, contribuyen a crear un escenario nuevo que hace incompatible la estructura original del Estado de Bienestar con el nuevo orden socioeconómico (Esping-Andersen, 1996). A esto habría que añadir las dificultades de financiación de las políticas sociales como consecuencia de los objetivos de las políticas económicas de los países de la Unión Europea.

La crisis de la familia tradicional y convencional, en la que la mujer cuidaba de niños y mayores, ha supuesto cambios importantes. La creciente, aunque no suficiente, incorporación de la mujer al mercado laboral exige un mayor compromiso de los varones en el trabajo doméstico y en el cuidado de personas que convivan en el hogar, así como servicios que faciliten a ambos cónyuges el desarrollo de su actividad laboral o

profesional.

Son precisamente estos cambios sociales los que requieren una mayor intervención de los poderes públicos, en la medida en que a la sociedad civil, mediante las redes sociales más próximas, le es más difícil responder a las necesidades de atención que presentan diferentes colectivos o grupos, como es el caso de las personas mayores dependientes.

Si bien es cierto que las condiciones actuales -en los niveles social, económico, político e ideológico- son diferentes a la Europa de 1945, una disminución del papel del Estado con un mayor peso del mercado puede romper la cohesión social y generar más desigualdades, por lo que es importante un nuevo consenso que garantice de derechos fundamentales a los ciudadanos. No obstante, el fenómeno de la globalización está afectando y cambiando el marco institucional, con una pérdida paulatina de la capacidad del Estado para la toma de decisiones, en las que tienen más protagonismo los organismos supranacionales.

A pesar de la situación de crisis y de las críticas recibidas, podemos hablar de resultados positivos del Estado de Bienestar. En este sentido, “las políticas de cobertura universal de necesidades sanitarias, o de universalización de las pensiones o de mejora de mínimos, o las prestaciones por desempleo, han sido capaces de moderar los efectos más desigualitarios del mercado” (Rodríguez Cabrero, 1996:99). Sin embargo, los cambios acaecidos desde 2008, con el inicio de una profunda crisis económica, hace que se presente un futuro incierto.

Desde distintas corrientes de pensamiento se insiste en la necesidad de crear una “reforma social” basada en un nuevo consenso sobre el Estado de Bienestar. Existen diversas discrepancias a nivel político e ideológico sobre el desarrollo futuro de la intervención del Estado. Entre los que apuestan por una reducción paulatina de la intervención de los poderes públicos destacan tres corrientes: neoliberales, neocorporativos y conservadores.

Para los primeros el Estado de Bienestar es incompatible con el desarrollo económico por la elevada presión que ejerce sobre el gasto público y la subida de impuestos que origina, por lo que el Estado debe quedar relegado a una función asistencial para situaciones de extrema necesidad. Desde un planteamiento neocorporatista, la solución está en un mayor protagonismo de los agentes sociales en la

toma de decisiones, si bien la representación cada vez es más difusa al comprobar la creciente diversificación de los agentes de acción colectiva. La tercera aproximación, desde el conservadurismo, reivindica el retorno a la sociedad civil, recuperando el papel fundamental de la comunidad y de manera especial de las redes familiares en la respuesta a las necesidades (Rodríguez Cabrero, 1996).

Encontramos ejemplos de la aplicación de las corrientes neoliberales en la reestructuración que experimentaron en los años ochenta y noventa países como Gran Bretaña y EEUU, en las que la intervención de los poderes públicos fue dirigida fundamentalmente a acentuar un carácter residual, con un protagonismo de postulados privatizadores, y un fomento creciente del “familiarismo y voluntarismo” (Esping-Andersen, 1996).

Distintas son las perspectivas de mantenimiento del intervencionismo que defienden los socialdemócratas, si bien dentro de esta corriente política y de pensamiento existen postulados diferenciados entre los que apuestan por un mayor papel del Estado, y aquellos que optan por una “tercera vía” en la que se defienden fórmulas mixtas entre Estado, ámbito privado y sociedad civil (Navarro, 2002). Desde esta visión, la vuelta al libre mercado y la sociedad civil no es una solución válida al no existir argumentos sólidos y contrastados que constaten la incompatibilidad del gasto social con el crecimiento económico de un país (Rodríguez Cabrero, 1991; Esping-Andersen, 1996).

Al margen de planteamientos ideológicos, el modelo del actual Estado de Bienestar se dirige hacia un papel de menor intervención directa en la prestación de servicios, orientándose en mayor medida a garantizar unos niveles mínimos de bienestar coordinando y o financiando actuaciones mediante empresas privadas, empresas mixtas y ONGs. Subyace a esta intención la idea de minimización de la intervención pública directa.

Casi todos los planteamientos apuestan, como solución a las sucesivas crisis, por un Estado de Bienestar pluralista basado, además de la intervención estatal directa, en:

- a. El fomento de la iniciativa privada en la prestación de servicios.
- b. El apoyo técnico y financiación a asociaciones y ONGs.
- c. El apoyo al sector informal, mediante la incentivación de cuidados familiares y comunitarios.

Este pluralismo sirve de referencia a las transformaciones de la intervención estatal en los países de la Unión Europea, llevando los sistemas de protección social hacia “un mayor protagonismo del mercado en la gestión de servicios públicos y una pérdida de la perspectiva de ciudadanía a favor del usuario individual de los servicios y prestaciones” (Rodríguez Cabrero, 1996:92).

Las dificultades se presentan al establecer hasta donde debe llegar la delegación de actuaciones en entidades privadas, sean o no con ánimo de lucro. Para Montoro (1997) la solución debe pasar por un incremento de la oferta privada de servicios, sin que los poderes públicos puedan abandonar su papel intervencionista en las situaciones personales y colectivas en las que fallan los mecanismos del mercado, así como en su capacidad legisladora e inspectora.

Aunque la ruptura del mito de racionalidad burocrática de Weber en la administración pública confirme la dificultad de conseguir eficiencia en política social, no debe llevar a afirmar que la incorporación de lo privado a lo público genere por sí misma eficiencia, y mucho menos que disminuyan las desigualdades sociales (Sarasa, 1996).

Dar entrada a la sociedad civil y al ámbito privado abre nuevas posibilidades, pero también tiene numerosos riesgos (Wenger de la Torre, 1997). Una solución viene representada por el fomento de la economía social, siendo el Estado el responsable del diseño y control de las actuaciones que sean financiadas con fondos públicos. En cualquier caso, “no se debe prohibir, descartar, menospreciar el arma de la privatización, pero tampoco se la debe emplear indiscriminadamente” (Kamerman y Kahn, 1993:304).

En general, son muchos los autores que coinciden en que el denominado pluralismo reduce de manera paulatina el protagonismo estatal en la prestación de servicios. Lleva el riesgo de derivar en “cuasi-mercados de bienestar” en los que se da paso a organizaciones privadas con o sin ánimo de lucro. Sin embargo, la creciente concertación de servicios, vista por algunos como una panacea y un incremento de la eficacia y eficiencia de la administración pública, no está exenta de riesgos y problemas: No se reduce necesariamente el monopolio en la prestación de servicios, sobre todo en los casos en que la inversión inicial es importante; no evita que los intereses particulares primen sobre la racionalidad en las decisiones políticas y técnicas; y puede generar un

incremento de burocracia y recursos económicos y humanos en la Administración en las funciones de inspección y control (Sarasa, 1996).

En cualquier caso, coincidimos con Rodríguez Cabrero (1996) en la idea de que no era ni es posible dismantelar por completo el Estado de Bienestar, sobre todo si tenemos en cuenta fenómenos sociales como el creciente envejecimiento de la población de los países europeos y el desempleo estructural. A ello habría que unir la consolidación institucional de sistemas públicos como salud, seguridad social o educación, con una importante legitimación social.

La utilización de fórmulas mixtas en la prestación de servicios no debe eximir a la Administración de ser responsable de garantizar unos servicios equitativos, eficaces, eficientes y de calidad. En cualquier caso, toda reforma de los sistemas de protección social que vaya dirigida a la implantación de fórmulas plurales de prestación de servicios debe fundamentarse en los principios de no discrecionalidad, justicia social y solidaridad. Estos principios deben constituir la base de las políticas sociales.

En España, la solución no pasa por potenciar el carácter residual de las intervenciones dirigidas a clases sociales bajas o a grupos con necesidades concretas, sino más bien por todo lo contrario. Es decir, generar políticas sociales basadas en la universalidad (Navarro, 2002).

No debemos obviar además que la implantación y desarrollo de sistemas de protección social tiene varios efectos positivos. Entre ellos destacan la generación de empleo, que repercute además en los propios ingresos de la Administración a través de cuotas a la seguridad social o vía fiscal; la utilidad social que, si bien no es calculable en términos monetarios, se manifiesta en el acceso en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos a una serie de recursos; y el aumento de la cohesión social.

Uno de los sistemas de protección social que se ve afectado por la reestructuración o reforma del Estado de Bienestar es el de los servicios sociales personales. Las tendencias o cambios que están caracterizando a los servicios sociales de los países europeos caminan en las direcciones siguientes (Guillén Sadaba, 1996: 713-5):

- a. Descentralización de servicios, con mayor protagonismo de la administración local.
- b. Integración de diferentes servicios, superando la sectorialización.
- c. Mayor coordinación entre los sectores público y privado.

- d. Más énfasis en la prevención que en el carácter asistencial en relación a etapas anteriores.
- e. Creciente importancia del voluntariado y ayuda mutua.

El propio programa objeto de evaluación en esta Tesis se ajusta al modelo pluralista que venimos analizando. La Teleasistencia Domiciliaria es un programa cuya prestación directa por parte de la Administración requeriría una inversión inicial muy elevada. Por esto, en la mayor parte del territorio nacional se lleva a cabo mediante empresas y entidades privadas, con y sin ánimo de lucro. Si bien la financiación y los criterios técnicos de acceso, prestación y evaluación del servicio vienen definidos por la Administración, que es la encargada de establecer y desarrollar los mecanismos necesarios de control y calidad.

Para Rodríguez Cabrero (1996) la 'gestión pluralista del Estado de Bienestar' se debe fundamentar en unos principios básicos: Papel central del Estado como garante de derechos sociales a todos los ciudadanos; eficiencia en la gestión pública; consideración de la oferta privada como posibilidad adicional de dar respuesta a las necesidades; y fomento del protagonismo de la sociedad civil, con un carácter complementario de la intervención pública, mediante el apoyo a asociaciones y grupos organizados. A ello habría que añadir el apoyo a las redes sociales o familiares. El objetivo sería evitar nuevas fragmentaciones en los sistemas de protección social, eludiendo las acciones tendentes a potenciar políticas sociales meramente asistenciales y dirigidas a grupos de población cada vez más reducidos.

En cualquier caso, la consecuencias de la actual crisis económica y financiera de los países de Europa Occidental, que afecta a España con gran intensidad, y la toma de decisiones políticas que se están desarrollando a nivel de la Unión Europea generan un futuro de incertidumbre y de amenazas al modelo del Estado de Bienestar nacido del consenso ideológico tras la segunda guerra mundial.

I.2. LOS SERVICIOS SOCIALES PERSONALES EN EL MARCO DE ACTUACIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR

Una vez realizado el examen general de la evolución, la situación actual y el futuro previsible del Estado de Bienestar, se aborda uno de los sistemas que forman parte de las políticas sociales, los servicios sociales personales, en el que se centra el resto del trabajo.

Si bien estos servicios no pertenecen de forma exclusiva al Estado de Bienestar, pues tienen un origen anterior, será precisamente bajo éste donde van a conseguir su desarrollo, constituyéndose como uno de sus ‘pilares’ fundamentales, ampliándolos y adecuándolos a los principios que caracterizan a su régimen de producción y distribución (Casado y Guillén, 2001).

En esta parte del capítulo se tratan varios aspectos que ayudan a definir y delimitar este sistema. En primer lugar se presentan los conceptos fundamentales a los que se hará referencia en el resto del documento y que deberán quedar delimitados al objeto de evitar confusiones terminológicas. Seguidamente se tratan los principales sistemas de protección social que han configurado el Estado de Bienestar, y en concreto el lugar que ocupan los servicios sociales. A continuación, se exponen las distintas etapas históricas que han ido configurando el sistema de servicios sociales en España. En el siguiente apartado se establece una diferenciación entre servicios sociales comunitarios y servicios sociales especializados. Por último la atención a la dependencia, uno de los retos fundamentales a los que se enfrentan los servicios sociales, será objeto de reflexión en el epígrafe final.

Es necesario advertir que el objetivo de este primer capítulo de la Tesis es el de servir de aproximación teórica al objeto de investigación. En el siguiente se profundizará en la temática aquí examinada, pero a un nivel más concreto y pragmático, abordando el marco normativo y las diferentes prestaciones y programas que dan contenido a los servicios sociales de atención primaria.

I.2.1. Aproximación conceptual a los servicios sociales personales

Son diversos los conceptos a considerar sobre los servicios sociales personales. Algunos de ellos, más globales, hacen referencia al marco de actuación político-administrativo, como es el caso de ‘política social’. Otros, como ‘servicios sociales’,

‘intervención social’ o ‘acción social’ aluden de forma más directa a ámbitos concretos de actuación. Un tercer grupo de términos va unido al objetivo de los servicios sociales, cuyas actuaciones responden a unas ‘necesidades’ y ‘demandas’, para lograr el aumento de la ‘calidad de vida’ de la población.

Hay que concretar y definir cada uno de estos términos, considerando que muchos de ellos tienen diversas acepciones, con objeto de exponer el significado que se les asigna en este trabajo, intentando así evitar posibles confusiones conceptuales.

1.2.1.1. Política social, servicios sociales y acción social

Comenzando por el concepto más global, el de *política social*, existen dificultades para hallar una definición en la que coincidan todos los autores. Hay una indeterminación conceptual que conlleva varias acepciones. En unas definiciones hace referencia de manera exclusiva a las ramas que tienen un fin social concreto (sanidad, educación, empleo, vivienda, etc), mientras que en otras ocasiones se identifica con cualquier tipo de acción o actuación dirigida a buscar un efecto a nivel social. Por otro lado, en unos casos solo se contempla la intervención de los poderes públicos, mientras que para otros abarca la actuación de agentes sociales, asociaciones o incluso entidades lucrativas (Casado y Guillén, 2001).

Desde una perspectiva amplia se puede definir como “el diseño y la ejecución programada y estructurada de todas aquellas iniciativas adoptadas para atender una serie de necesidades consideradas básicas con arreglo al baremo de civilización definido en lo que denominamos como sociedades industriales avanzadas” (Montoro, 1997:34)⁸.

La política social va unida a la figura del Estado y es en el sistema democrático donde se produce la máxima conexión entre ambos. En este marco, por política social vamos a entender la elaboración, desarrollo y gestión de programas orientados a lograr el bienestar de los ciudadanos, mediante la acción desde un sistema político-administrativo, y a través de la prestación de una serie de servicios públicos.

⁸ Entre las distintas clasificaciones sobre política social que plantea el autor, cabe destacar la distinción que realiza entre cuatro modelos diferenciados: La política social como caridad, como garantía de control social, como mecanismo de reproducción social y como realización del derecho social de ciudadanía. Consideramos que la política social en los países desarrollados debe dirigirse con una vocación universal a garantizar una serie de derechos básicos a todos los ciudadanos, además de prestar una atención especial en aquellas situaciones de mayor necesidad por problemas de exclusión social, dependencia, etc.

Representa un modelo o marco general de actuación, compuesto por una serie de políticas públicas que desarrolla el Estado, de forma directa o indirecta. A este respecto los servicios sociales personales conforman un instrumento operativo de actuación de las políticas sociales (Vila, 1998), junto a otros ámbitos de intervención que también forman parte de éstas.

Los *servicios sociales personales* son instrumentos de la política social. En concreto, podemos definirlos como “herramientas de la política social, no sólo por las prestaciones que dispensan, sino también por el régimen de producción y distribución de las mismas. Nos referimos tanto a los destinatarios, y los gestores, como a la financiación y gobierno” (Casado y Guillén, 2001:66). Son equivalentes al término *acción social*, más utilizado en Francia, al referirse en ambos casos al mismo ámbito de actuación.

El concepto de servicios sociales no es el mismo en todos los países de la Unión Europea, pudiendo distinguir a nivel internacional tres acepciones fundamentales (Guillén Sadaba, 1996:711):

1. En algunos casos, como Inglaterra, se refieren al conjunto de los subsistemas de política social o de protección social: educación, sanidad, vivienda, empleo, seguros de renta y servicios sociales personales.
2. En otros, el caso de España, contempla exclusivamente los servicios sociales personales.
3. Un tercer significado, más en desuso, los equipara a la actividad desarrollada por trabajadores sociales. Así se ha conceptualizado tradicionalmente en Francia y algunos países latinoamericanos.

A pesar de que este trabajo se centra principalmente en los servicios sociales de la administración pública, en realidad se trata de un ámbito más amplio que los producidos por el sector público. Muestra de ello son las entidades voluntarias y las empresas privadas, con un incremento sustancial en los últimos años (Casado y Guillén, 2001). Al estar definidos por la formalización y organización, quedan excluidas de los mismos las formas particulares e informales de satisfacer necesidades.

La estructuración de los servicios sociales en función del sector social o poblacional de atención ha sido frecuente hasta fechas recientes. Sin embargo, la aproximación al concepto y la delimitación de los servicios sociales mediante identificación de los

sectores de población a los que atiende significa simplificar su filosofía y el carácter integral que debe impregnar sus actuaciones. No siempre pueden vincularse a colectivos y sectores sociales específicos, pues muchos deseos y necesidades no dependen de la pertenencia a un grupo u otro.

De ahí que se plantee como más concreto en su delimitación el carácter integral más que sectorial. A pesar de esta importante consideración, no es posible dejar a un lado los grupos a los que van especialmente dirigidos, como una primera aproximación a su conceptualización. Las actuaciones con infancia, familia, mayores, personas con discapacidad, minorías étnicas, inmigrantes, tratamiento de adicciones, definen en gran parte los servicios sociales. Todo ello sin olvidar su carácter universal, que en numerosas ocasiones representa más lo óptimo y buscado que lo real.

Abarcan aspectos tan diversos como la atención, la prevención, la rehabilitación, la protección o la realización personal. En este sentido, es posible destacar cuatro funciones básicas de los servicios sociales (Casado, 2002:79):

1. La prevención de situaciones carenciales, de desamparo o conflictos personales.
2. Asistencia de personas, familias o colectivos con algún tipo de problemática social. Esta asistencia podrá ser económica, material, jurídica, psicoafectiva, etc.
3. Rehabilitación y apoyo al desarrollo personal de individuos o grupos en situación de marginación.
4. Fomento del voluntariado y grupos de ayuda mutua.

Se caracteriza, además, por tres modos de prevención: Primaria, que supone una actuación global a nivel estructural; secundaria, centrada en situaciones de riesgo; y terciaria, con un carácter más paliativo, asistencial y rehabilitador (Costa y López, 1986; Buendía, 1991).

En un nivel conceptual, van dirigidos a toda la población con objeto de lograr el desarrollo personal y colectivo de la ciudadanía, de una forma participativa. Se basan, por tanto, en principios como la universalización, normalización, racionalidad, descentralización y participación.

Uno de sus objetivos más importantes es la mejora de la *calidad de vida* de la población. Definir el concepto de calidad de vida no es tarea fácil. Son numerosos los autores que lo han abordado, reconociendo todos ellos la necesidad de operativizarlo en una serie de componentes, debido a su carácter complejo y multidimensional (Setién,

1993; Schalock y Verdugo, 2003). En este sentido, la evaluación de la calidad de un programa de servicios sociales, objetivo fundamental de esta Tesis, ha de considerar con carácter prioritario la contribución al bienestar social de los beneficiarios, y desde la propia autopercepción de mejora de los usuarios.

Como ejemplos de dimensiones de calidad de vida, se exponen a continuación las siguientes propuestas:

- La Organización Mundial de la Salud señala como componentes la salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno, espiritualidad-religión-creencias personales (WHO,1997).
- Schalock (2000) indica como dimensiones más relevantes las siguientes: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos.
- En España destaca el trabajo de Setién (1993), que plantea un modelo de evaluación de la calidad de vida basado en más de cuarenta factores o dimensiones en áreas como salud, renta, trabajo, vivienda, seguridad, educación, familia, entorno físico-social, ocio, religión y política.

En relación a las áreas de intervención, “el objeto de los servicios sociales en sentido estricto se sitúa en las necesidades y aspiraciones humanas; desde las exigencias materiales más básicas hasta las posibilidades espirituales más radicales. Las demandas más explícitas de intervención de los servicios sociales nacen de las carencias e insatisfacciones personales genéricas: desorganización, quiebra, insatisfacción o infelicidad familiar; desvalimiento, maltrato, descuido de menores; desorientación y frustración de potencialidades personales de los jóvenes; dependencia por enfermedad, discapacidad, ancianidad o toxicomanía; marginación por desempleo prolongado, inmigración, minoría social, conductas conflictivas; penuria material y/o afectiva, depresión, insatisfacción, estrés personal” (Casado y Guillén, 2001:136).

Algunos autores cuestionan la utilización del término ‘sistema’ para definir la estructura de los servicios sociales. Es el caso de Casado y Guillén, para quienes un sistema implica la existencia de “conjuntos de partes interconectadas en un régimen de equilibrio y coherencia, circunstancia que no observamos en el complejo de los servicios sociales realmente existentes” (2001:40). Las características de nuestros servicios sociales, bastante heterogéneos y dispares en las distintas áreas geográficas y

en su grado de consolidación, parecen confirmar que quizás resulte excesivo hablar de un sistema de protección similar a la sanidad o la educación.

Sin embargo, en este trabajo sí se utiliza el término ‘sistema’ en referencia a la estructura pública de servicios sociales, incluyendo todos los niveles de la Administración: central, autonómica y local. Representa toda la estructura que depende directa o indirectamente de las administraciones públicas. Utilización que se realiza considerando las limitaciones que la red pública de servicios sociales tiene en relación a otros sistemas de protección social más asentados, reconocidos y consolidados.

1.2.1.2. Necesidades y demandas

Las *necesidades* y aspiraciones humanas, tanto en su componente natural como el cultural, las respuestas a las mismas, y los modos de producir esas respuestas, son los tres elementos que forman la naturaleza de los servicios sociales (Casado y Guillén, 2001:74).

Históricamente han sido los grupos dominantes los que han reconocido las necesidades y problemas sociales, siempre en función de sus intereses y la posibilidad o intención de darles respuesta. Las necesidades están en estrecha relación con el contexto social y cultural (Roldán, 2001).

El concepto de necesidad es complejo, siendo muy diversos los planteamientos teóricos sobre el mismo. Dos modelos clásicos en su análisis son el de Maslow y Bradshaw, examinados a continuación.

Para Maslow (1970, 1982), las necesidades humanas son un marco de referencia que orienta hacia la consecución de fines o metas, y que nunca llegan a satisfacerse completamente. Considera que, si bien son universales, el modo de satisfacerlas estará condicionado por la cultura y el proceso de socialización. Establece dos tipos de necesidades con un carácter jerárquico, de tal manera que deben estar cubiertas las anteriores para que surjan otras nuevas: las básicas, relacionadas con la supervivencia; y las superiores, relacionadas con el desarrollo personal. En el primer grupo estarían las fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y amor, y de estima; en el segundo, las de autorrealización.

Las fisiológicas son necesidades fundamentales que son imprescindibles de cubrir para la supervivencia. Las de seguridad se refieren a los deseos de estabilidad y orden e

implican un sentimiento de protección. Las de pertenencia manifiestan el deseo de sentirse integrado en el grupo, y contemplan establecer, mantener y renovar relaciones sociales y afectivas con otras personas evitando situaciones de soledad o desarraigo. En cuarto lugar, las de estima van dirigidas a obtener confianza en uno mismo, para lo que se requiere tanto una adecuada autoestima como la búsqueda del reconocimiento por parte de los demás. Por último, las de autorrealización buscan lograr la satisfacción mediante el autodesarrollo y el aumento del potencial individual, y adquieren protagonismo cuando se han cubierto las básicas. En este quinto grupo figuran las aspiraciones relativas, entre otras, a la bondad, belleza, vitalidad, perfección, justicia u orden, diversión o autosuficiencia (Maslow,1982).

Entre las críticas a su modelo, destaca la idea de que no siempre la motivación por satisfacer una necesidad va a comenzar cuando se han cubierto las de rango inferior, al contrario de lo que el autor planteaba. En este sentido, los valores y normas culturales de cada sociedad o grupo contribuyen a determinar la prioridad de las distintas necesidades.

En esta línea Michalos (1985) intenta analizar como intervienen los elementos culturales en la satisfacción de las necesidades. Mediante su teoría de discrepancias múltiples explica la calidad de vida subjetiva en base a la comparación entre lo que se obtiene y lo que se desea, entre aspiraciones y logros. Según este autor, la satisfacción estará influida por factores sociales y culturales como la edad, el sexo, la pertenencia a una minoría étnica, la renta, la autoestima y el apoyo social.

Otros autores efectúan críticas al planteamiento de Maslow. Es el caso de Baudrillard (1976), al afirmar que las necesidades tienen una función de presión orientada al consumo y representan una exigencia del propio sistema productivo, en base a los intereses de los grupos sociales dominantes. Por otro lado, Galtung (1990) insistirá en la existencia de una relación entre las necesidades propuestas por Maslow y el sistema de clases sociales, afirmando que las necesidades físicas y de seguridad afectan más a las clases sociales bajas, mientras que son las clases altas las que se identifican más con las de autorrealización.

Doyal y Goungh (1994) intentarán aunar las dos orientaciones, elaborando un planteamiento menos relativista que el de Baudrillard, y bastante más adecuado para el ámbito de la acción social. Reconocen la importancia del contexto social pero a su vez

mantienen la universalidad de determinadas necesidades básicas, como son la supervivencia física y la autonomía personal.

Aún así, la tipología establecida por Maslow ha servido de referencia en la acción social. De hecho, los servicios sociales intervienen en las necesidades en un sentido amplio. Atienden necesidades básicas, lo que ha representado históricamente una importante línea de actuación. También dan respuesta a las de seguridad, tanto a nivel preventivo como asistencial, en situaciones de atención a menores maltratados o a personas dependientes. Afrontan problemáticas relacionadas con falta de afecto o el sentimiento de pertenencia, como muestran las intervenciones de apoyo psicosocial en situaciones de soledad. De igual modo, son diversos los programas y actividades dirigidos a satisfacer las relacionadas con la autorrealización, en la medida que se fomentan habilidades sociales o la realización personal; los programas de preparación a la jubilación o los de fomento de voluntariado y autoayuda sirven de ejemplo al respecto.

Por otro lado, Bradshaw (1972) distingue cuatro tipos de necesidades sociales: normativas, percibidas, expresadas y comparadas. Las normativas vienen definidas habitualmente por informantes clave de una comunidad y definen los niveles deseables de satisfacción. Las percibidas reflejan las percepciones de la población sobre sus carencias, mediante sus propias opiniones, y van a depender del grado de conocimiento que la propia población posea de la problemática y de los recursos disponibles. Las necesidades expresadas también emanan directamente de la comunidad manifestándose mediante la demanda expresa de servicios y prestaciones. Por último, las necesidades comparadas se establecen en base a la relación y comparación de la comunidad objeto de estudio con otras de similares características.

La taxonomía que propone Bradshaw nos permite diferenciar entre *necesidad* y *demanda*, distinción fundamental en el ámbito de los servicios sociales. La demanda implica la manifestación de un deseo, que puede corresponder o no a una necesidad. En numerosas ocasiones la propia población o grupo social no es consciente de sus carencias. Los elementos culturales que caracterizan a una sociedad determinada van a condicionar el grado en el que las necesidades y deseos se traducen directamente en demandas (Casado y Guillén, 2001). Hemos de considerar además que hay una

constante redefinición de las necesidades. Lo que anteriormente era deseo puede llegar a convertirse en necesidad (Bell, 1977).

Por tanto, el contexto social influye de forma directa en la delimitación de las necesidades y en que medida se convierten en demandas. Podemos afirmar que “lo que se necesita no depende de la intención del sujeto de necesidad, del pensamiento o del trabajo de su mente, o no sólo de ellos, sino de la forma en que el mundo y las cosas del mundo son para la comunidad en que vive” (Ballester, 1999:105). Los servicios sociales tienen por objeto desarrollar actuaciones para satisfacer determinadas necesidades humanas y la forma de darles respuesta dependerá de cada sociedad (De la Fuente, 2002).

En cualquier caso, las personas no siempre son conscientes de sus carencias ni las expresan aunque sí lo sean, al igual que tampoco todos los deseos y aspiraciones los podemos considerar como necesidad. De ahí la importancia de delimitar y definir las necesidades, tanto objetivas como subjetivas, a las que deben dar respuesta las intervenciones desde los servicios sociales, diferenciándolos del resto de sistemas de bienestar, analizados en el siguiente apartado.

I.2.2. Política social y sistemas de protección. Su contribución a la condición de ciudadanía

La política social tiene como objeto aumentar el bienestar y calidad de vida de la población, priorizando aquellos grupos y sectores que presentan mayores necesidades y problemáticas, mediante una serie de estructuras y recursos. Su fin es la promoción de la igualdad de oportunidades, lo que requiere actuaciones desde diferentes ámbitos (Díaz Barrado, 1996).

Siguiendo a Setién y Arriola, hay una serie de bases estructurales a nivel político que van configurando la política social hasta nuestros días: La consolidación de los Estados europeos, que comienzan a asumir responsabilidades sociales subsidiarias a partir del siglo XVI; la configuración del Estado de Derecho, a partir de la revolución francesa; el inicio del Estado Social protector a finales del siglo XIX y principios del siglo XX; la consolidación de la democracia; y el desarrollo del Estado de Bienestar (Setién y Arriola, 1997:324-6).

En el marco del Estado de Bienestar, desarrollado con posterioridad a la segunda guerra mundial en países del norte y centro de Europa, y décadas más tarde en otros países como España, se han consolidado diversas políticas sociales que han dado lugar a lo que conocemos como sistemas de protección social, que intentan garantizar unos derechos a los ciudadanos.

El surgimiento del Estado de Bienestar supone el inicio de la política social moderna, caracterizada por garantizar las necesidades, considerándolas como derechos de la ciudadanía y no como caridad (Setién y Arriola, 1997). En un sentido amplio, las instituciones privadas que colaboran en el bienestar social formarían también parte de la política social (Donati y Lucas, 1987).

Son seis las grandes ramas de la política social: Sanidad, educación, protección del trabajo, seguros y subsidios de rentas, protección social de la vivienda y servicios sociales (Kahn y Kamerman, 1987; Casado y Guillén, 2001). Con objeto de profundizar en su análisis se describen a continuación, de forma breve, estos seis sistemas de protección:

- a) **Sanidad:** La salud debe considerarse como “un estado de bienestar físico, mental y social” (Alemán y García, 1997:212). La protección de la salud, tanto en los niveles preventivo como asistencial, es un pilar básico de las políticas sociales.

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud. Será el marco de desarrollo legislativo posterior a nivel nacional y autonómico, y de la consolidación de los diferentes sistemas sanitarios existentes.

- b) **Educación:** Es un derecho social, recogido en el artículo 27 de la Constitución, con carácter universal en las etapas obligatorias. Las políticas sociales educativas deben contribuir a generar una mayor igualdad social.

La educación es una construcción social que se desarrolla dentro de un contexto socio-histórico determinado. Nuestro actual sistema educativo es producto de la historia y de una serie de factores sociales, económicos y políticos. Será a mitad del siglo XIX, a partir de la denominada Ley Moyano de 1857, cuando comience a desarrollarse un sistema educativo moderno, si bien ya a finales del siglo XVIII algunos ilustrados, el caso de Jovellanos, plantearon la necesidad de una instrucción pública y obligatoria (Guerrero Serón, 1996). Sin embargo, ha sido en la etapa

democrática cuando se ha potenciado y configurado nuestro actual sistema educativo, muy ligado al intento de desarrollo del Estado de Bienestar.

Nuestro sistema de enseñanza ha sido objeto de numerosas reformas en las distintas etapas, que parecen responder a la dificultad de encontrar un modelo educativo consensuado. Esto ha conducido a que la crisis se haya convertido en una propiedad estructural de nuestro sistema escolar, si bien esta situación no ha restado legitimidad social a la educación como parte fundamental de las políticas sociales (Ortega, 1993).

- c) **Protección del trabajo:** El trabajo es reconocido como derecho básico por nuestra carta magna. La falta o precariedad en el empleo es un importante factor de exclusión social, al tener la inserción laboral una relación directa con la integración social.

En sus inicios, la consecución del pleno empleo representó uno de los objetivos principales del Estado de Bienestar. Sin embargo, en los últimos años se está produciendo un aumento del desempleo que afecta a bastantes países occidentales, con una mayor tasa en España, siendo un tema de creciente preocupación. Nuestro país ha mantenido siempre unas cifras de desempleo bastante superiores a la media de la Unión Europea.

- d) **Seguros y subsidios de rentas:** Los seguros sociales nacen en la Alemania de Bismark en 1883. En la primera mitad del siglo XX se va considerando necesaria, en determinados países de Europa occidental, la creación de sistemas capaces de dar seguridad al individuo ante situaciones problemáticas como el desempleo, la jubilación o la invalidez. En su desarrollo incide concebir como una función estatal la protección de las personas ante situaciones de inseguridad económica (Monereo y Moreno, 1997).

En España, la Ley de Seguridad Social de 1963 sienta las bases para lo que posteriormente, con la llegada de la democracia, será un completo sistema de protección. Nuestra Constitución instará a los poderes públicos a mantener un régimen público de Seguridad Social que permita cubrir situaciones de necesidad para todos los ciudadanos.

- e) **Vivienda:** Representa una necesidad básica. Los poderes públicos deben tomar medidas para facilitar el acceso a la misma a quienes más lo necesitan, si bien las

políticas al respecto pueden ser muy diversas. La intervención pública se realiza tanto de forma directa, a través de políticas sociales de promoción de vivienda pública, como indirecta mediante incentivos fiscales a la adquisición, rehabilitación o alquiler.

- f) **Servicios sociales:** Constituyen uno de los sistemas públicos de bienestar, mediante el cual a través de la Administración y la sociedad civil, intenta la integración social y la compensación de grupos sociales y ciudadanos desfavorecidos, así como la universalización y fomento del bienestar social (Garcés, 1996; Garcés y Durá, 1997).

Recordando lo expuesto en un apartado anterior, si bien en distintos ámbitos, principalmente en el mundo anglosajón, se asume una definición general de servicios sociales que abarcaría todos los sistemas de protección anteriores, el concepto más utilizado y que caracteriza a España es el que delimita los servicios sociales personales como un pilar de la política social; el cuarto, o sexto para algunos autores, sistema de protección social.

La concepción moderna de los servicios sociales implica la superación de las funciones benéficas, haciendo que las prestaciones sean un derecho de los ciudadanos, frente al carácter graciable que los caracterizó en etapas anteriores.

Mediante estos seis sistemas de protección, el Estado de Bienestar ha contribuido a la consolidación de la ciudadanía mediante la garantía de una serie de derechos sociales (Marshall, 1949; García Cotarelo, 1986; Mishra, 1983 y 1989; Rodríguez Cabrero, 1989 y 1993; Monereo, 1995). Si bien el status social de “no ciudadanía” sigue afectando a diversos colectivos y grupos sociales en exclusión o en riesgo de estarlo (Raya Díez, 2002; Tezanos, 2011).

En relación al fenómeno de la exclusión social, al que se intenta dar respuesta desde los servicios sociales personales, podemos identificar tres zonas fundamentales: la de integración, identificada con la plena ciudadanía; la de vulnerabilidad, zona de riesgo por precariedad laboral o por fragilidad en los soportes social y familiar; y la de exclusión, que viene definida por las limitaciones de acceso a unas condiciones de vida dignas, situaciones que originan la no ciudadanía (Castells, 1996; Laparra et al, 1996).

Hay una idea muy extendida en la que gran parte de los analistas parecen estar de

acuerdo. La política social en general y los servicios sociales como parte integrante de la misma tienen su inicio con anterioridad a la aparición del Estado de Bienestar, pero será esta nueva forma de entender la intervención pública la que va a facilitar el desarrollo de todas las estructuras y sistemas de protección social que hoy tenemos en la mayor parte de los países occidentales. Si bien la condición de ciudadanía se ha desarrollado a lo largo de los tres últimos siglos, es en la segunda mitad del siglo XX cuando se amplía y consolida. Sin entrar a valorar el grado de desarrollo, ni las distintas formas de intervención estatal que existen en diferentes países, el Estado de Bienestar ha fomentado en general la actuación pública basada en la universalidad y la búsqueda de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios.

No obstante, los países europeos del sur, como España, Portugal y Grecia, disponen de un régimen de bienestar menos desarrollado que las sociedades del centro y norte de Europa. Se constatan así diferencias sustanciales entre la definición de derechos de los ciudadanos en sus marcos constitucionales y las políticas públicas de bienestar que no siempre los aseguran en la práctica.

I.2.3. Configuración e historia de los servicios sociales

Son relevantes y numerosas las aportaciones de autores que han dedicado libros y artículos a exponer la historia y desarrollo de los servicios sociales (Casado, 1991; Casado y Guillén, 1997 y 2001; López Cabanas y Chacón, 1997; Seco y González, 1997; Martínez Román et al, 1997; Gutiérrez Resa, 2001). Resulta imprescindible analizar desde una perspectiva histórica la evolución de nuestro sistema de servicios sociales para entender su actual configuración.

Diversos aspectos sociales, económicos y culturales han contribuido de forma determinante a lo largo de la historia en la ayuda a los considerados como más necesitados y marginados (Medina, 2000). Las distintas formas en que se ha desarrollado la protección social a lo largo de los últimos siglos han venido condicionadas por una serie de normas, valores, cambios sociales y, en definitiva, por la propia organización social y política que ha caracterizado las distintas etapas históricas.

En la historia de la política social es posible remontarse varios siglos e incluso milenios para ver su evolución, que ha derivado en los sistemas actuales de bienestar social. Civilizaciones como la Grecia clásica, el imperio Romano o la antigua China ya

desarrollaron algunas medidas de beneficencia para luchar contra la pobreza. Sin embargo, en este análisis se parte de la Edad Media, donde es posible comprobar como se prestaba ayuda a personas necesitadas, si bien con un carácter muy asistencial y por iniciativa de las órdenes eclesiásticas, ejecutándose esta ayuda en muchos casos en el propio domicilio de la persona o familia. En Inglaterra, por ejemplo, alguna publicación oficial ha situado el origen de los servicios sociales en el siglo IX, siendo su fundador el rey Alfredo (Casado y Guillén, 1997:127).

Aunque la pobreza ha existido siempre, será durante el siglo XVI cuando distintas ciudades europeas inicien la beneficencia pública municipal. En la Edad Media el problema principal era la indigencia, lo que dio lugar a que se instituyeran las ‘leyes de pobres’, cuyo principal objetivo era ejercer un control sobre los mendigos y vagabundos. En Gran Bretaña, destaca la “poor law” de 1601, que va a caracterizar la asistencia en este territorio a lo largo de tres siglos, creando la figura del inspector de pobres (Medina, 2000).

Estas leyes solían dividir a los pobres en dos grupos: “los dignos de asistencia pública y aquellos que, válidos para el trabajo, había que obligar a trabajar bajo severísimos castigos o confinándolos en las workhouses o casas de trabajo” (Wenger de la Torre, 1997:82).

Con posterioridad, la Revolución Francesa, basada en postulados de los ilustrados de defensa de derechos básicos, va a indicar un cambio en la propia concepción del Estado como medio interventor para paliar las desigualdades. Como muestra, la ley Le Chapelier francesa, que atribuye al Estado el papel de garante de un mínimo de bienestar para todos los ciudadanos. Así, los poderes públicos comienzan a asumir en mayor medida las actuaciones de atención a las necesidades más básicas, responsabilidad que era prácticamente exclusiva de la familia y la caridad privada (López Cabanas, 1997). En cualquier caso, dos siglos después, es la familia la institución que continúa asumiendo en mayor medida esta responsabilidad.

Los cambios producidos por la Revolución Industrial van a repercutir también en el desarrollo de las políticas sociales. La industrialización y los procesos de urbanización generan importantes transformaciones sociales, dando lugar a situaciones de hacinamiento y guetos de marginación en las ciudades. En ese contexto los lazos solidarios de las redes informales de apoyo, característicos de comunidades pequeñas

del ámbito rural, pierden protagonismo y eficacia.

Estas transformaciones sociales repercuten en el surgimiento de iniciativas de grupos de obreros, reivindicando prestaciones para dar cobertura a situaciones de minusvalías, paro, etc. Los movimientos de los asalariados de la industria, unidos a las demandas de sectores sociales que no tienen cubiertas las necesidades básicas, van a presionar a los gobiernos para que pongan en marcha medidas de protección social que den respuesta a estas necesidades.

Lo sustantivo es que los cambios producidos por la Revolución Industrial y las revoluciones políticas, iniciadas por la Revolución Francesa, van a provocar un incremento de la protección social estatal, como consecuencia de la presión ejercida por el movimiento sindical, que va adquiriendo importancia, y por los partidos políticos que van surgiendo.

En este sentido, las respuestas que se dan en el ámbito europeo siguen dos líneas fundamentales de actuación: Por un lado, comienzan a desarrollarse Sistemas de Previsión Social o Seguridad Social, iniciados a finales del siglo XIX, tomando como referente el mutualismo patronal. Suelen ser creados por los gobiernos centrales, y su objetivo es el desarrollo de prestaciones de carácter contributivo dirigidas a los trabajadores. Por otro, se inician los Sistemas de Asistencia Social, cuyo origen se puede situar en la Constitución francesa de 1848. Al contrario de los anteriores, son prestaciones no contributivas dirigidas a personas o grupos excluidos y marginados, y en los que principalmente serán las administraciones locales las encargadas de gestionarlas. (López Cabanas, 1997).

Ambos son antecedentes de los actuales sistemas de protección social, sobre todo de los servicios sociales, y suponen un intento de anteponer la justicia al carácter benéfico que tradicionalmente había caracterizado a la acción social.

Aunque estos dos sistemas han tendido a fusionarse a partir del desarrollo de los Estados de Bienestar a mitad del siglo XX, todavía existen líneas de actuación diferentes dependientes de organismos distintos, como es el caso de España. No obstante, la universalización de las prestaciones y el reconocimiento de derechos básicos han contribuido, en general, a unificarlos.

En España los servicios sociales tienen una evolución similar a otros países europeos, si bien caracterizados por un retraso en el desarrollo y una menor intensidad

de las actuaciones. Siguiendo las aportaciones de Casado y Guillén (1997 y 2001), Alemán y García (1999), y López Cabanas y Chacón (1997), se establecen una serie de etapas en la historia de nuestros servicios sociales: Edad media, ilustración, siglo XIX y primer tercio del siglo XX, etapa franquista, y etapa democrática. Estas fases no pueden entenderse de un modo evolucionista pues, como indica el profesor Demetrio Casado (1991), existe una coexistencia en las distintas épocas históricas de diferentes formas de atención a los problemas sociales.

a) **La Edad Media:**

En la Baja Edad Media, entre los siglos XII y XV, destaca la aparición de instituciones, como las cofradías de oficios, vinculadas a la iglesia, que recogen entre sus fines el “mutuo socorro entre los cofrades”. En cuanto a la protección vertical, existían las siguientes: las órdenes militares y de caballería; la misión religiosa de los clérigos, con un carácter asistencial y caritativo; la acción de caridad individual, principalmente de burgueses; y la caridad asistencial institucional de la Iglesia (Casado y Guillén, 1997).

La primera intervención estatal importante en el ámbito de la intervención social viene representada por los planes municipales de beneficencia pública, iniciados en 1526 y basados en prestaciones para la subsistencia, que plantean otorgar ayudas a personas del municipio que lo necesitasen (López Cabanas y Chacón, 1997).

Será a partir del siglo XVI cuando comience una etapa de “novedades modernas”, caracterizada por la importancia de la constitución de los gremios, con un componente de ayuda mutualista. Las iniciativas monásticas llevadas a cabo en esta etapa en temas de “política social” presentan dos vertientes. Por una parte se caracterizaron en general por un componente represor y de seguridad -prohibición del vagabundeo-, y por otra de provisión de socorro a pobres con domicilio. Son medidas que presentan el doble carácter de represión y protección del vagabundeo y la pobreza (Casado y Guillén, 1997).

Los poderes públicos comienzan en esos momentos, a partir del Renacimiento, a intervenir en favor de los más necesitados. Se desarrollan actuaciones basadas en la caridad, con un importante componente religioso (Alemán y García, 1999). No obstante, Juan Luis Vives, en la etapa renacentista, ya introduce la idea innovadora de

prevención. Así, plantea ir más allá del carácter asistencial, dando importancia a temas como la educación de niños o el fomento de la inserción laboral y social de las personas en situación de marginación o pobreza (Casado y Guillén, 2001).

b) *La Ilustración:*

Esta fase se iniciaría a lo largo del siglo XVIII, como consecuencia de las nuevas ideas que introducen los ilustrados. Se plantea la asistencia social como “un sistema público organizado de servicios e instituciones sociales destinado a la ayuda a personas y grupos en situación de necesidad. Supone el intento de superar la simple acción coyuntural, de cada caso concreto –propia de la beneficencia-, estando dirigida a la atención de necesidades básicas y no de la mera indigencia” (Alemán y García, 1999:183).

La ideología ilustrada es contraria tanto a los gremios como a las cofradías profesionales, al igual que critica las actuaciones eclesiásticas. Para los ilustrados, la institución mutualista prioritaria estaría representada por el desarrollo de montepíos bajo el control del Estado.

Los planteamientos ilustrados quedan recogidos en el Auto Acordado de 1778, medida adoptada por Carlos III, en la que se desarrollan las Diputaciones de barrio con varias funciones: recogida de mendigos, apoyo a individuos activos sin trabajo y con dificultades, socorro a enfermos convalecientes, así como facilitar la educación de niños y niñas de familias pobres. La educación se considera como medio principal para poner a la población en disposición de contribuir útilmente con la comunidad y la Corona. Las propuestas en materia de política social de esta etapa implican que el Estado pase a asumir obligaciones y cargas (Casado y Guillén, 1997). Aumenta así su protagonismo en todos los ámbitos, incluidos los servicios sociales.

c) *El siglo XIX y principios del XX:*

En este periodo se distingue una primera fase caracterizada por la beneficencia, y una segunda que se identifica con la reforma y asistencia social, y en la que comienzan a crearse los seguros sociales.

El siglo XIX va a marcar un punto de inflexión en la atención que los poderes públicos han prestado a las personas y grupos sociales con necesidades. La disolución

del Antiguo Régimen y la pérdida de importancia de la institución eclesiástica, van a provocar que la presencia del Estado sea mayor en el ámbito de la acción social. Las leyes de beneficencia manifiestan este cambio cualitativo.

La Ley de Beneficencia de 6 de febrero de 1822, recogiendo algunos principios de la Constitución de 1812, crea a nivel jurídico las Juntas municipales de beneficencia, que serán las encargadas de articular la intervención social en los municipios. También tendrán importancia en ese desarrollo, y en el papel de la administración local, la Ley General de Beneficencia de 1849, promulgada en el reinado de Isabel II (Estivil, 1991; Medina, 2000).

Esta segunda ley sí establece importantes responsabilidades para el Estado en la intervención social, perdiendo la Iglesia peso en su acción. Va a otorgar importantes competencias a las distintas administraciones, -central, provincial y local-, mediante una serie de obligaciones, como consecuencia en parte por las propias dificultades que tiene la Iglesia tanto por el proceso de secularización de la sociedad como por las desamortizaciones (Vila, 1996).

En ese momento comienzan a desarrollarse determinados ‘servicios sociales especializados’, como centros psiquiátricos, centros de salud para pobres, de menores o albergues de transeúntes. Las prestaciones no eran entendidas como derechos sociales, asignándose las mismas de forma discrecional (López Cabanas y Chacón, 1997).

El sistema de beneficencia del Estado liberal se caracterizó por un modelo mixto de iniciativa y responsabilidad pública y participación en el mismo de otras entidades, como órdenes religiosas o gremios. Las acciones no eran universales. En este contexto, el modelo desarrollado significó un instrumento de control social para la burguesía.

La beneficencia va a predominar en la acción social durante gran parte del siglo XIX. A finales de éste y principios del siglo XX comienza a desarrollarse la asistencia social, fruto de las propias reivindicaciones obreras, dando paso a la idea de justicia social y la reivindicación de derechos frente a la ‘caridad’ de las anteriores etapas. Este factor contribuye a que numerosos autores sitúen el origen de los servicios sociales en los inicios del siglo XX (Medina, 2000).

Es el periodo de ‘reforma social’, en el que se van configurando las bases para la creación de una política social articulada desde la administración pública (Casado y Guillén, 1997). Prueba de ello es la creación en 1903 del Instituto de Reformas Sociales

y en 1908 el Instituto Nacional de Previsión. De esta forma se sientan las bases del Sistema de Seguridad Social. En el primer tercio de siglo se inician los seguros de accidentes de trabajo, de maternidad, etc. En 1934 se constituye la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social y se reconocen algunos derechos del administrado en el acceso a las prestaciones, lo que representaría un primer paso hacia la universalización (López Cabanas y Chacón, 1997).

d) ***La dictadura franquista:***

En la España franquista la ayuda de carácter informal sigue siendo el principal apoyo en la cobertura de carencias humanas. La intervención estatal es doble, por un lado, se continúa con las instituciones públicas de protección social tradicionales (Beneficencia, protección de menores, reeducación de ‘inválidos’); y por otro, se incorporan medidas como la creación del Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS), y un Sistema de Seguridad Social más moderno fruto de la Ley de 1963 (Casado y Guillén, 2001). El FONAS se inicia en 1960, y será el encargado de las ayudas económicas para familias y personas en situación extrema de necesidad.

En la década de los cuarenta y cincuenta se desarrollan nuevos seguros (enfermedad, vejez e invalidez, desempleo,...), y se realizan distintas actuaciones en el ámbito de la beneficencia y la caridad. En la última década del franquismo se refuerza y consolida el sistema de Seguridad Social como un servicio público dependiente del Estado, creándose además servicios especializados para minusválidos y pensionistas: Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos- SEREM, y Servicios de Atención al Pensionista- SAP (López Cabanas y Chacón, 1997).

e) ***La Etapa democrática:***

Durante la transición, los servicios sociales van a experimentar una unificación administrativa, la descentralización y la despolitización (Casado y Guillén, 2001). Se producen determinadas reformas orientadas a la universalización de los servicios y a la participación más o menos directa de los propios usuarios (López Cabanas y Chacón, 1997). Se crean dos nuevos institutos, que sustituyen a los anteriores: El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), que absorbe los anteriores SAP y SEREM.

El inicio del periodo democrático marca un punto de inflexión crucial en la configuración y desarrollo de un sistema público de servicios sociales. La llegada de la democracia supone un impulso tanto cuantitativo como cualitativo en el desarrollo de una serie de derechos sociales, reconocidos por la Constitución de 1978. A nivel global pueden establecerse dos fases generales. Una primera de inicio y configuración del sistema que corresponde a la década de los ochenta, y una segunda de “desarrollo e intento de consolidación”, que abarcaría desde 1990 hasta la actualidad.

1. En la primera fase, siguiendo a López Cabanas y Chacón (1997), son diversas las iniciativas que van configurando nuestro actual sistema de servicios sociales: Inicio en 1989 de las pensiones no contributivas; impulso del trabajo realizado por el INSERSO, con un crecimiento de los servicios sociales especializados (residencias, centros para discapacitados, etc.); actuaciones, aunque dispersas, por parte de los ayuntamientos y diputaciones en el ámbito comunitario; puesta en marcha en 1988 del Plan concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales en las corporaciones locales, objeto de análisis en un capítulo posterior; la promulgación de leyes de servicios sociales en todas las Comunidades Autónomas; y la transferencia de competencias de la Administración Central a las autonómicas.

A finales de los ochenta se produce una importante incorporación de profesionales, creándose una red de equipos y centros de servicios sociales en todo el territorio.

2. Una vez creadas las bases para la prestación de servicios, en la década de los noventa y los primeros años de este nuevo siglo asistimos a la consolidación de los servicios sociales, mediante la puesta en marcha de planes y legislación por parte de las diferentes administraciones.

Sin embargo, no se ha observado un incremento adecuado de financiación que permita un desarrollo pleno del sistema equiparable a otros países europeos. Aún así ha continuado su desarrollo y crecimiento, con diferencias sustanciales entre comunidades autónomas, y por la creciente aportación económica de las administraciones locales (diputaciones y ayuntamientos). En apartados posteriores profundizaremos en la situación actual de nuestros servicios sociales y los retos a los que se enfrentan.

Si bien la historia de los servicios sociales en España es reciente, no se debe obviar que son resultado de procesos históricos. Hay una secuencia no lineal en la que no existen rupturas radicales entre una modalidad y otra: caridad, beneficencia pública, asistencia social, seguros y seguridad social, y servicios sociales. Aunque el paso de una modalidad a otra ha supuesto un cambio de pensamiento o filosofía en la atención a las necesidades, las prácticas no siempre han experimentado un cambio radical (Aleman y García, 1999). El paso de una etapa a otra no supone la ruptura con la anterior, sino que los cambios son más pausados y lentos, existiendo una coexistencia de distintas formas de prestar servicios sociales, debido a factores políticos, sociales y económicos.

Ahora bien, la creación de sistemas públicos de servicios sociales ligados a la democracia y al reconocimiento de derechos sociales, frente a formas anteriores basadas en la beneficencia y la caridad, significan un cambio muy sustancial en la configuración y prestación de los servicios.

Aunque la orientación asistencial se considera en la actualidad como superada, la realidad muestra que los actuales servicios sociales tienen aún un componente asistencial, si bien son también preventivos y rehabilitadores (Casado y Guillén, 1997).

El Estado de Bienestar va a surgir en nuestro país más tarde que en el resto de países europeos. Es en los primeros años de la democracia cuando comienza a estructurarse un sistema público de servicios sociales, dirigido a toda la población, bajo los principios de universalización, racionalidad, normalización, descentralización y participación (Gutiérrez Resa, 1996).

En la actualidad, estamos en una etapa marcada por la política social comunitaria. El tratado de la Unión Europea, en su artículo 2º establece, como reto para los países que la integran, conseguir un alto nivel de protección, la elevación de la calidad de vida y la cohesión social. Sin embargo, las competencias fundamentales relacionadas con el bienestar social continúan siendo de cada Estado miembro.

I.2.4. La respuesta a las necesidades sociales: familia, empresa privada, voluntariado y sistema público

Son tres los pilares que cada sociedad construye, desarrolla y combina de manera diferenciada para dar respuesta a las necesidades y problemas sociales: El sector público, con actuación y prestación directa del Estado; el personal, en el que la

responsabilidad la asumen básicamente los propios ciudadanos; el ámbito privado, basado fundamentalmente en la actuación del mercado y las asociaciones surgidas de la sociedad civil (Rein, 1993:75).

Si desglosamos este último pilar, distinguiendo entre mercado e iniciativa social, en realidad serían cuatro las formas básicas de responder a las necesidades humanas. Una informal: ayuda elemental o familiar; y tres formales: mercado, acción voluntaria e intervención pública.

Los diversos modos coexisten en cada momento histórico. En todas las etapas de los servicios sociales se presentan estas formas de responder a las necesidades aunque con protagonismo desigual. La familia ha sido y es la que tradicionalmente ha cubierto las necesidades de atención y cuidado. Se analizan a continuación estos cuatro ‘modos de producción de los servicios sociales’: Autoprovisión, mercado, acción voluntaria e intervención pública (Casado y Guillén, 2001: 134).

a) ***Autoprovisión mediante ayuda familiar:***

La mayor parte de las necesidades son satisfechas por las propias personas. La principal respuesta a la cobertura de las necesidades la otorga la familia. Sin embargo, los cambios asociados a la configuración de las sociedades modernas en un primer momento y a las postindustriales posteriormente limitan de forma creciente su capacidad de acción, adquiriendo un creciente protagonismo las instituciones públicas y las entidades privadas.

Distintos autores han señalado la importancia de las redes de apoyo en la época anterior a la Revolución Industrial (Medina, 2000). Sin embargo, no hay que olvidar que si bien el Estado ha ido asumiendo crecientes responsabilidades en este ámbito, aún sigue siendo la familia la que mayor apoyo presta tanto a nivel instrumental como afectivo. El apoyo social informal, o no profesionalizado, -de familiares, vecinos, amigos o conocidos-, es fundamental en la atención a colectivos con problemas de autonomía personal como personas mayores o personas con discapacidad (INSERSO 1995a y 1995b).

Uno de los rasgos más relevantes y diferenciadores de las sociedades europeas mediterráneas es el elevado apoyo informal de la familia a las personas que tienen algún tipo de necesidad. Implica una confianza en la provisión de trabajo y atención

asistencial por parte de los familiares, basado en un apoyo intergeneracional y en una diferenciación en función del género, al recaer tradicionalmente este apoyo sobre las mujeres (INSERSO, 1995b; Campo Ladero, 2000; IMSERSO, 2002; Sarraceno, 2002).

En definitiva, en nuestra sociedad la familia ha sido y es la principal agencia proveedora de bienestar. Esta situación ha derivado en que tradicionalmente nuestro régimen de bienestar haya estado influido por el principio de subsidiariedad, entendido bajo el planteamiento de que la intervención pública no ha de hacerlo allí donde la familia y otras instancias sociales, a iniciativa de la sociedad civil, ya lo hacen. En cierta manera, se trata de eludir la responsabilidad última del Estado como garante del bienestar y una calidad de vida mínima para todos, amparándose en la limitación de recursos. En los últimos años se observa un cambio en la tendencia de las políticas de servicios sociales, considerándose en mayor medida el apoyo a la familia como imprescindible y objeto de las mismas.

Por tanto, en España la familia ha amortiguado de forma notable las consecuencias negativas de las problemáticas sociales (Pérez-Díaz, 1997; Pérez-Díaz et al, 2000; Bazo y Ancizu, 2004). De ahí la necesidad de incrementar los servicios públicos de acción social, creando programas específicos de apoyo a la misma. Programas de acogimiento, de respiro, centros de estancia diurna, o apoyo a cuidadores y cuidadoras constituyen algunos ejemplos.

b) *Mercado y empresa privada:*

Los servicios sociales comerciales o de empresas privadas están mucho menos estructurados que los del sector público, y en general no dan un carácter integral a sus atenciones o actuaciones. Pueden incluirse aquí los denominados servidores domésticos, figura de apoyo formal que está creciendo con intensidad como respuesta sobre todo a los problemas de dependencia. Significan un nuevo yacimiento de empleo, si bien son en numerosas ocasiones trabajos precarios.

Se está produciendo una creciente implantación de las empresas privadas que prestan servicios personales. Es el caso del aumento considerable de residencias privadas y centros de día para personas mayores dependientes. Sin embargo, el mercado por sí mismo no asegura la cobertura de las necesidades, al no poder acceder a estos recursos un amplio grupo de población con ingresos insuficientes.

En la mayoría de los casos la empresa privada es proveedor de la administración pública, con la que concerta o externaliza sus servicios.

c) *Acción voluntaria o iniciativa social:*

El análisis histórico muestra como el tejido asociativo ha dado respuesta en numerosas ocasiones a problemáticas y necesidades que la Administración no ha podido satisfacer.

Se habla de manera creciente del modelo de ‘welfare mix’, fundamentado en el aumento de protagonismo del tercer sector (entidades e instituciones solidarias y/o voluntarias) y de la sociedad civil.

Muchas de las asociaciones y ONGs actúan con un solo sector y en el segundo nivel de intervención. Otras sí intervienen en distintas ramas funcionales con un carácter más integral (Casado y Guillén, 2001).

d) *Sistema público:*

La responsabilidad y las respuestas de la administración pública ante las necesidades sociales han cambiado a lo largo de la historia. La acción pública en el ámbito de los servicios sociales puede tomar varias formas, entre las que destacan la gestión propia mediante intervención directa, las subvenciones a entidades privadas, la concertación, o los contratos con ONGs.

Será a partir de 1978 cuando se vaya configurando un sistema público de servicios sociales en España. La voluntad política de cambio se plasma en el encargo por parte del gobierno español de un informe a un grupo de expertos de diferentes países europeos, que sentará las bases y principios en los que se basará el posterior desarrollo de los servicios sociales en la década de los ochenta. Este informe puso de manifiesto la ausencia de un sistema público eficaz y eficiente que diese respuesta a las necesidades sociales de los ciudadanos.

Años más tarde, y ante las distintas y dispersas respuestas que diferentes administraciones locales y autonómicas estaban dando a las actuaciones en materia de acción social, la administración central encarga en 1984 a otro grupo de expertos asesoramiento para la realización de un proyecto orientado a la elaboración de una supuesta ley general de servicios sociales, que no llega a formularse. Sí proponen una

serie de principios en los que debería basarse el sistema público de servicios sociales (Martínez Román et al, 1996:208-209): Planificación, coordinación, descentralización, prevención, normalización, participación ciudadana, fomento de la solidaridad, y apoyo a las organizaciones de autoayuda.

Estos principios recogen planteamientos y orientaciones que en esos momentos marcaban las líneas de actuación de determinadas políticas sociales en algunos países europeos con un importante desarrollo del Estado de Bienestar, como es el caso de los países escandinavos. En cualquier caso, son principios que van a inspirar las distintas leyes y planes que, en especial en el segundo lustro de la década de los ochenta, fueron configurando en gran medida el actual sistema de servicios sociales. La carencia de una norma legal que regule los servicios de todo el Estado, ha provocado un desarrollo desigual en las diversas comunidades autónomas y, como consecuencia, cierta heterogeneidad en la implementación de prestaciones y programas en las distintas regiones.

La estructura o sistema público de servicios sociales se irá configurando bajo principios alejados del asistencialismo y la beneficencia, si bien la tradición histórica va a condicionar que su desarrollo también esté marcado por esa cultura asistencialista de las distintas instituciones encargadas de aplicar e implementar los diversos planes y programas sociales.

Las distintas formas de provisión examinadas coexisten en las diferentes sociedades aunque con desigual importancia, dependiendo tanto de la tradición cultural como del grado de desarrollo de los sistemas públicos de protección. En un estudio sobre provisión de cuidados a personas mayores, Bazo y Ancizu realizan un análisis comparativo entre distintos países⁹. En el mismo se establece la utilización de los diferentes tipos de servicios por parte de las personas mayores de 75 y más años (Cuadro 1.1).

⁹ La investigación corresponde a un proyecto financiado por la Comisión Europea dentro del V Programa Marco. La ayuda recibida por las personas mayores y que es objeto de comparación en este estudio es la relativa a tareas domésticas, transporte o compra, y cuidado personal.

Cuadro 1.1. Orden en la utilización de servicios

Noruega	Inglaterra	Alemania	España
Servicios públicos	Familia	Familia	Familia
Familia	Servicios públicos	Servicios privados	Servicios privados
Servicios privados	Servicios privados	Servicios públicos	Servicios públicos
Sector voluntario	Sector voluntario	Sector voluntario	Sector voluntario

Fuente: Bazo y Ancizu, 2004:53.

En la investigación se constata el bajo desarrollo de los servicios sociales públicos en España. Sólo un 6% de los mayores recibían en 2004 ayuda de los servicios públicos, frente al 36% en Noruega. La familia es la principal fuente de cuidados y ayuda en todos los países analizados, excepto en Noruega, donde ocupa el segundo lugar. No obstante, en España la tendencia en los últimos años ha sido de crecimiento, sobre todo a partir de la promulgación y desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El aumento de las fórmulas mixtas en la prestación de servicios provoca la existencia de límites cada día más difusos entre lo público y lo privado. Es más, la dificultad para establecer la línea de demarcación afecta tanto a la delimitación entre lo público y lo no lucrativo como a éste con el mercado (Rein, 1993). En este sentido, es cada vez más frecuente que las propias ONGs recurran a acciones lucrativas para financiar sus actuaciones.

La praxis pluralista que caracteriza cada vez más a los Estados del Bienestar no debe servir para que los poderes públicos delegen la responsabilidad de garantes de los derechos sociales. Además, no debe el Estado derivar en una mera “asistencialización” en la prestación de los servicios. Aplicada de forma correcta, la orientación universalista de los servicios sociales públicos modernos supera a las actuaciones de la empresa privada y la acción voluntaria en la garantía de igualdad de acceso a las prestaciones, al ir dirigidas a toda la población.

En periodos de escasez financiera, el desarrollo de instituciones mixtas parece visualizarse como la mejor opción en la prestación de políticas sociales (Rein, 1993). De entenderse el sistema público en un sentido amplio, como defiende Casado (2002),

abarcando tanto la acción directa como la indirecta. El aumento de la prestación mixta de servicios, una mayor colaboración entre el sector público y la empresa privada, el apoyo al asociacionismo y la iniciativa de la sociedad civil configuran el modelo pluralista del Estado de Bienestar, pero la responsabilidad en garantizar los derechos ha de corresponder a los poderes públicos.

El informe del Comité Director para la Democracia Local y Regional (CDRL), del Consejo de Europa, plantea como necesaria a nivel europeo una mayor coordinación en la prestación de servicios de proximidad entre las distintas administraciones. Destaca en sus conclusiones la importancia, junto al sector público, del sector privado con y sin fines lucrativos, aunque con un control por parte del ámbito público (MAP, 2002).

I.2.5. Los dos niveles del sistema público: Servicios sociales generales y especializados

El Consejo de Europa define el Sistema Público de Servicios Sociales como “todos los organismos que tienen como misión aportar una ayuda y una asistencia personal directa a individuos, grupos y comunidades para favorecer su integración en la sociedad; se excluyen los servicios que se ocupan únicamente de asegurar cierto nivel de vida por medio de prestaciones económicas”¹⁰. Es el más joven de los sistemas de protección social.

La ponencia técnica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales establece tres objetivos fundamentales de los servicios sociales (MTAS, 1997:26):

1. Desarrollo pleno y libre de las personas, garantizando la igualdad de los individuos en la sociedad.
2. Prevención de las circunstancias que originan la marginación, así como la promoción de la plena integración de las personas y grupos en la vida comunitaria.
3. Garantizar la cobertura de las necesidades sociales, adecuándola, en su caso, a los procesos de cambio de la realidad social.

De igual modo, en ese documento se establecen una serie de principios en los que se basa el Sistema, recogidos muchos de ellos en diversas leyes autonómicas sobre la materia (MTAS, 1997):

¹⁰ Citado en MTAS, 1997:24

- *Globalidad*: Intenta desarrollar actuaciones integrales para situaciones multiproblemáticas.
- *Responsabilidad pública*: Las diferentes administraciones deben aportar los recursos técnicos y financieros para desarrollar las prestaciones básicas, aunque algunos servicios se presten de forma indirecta.
- *Igualdad y universalidad*: En el acceso a los servicios y prestaciones ofertados, que van dirigidos a toda la población.
- *Descentralización*: Otorgando importancia a la administración local, como más próxima al ciudadano, en la gestión y prestación de los distintos programas.
- *Integración*: Mediante la utilización global y transversal de los recursos.
- *Solidaridad*: A través del fomento de la cooperación social, impulsando actuaciones de ayuda mutua y voluntariado dentro de la comunidad.
- *Prevención*: Intentando intervenir en las causas de los problemas sociales.
- *Normalización*: Atendiendo las problemáticas sociales desde estructuras normalizadas y generales.
- *Participación*: Mediante el fomento del asociacionismo.
- *Planificación y Coordinación*: Entre las distintas administraciones y niveles del Sistema.

La actual estructura se va configurando, en los primeros años de la democracia, con un doble nivel: Un nivel de atención primaria o básico que dará lugar a los servicios sociales comunitarios, con un carácter local; y un nivel de servicios especializados gestionados en sus inicios principalmente mediante el INSERSO¹¹.

En las distintas leyes autonómicas de servicios sociales se delimitan los dos niveles de atención en los que se divide el Sistema: comunitarios y especializados:

1. ***Servicios Sociales Comunitarios***: Son denominados también generales, de base, o de atención primaria. Tienen un carácter universal, dirigidos a toda la población. y circunscritos a un territorio. Representan la puerta de acceso al Sistema. Informan y asesoran sobre derechos y recursos sociales a individuos, grupos e instituciones; y son los encargados de desarrollar las prestaciones básicas establecidas en el Plan

¹¹ En 1997 el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) pasa a denominarse Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Actualmente, es Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Concertado¹². Se caracterizan por la proximidad a la comunidad, y su carácter universal y preventivo además del asistencial (Zaragoza, 2001).

2. **Servicios Sociales Especializados:** Representan el segundo nivel del Sistema. Dirigidos hacia sectores y problemáticas o situaciones concretas, que requieren una intervención más específica. En general se organizan y gestionan en función de esos colectivos sociales. Tienen un objeto delimitado y son frecuentemente de carácter sectorial.

Estos pueden realizar prevención secundaria o terciaria, ejecutando intervenciones para conseguir la integración social de los sectores afectados. Las principales prestaciones y servicios que desarrollan son: Información, valoración y diagnóstico; terapia y rehabilitación psicosocial; alojamiento alternativo al familiar; y prestaciones económicas (Consejería de Asuntos Sociales, 1994, 2000).

La Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, establece los servicios sociales comunitarios como la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales, ofertados a toda la población y con un carácter municipalista, al ser la Administración más cercana al ciudadano (arts 7, 8, 9 y 10). Significan el primer contacto del usuario con el Sistema, siendo la ‘puerta de acceso’ al resto de servicios y prestaciones. Los especializados representan un segundo nivel de intervención, dirigidos hacia sectores concretos de población que requieren actuaciones específicas (art 11).

Este trabajo intenta desarrollar una propuesta de evaluación de la calidad de programas de servicios sociales comunitarios, en concreto aplicado a ‘teleasistencia domiciliaria’, por lo que a partir de ahora nos centramos fundamentalmente en el nivel de atención primaria. Este “viene a ser un determinado complejo de recursos de intervención (agentes personales, medios técnicos, programas, sedes) ubicados en un territorio, de tamaño y comunicaciones adecuadas para que su población acceda a las correspondientes prestaciones sin necesidad de cambio domiciliar” (Casado y Guillén, 2001:282).

¿A qué se debe la denominación de “comunitarios” de los servicios sociales de atención primaria, de base o generales? Siguiendo a Gutiérrez Resa (1996) en los años sesenta del pasado siglo comienza utilizarse esta expresión para referirse a los servicios sociales para colectivos en situación de exclusión. El término “comunitarios” tiene su

¹² En un capítulo posterior se analizará el Plan Concertado para las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.

origen en el Plan CCB (Comunidad Cristiana de Bienes) 1961-1964, promovido por Cáritas española, y orientado a desarrollar algunos servicios en áreas geográficas deprimidas, ocupadas mayoritariamente por bolsas de marginación.

En su origen, carecían de dos de los fundamentos básicos que los caracterizan en la actualidad: la responsabilidad pública y la universalidad de los mismos. Lo que se pretendía con esta acción social comunitaria que caracterizó la década de los sesenta era el fomento de la “solidaridad” a través de acciones de promoción social en las comunidades. Se trataba de incorporar una nueva filosofía, con una importante influencia francesa al respecto (Gutiérrez Resa, 1996).

La intervención social propia de los servicios sociales generales se basa en la prevención, la asistencia y la rehabilitación: La *prevención* es el objetivo al que se ha prestado atención de forma más reciente. Implica intervenir para evitar problemáticas sociales y personales.

La *asistencia* ha consistido tradicionalmente en atención material a personas pobres o desvalidas. Posteriormente se ha ampliado al concepto de ayuda psicosocial y apoyo a cualquier situación carencial, de conflicto o caracterizada por la soledad. A modo de ejemplo, ayuda a domicilio y teleasistencia tienen un claro componente asistencial, pese a ser conceptualizados como servicios universales dirigidos al desarrollo y bienestar personal y al fomento de la autonomía.

Mediante la *rehabilitación* se intentan reorientar determinadas situaciones problemáticas. Las intervenciones en casos de mendicidad, delincuencia o toxicomanías constituyen claros ejemplos.

Por último, siguiendo a Casado y Guillén (2001: 278-280), podemos establecer una serie de funciones básicas de los servicios sociales de atención primaria de carácter público, que serán abordadas en un capítulo posterior:

1. Significan el primer contacto de individuos, familias, grupos y comunidades con el sistema público de servicios sociales, siendo la puerta de acceso al mismo.
2. Han de tener un amplio catálogo de programas propios que faciliten la atención en la propia comunidad o entorno social de los usuarios.
3. Poseen la función de canalización y derivación a otros servicios y sistemas de bienestar.
4. Deben asegurar las coberturas óptimas de las distintas prestaciones.

I.2.6. Retos de futuro de los servicios sociales personales en el modelo pluralista del bienestar

Los servicios sociales públicos, aunque han crecido cuantitativamente en los últimos años en cuanto a programas y cobertura de la población, tienen un grado de consolidación menor al de otras estructuras del bienestar, como sanidad y educación. Si bien se han introducido modelos de intervención competencialistas, más participativos y orientados a la mejora de la autonomía personal y de la comunidad, y se ha desarrollado en últimos años la denominada Ley de la dependencia (Ley 39/2006), los recursos y las coberturas de los programas continúan sin ser los óptimos.

En 1997, tras nueve años de andadura del Plan Concertado, se reconoció por la propia Administración la dificultad de identificar el Sistema de servicios sociales, por la falta de coordinación e interrelación entre los distintos niveles y las diferentes administraciones públicas (MTAS, 1997). Se plantea en ese momento la necesidad de una imagen común del sistema, con un mayor grado de homogenización de las actuaciones, aspecto que no se ha logrado aún, más de una década después.

Además, la tradición de los servicios sociales de atender de manera exclusiva a casos de pobreza o desvalimiento, también ha podido influir en que no se haya configurado un sistema pleno con carácter universal (Casado y Guillén, 2001).

Esta situación lleva a plantear una serie de retos que el sistema público de servicios sociales debe afrontar en los próximos años para lograr su desarrollo óptimo, en el marco de un creciente pluralismo y la externalización de servicios que caracteriza al nuevo modelo de Estado de Bienestar que se está configurando. Los retos propuestos se exponen a continuación:

a) *Mejora del conocimiento y de la percepción social de los servicios:*

Parte de la población continúa teniendo una visión errónea y estigmatizada de los servicios sociales, al seguir percibiendo que van dirigidos a colectivos con problemáticas concretas y no a todos los ciudadanos (Bazo y Ancizu, 2004). El grado de conocimiento de las distintas prestaciones que ofrecen los servicios sociales debe incrementarse hasta la totalidad de la ciudadanía.

En un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2001 sobre el conocimiento de servicios dirigidos a personas mayores, se constató que

muchos de ellos eran bastante conocidos, mientras que otros lo eran menos, como ilustra la tabla 1.3. El servicio de teleasistencia era el que en menor medida se conocía. En 2009 se repite este estudio, mostrando que el grado de conocimiento es más alto, si bien algunos de ellos no son aún conocidos por parte de la población. No se puede obviar que en el acceso a los servicios juega un importante papel la vía informal, mediante familiares, amigos o vecinos.

Tabla 1.3. Conocimiento de servicios sociales dirigidos a personas mayores (% de población que los conoce). Comparación 2001-2009

	2001	2009
Centros sociales, hogares o clubs de mayores	93,7	94,4
Comedores	65,4	71,7
Vacaciones y/o viajes	93,5	95,5
Residencias	95,5	96,8
Balnearios	74,7	75,2
Ayuda a domicilio	84,3	91,0
Centros de día	67,5	87,1
Estancias temporales en residencias	60,7	69,3
Teleasistencia	48,6	77,0
Ayudas técnicas para mejorar la autonomía personal	-	67,7
Ayudas para adaptaciones en el hogar	-	63,6

Fuente: CIS, estudios nº 2.439 (Barómetro de noviembre de 2001) y nº 2801 (Barómetro de mayo de 2009).

b) *Apuesta por la universalidad:*

El insuficiente desarrollo del sistema y la estigmatización social de diversos servicios hacen que hasta el momento no se haya desarrollado de forma plena el principio de universalidad, la idea de que sean servicios dirigidos a toda la población, como es el caso de salud o educación.

La supuesta contradicción entre universalidad y centrar el esfuerzo en los más necesitados no tiene por qué existir. Ambos objetivos pueden ser complementarios. Son numerosas las ocasiones en las que se define un servicio o programa como universal, pero la falta de recursos y de financiación suficiente implica que se oriente de forma prioritaria hacia las situaciones de mayor necesidad, definidas técnicamente.

En el Plan de Servicios Sociales de Andalucía 1993-1996 se explica de forma clara el objetivo de universalidad de los programas. Recoge de manera textual como “el propósito de universalización respecto a todos los ciudadanos no expresa una acción que por globalizadora, encubra las diferencias sociales existentes, sino que, asumiendo las

garantías básicas a toda la población, requiere atender desigualmente a aquellos sectores que experimenten marginación, desigualdades, discriminación o pobreza” (CAS, 1994:24).

En cualquier caso, desarrollar el principio de universalidad requiere que las clases sociales medias comprendan que pueden beneficiarse del Sistema, lo que incrementaría su legitimación social y consolidación definitiva. Ello requiere una oferta amplia de servicios desde el ámbito público, en colaboración con la iniciativa social y el mercado.

c) **Mejora y consolidación de la atención a la dependencia:**

En apartados anteriores se ha constatado como en la atención a las personas mayores gran parte de los cuidados los presta la familia, sobre todo la mujer. Sin embargo, los cambios sociales que se están produciendo -envejecimiento de la población, incremento sustancial de la población mayor de 80 años por el aumento de la esperanza de vida, familias más reducidas, movilidad geográfica de los hijos, incorporación de cuidadores potenciales al ámbito laboral- plantean una reducción paulatina del apoyo de familiares y allegados. Pero ¿de quién es la responsabilidad en el cuidado? En general, la sociedad española asume que la familia ha de tener un papel básico, pero también considera que el Estado tiene una importante responsabilidad en la solución de estos problemas. Así lo consideraban el 86% de españoles, como ilustra la tabla 1.4.

Tabla 1.4. Grado de acuerdo/desacuerdo con una serie de afirmaciones relativas al cuidado de las personas mayores

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	N.S.	N.C.
El cuidado de los padres ancianos es un problema principalmente de los hijos	41,7	45,1	9,3	2,2	1,3	0,3
El cuidado de los padres ancianos no es un problema exclusivamente de los hijos, sino que atañe igualmente a la sociedad y al Estado	37,1	49,5	10,1	1,7	1,4	0,2
Con mejores y mayor número de servicios socio-sanitarios, se solucionaría el problema de las personas mayores que necesitan ayuda de otro	47,7	42,8	6,2	1,2	1,9	0,2

Fuente: CIS, estudio nº 2.439 (Barómetro de noviembre de 2001)

En general, según este estudio del CIS, la población española estaba de acuerdo en que los poderes públicos debían asumir una parte importante del cuidado de los mayores, en especial los dependientes, incorporando un mayor número de servicios socio-sanitarios.

La creación de un seguro de dependencia, en sus distintas fórmulas, es incorporado cada vez más por los países desarrollados, existiendo distintos modelos nacionales de atención (Casado y López, 2001). En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia supone un importante punto de inflexión en el ámbito de los servicios sociales.

La atención a la dependencia ha requerido un mayor desarrollo de servicios de proximidad (ayuda a domicilio, teleasistencia, acogimientos, apoyo a cuidadores,...) y servicios especializados intermedios (centros de día, programas de respiro familiar, etc). Las familias cuidadoras deben ser objeto prioritario de las políticas de acción social. Al respecto es imprescindible un espacio sociosanitario coordinado que plantee atenciones integrales (Casado y López, 2001; Barriga y Trujillo, 2004). En paralelo a la generación de recursos, debe fomentarse una utilización normalizada de los servicios de cuidado por todos los grupos sociales (Bazo y Ancizu, 2004).

En cualquier caso, la Ley 39/2006 ha permitido una mayor universalización de los servicios. Para su desarrollo se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con base sobre la red de servicios sociales preexistente con anterioridad.

No obstante, existen incertidumbres sobre el futuro de la atención a la dependencia tal y como está configurada en la actualidad. Aspectos como las restricciones presupuestarias de las distintas administraciones públicas, la gran disparidad existente entre las diferentes Comunidades Autónomas en el desarrollo y tipos de prestaciones otorgadas, el aplazamiento de prestaciones para beneficiarios de grado moderado de dependencia, o el creciente retraso en las valoraciones, preveen importantes cambios en la propia Ley y en el modelo aplicado.

d) *Respuesta a las nuevas problemáticas y necesidades:*

Los continuos cambios sociales exigen una adaptación de las estrategias e intervenciones de los servicios sociales (Subirats, 2008). El creciente envejecimiento de

la población, los cambios en la estructura y roles familiares, el aumento de la inmigración, o las nuevas formas de exclusión que puede generar el desarrollo de la sociedad de la información, son algunos de los fenómenos que configuran nuevas necesidades y que exigen respuestas concretas desde el sistema público de servicios sociales.

e) ***Mayor coordinación y descentralización:***

Los servicios sociales requieren una adecuada coordinación con las distintas áreas del bienestar para conseguir actuaciones más globales e integrales. Además, es necesario seguir con la descentralización hacia la administración local, la más próxima a la ciudadanía. La globalización, con la pérdida de peso del Estado-nación, origina a su vez la vuelta a lo local como referente de los ciudadanos para reivindicar la solución de sus problemas. Ello requiere dotar de mayores recursos a los municipios.

f) ***Apuesta por la calidad:***

Las administraciones públicas están incorporando planes de calidad en sus diferentes áreas de actuación. Dentro de los servicios sociales su desarrollo es aún incipiente. Incrementar la calidad requiere tecnificar los servicios sin dejar de lado el factor humano de los mismos, desburocratizarlos mediante la mejora y simplificación de procesos y procedimientos, aumentar la eficiencia, mejorar la evaluación de servicios y programas mediante instrumentos adecuados y sistemas de registros válidos y fiables, y elevar la satisfacción de los usuarios. Es preciso desarrollar metodologías de evaluación de la calidad de los programas, incluida la calidad percibida por los propios usuarios, elemento al que pretende contribuir esta Tesis.

La consolidación de equipos interdisciplinarios y el fomento de la motivación y satisfacción de los profesionales serán imprescindibles, si se pretende conseguir una mejora continua de los servicios (Gutiérrez Resa, 2001).

Estos retos son básicos para la consolidación definitiva de los servicios sociales, con el fin de equipararlos a otros sistemas como salud o educación. La tendencia al pluralismo de las políticas sociales, en el marco de reestructuración permanente del Estado de Bienestar, puede facilitar una mayor eficiencia y optimización de recursos, al existir una mayor relación entre administraciones públicas con el sector privado y la

iniciativa social. Sin embargo, será imprescindible mantener la responsabilidad pública de los servicios, para evitar así posibles desigualdades en el acceso y la discrecionalidad en la prestación de los mismos, garantizando unos estándares óptimos de calidad.

CAPÍTULO II

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS: PROGRAMAS Y PRESTACIONES

Los servicios sociales de base o comunitarios representan un primer nivel del sistema público. Van dirigidos a toda la población, no sólo a colectivos vulnerables, atendiendo a individuos y grupos en su contexto social más próximo. Intentan mejorar la calidad de vida y el desarrollo personal y social de los ciudadanos, facilitando que la propia comunidad participe de forma activa en ese proceso.

Este capítulo expone su evolución en las dos últimas décadas, especialmente a partir del inicio del Plan Concertado de Prestaciones Básicas, y su situación en la actualidad. Se ha estructurado en tres epígrafes generales. El primero de ellos centra el análisis en España. El segundo trata sobre la evolución seguida en la Comunidad Autónoma de Andalucía. En tercer lugar, se abordan los servicios sociales comunitarios en la provincia de Granada, exponiendo de manera más concreta los programas, -entre ellos el de 'teleasistencia domiciliaria'-, que Diputación Provincial de Granada desarrolla en los municipios menores de 20.000 habitantes en colaboración con los respectivos ayuntamientos.

II. 1. LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN ESPAÑA

La llegada de la democracia representa la base para el desarrollo de un sistema público de servicios sociales. Las medidas de protección a todos los ciudadanos son esenciales para el progreso y cohesión de una sociedad democrática, si bien las actuaciones han de priorizarse en las personas o grupos sociales más vulnerables o con carencias graves, para evitar que queden excluidos de los beneficios que disfruta el resto de la comunidad. Por tanto, el desarrollo de los servicios sociales, fundamentados en derechos sociales, tiene su origen en el modelo de Estado Social y Democrático de Derecho (Roldán, 2001).

Los tres procesos más importantes que han contribuido al desarrollo de un sistema público de protección social con carácter universalista han sido los siguientes: El amplio desarrollo normativo, la reordenación administrativa basada en un aumento de competencias de la administración local, y los planes de actuación y coordinación administrativa, en especial el Plan Concertado (Alemán, 1996). Temas que serán tratados a lo largo del capítulo.

No obstante, existen dificultades para considerar las prestaciones del sistema

público de servicios sociales como un derecho reconocido de los ciudadanos. Para algunos autores sí lo son, y deben ofertarse independientemente de su mayor o menor rentabilidad (Medina, 1999a; López Cabanas et al, 1999). Para otros, la legislación española garantiza más los derechos políticos y civiles que los sociales, siendo éstos “prestacionales”, lo que “impone limitaciones en cuanto a la posición jurídica del ciudadano para el acceso a estos derechos” (Aznar López, 1999:298). Sí es un derecho subjetivo el reconocido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La estructuración funcional de los servicios sociales comunitarios depende de criterios técnicos, administrativos y territoriales. Se inicia el análisis con la exposición de la legislación más relevante al respecto.

II.1.1. Marco legislativo y normativo

Examinar la legislación que en materia de servicios sociales se ha venido desarrollando en España en la etapa democrática permite comprender su evolución y actual configuración. Tras tratar algunas normativas a nivel internacional, se expone el desarrollo legislativo más importante que, desde la Constitución Española de 1978, afecta de manera directa a la prestación de los servicios sociales comunitarios.

Se establece una distinción entre el desarrollo normativo a nivel nacional y las leyes autonómicas, que marcarán el proceso de atribución de competencias entre las diferentes administraciones públicas. De hecho, el actual modelo de servicios sociales públicos se configura a partir de la promulgación de las distintas leyes autonómicas de servicios sociales (Setién y Arriola, 1997).

II.1.1.1. El marco internacional

En 1948 Naciones Unidas promulga la “Declaración Universal de Derechos Humanos”. En ella se reconocen una serie de derechos sociales para todos los ciudadanos. Los artículos 22 a 27 tratan de seguridad social, trabajo, descanso, nivel de vida, educación y cultura. En concreto, el número 25 plantea¹³:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.”

“2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”

La Carta Social Europea, aprobada en 1961 y ratificada por España en 1980, en su artículo 14 regula el derecho a los servicios sociales, considerándolos como prestaciones técnicas al definirlos como sigue:

“Servicios que, utilizando métodos de trabajo social, contribuyen al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad y a su adaptación al entorno social.”

Algunos autores señalan la importancia de la Carta Social Europea, al reconocer derechos relacionados con el trabajo, la formación profesional, los relativos a la protección de la familia, la seguridad y asistencia social y médica, o los derechos dirigidos a la protección de grupos vulnerables. En la revisión de 1988, en el artículo 23, se trata de forma específica los derechos de “las personas ancianas” (Díaz Barrado, 1996).

Posteriormente, el Tratado de la Unión Europea, firmado el 7 de febrero de 1992 en Maastricht, no planteó directamente las acciones a seguir en materia de servicios sociales, centrándose el ámbito de la política social principalmente en medidas relacionadas con el empleo y la formación. Como consecuencia, no ha existido un desarrollo homogéneo de los servicios sociales en los países miembros de la Unión Europea.

¹³ Citado por CASADO, D. y GUILLÉN, E. (1997): *Introducción a los servicios sociales*. Editorial Popular, Madrid. Pags 67 y 68.

El Tratado por el que se intentó establecer una Constitución para Europa, de 2004, también orientó la política social a acciones relacionadas con el empleo y la protección social a los trabajadores. En concreto, trata la política social en la sección 2ª de la Parte III, Título II, Capítulo III, a la que dedica once artículos, del 209 al 219. En el 209 expresa lo siguiente:

“La Unión y los Estados miembros (...) tendrán como objetivo el fomento del empleo, la mejora de las condiciones de vida y de trabajo para hacer posible su equiparación por la vía del progreso, una protección social adecuada, el diálogo social, el desarrollo de los recursos humanos para conseguir un nivel de empleo elevado y duradero, y la lucha contra las exclusiones.”

Por último el Tratado de Lisboa de 2007, que sustituye a la Constitución para Europa, también reduce la política social europea al ámbito del empleo como factor fundamental de cohesión social, dejando a cada país la potestad para el desarrollo de otras políticas públicas, como es el caso de los servicios sociales.

II.1.1.2. Legislación nacional

El marco general de actuación de los poderes públicos en nuestro país en la etapa democrática en materia de servicios sociales viene representado por la Constitución Española de 1978, donde quedan especificadas líneas que justifican la intervención pública en el bienestar de la ciudadanía. Aunque no menciona de forma expresa los servicios sociales, sí insta a las Administraciones a promover las condiciones necesarias para que todos/as los/as ciudadanos/as tengan garantizada una calidad de vida digna, haciendo en determinados artículos mención expresa a la atención de diversos colectivos:

“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social” (Art. 9.2).

“Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia” (Art. 39.1).

“Los poderes públicos promoverán las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural” (Art. 48).

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos” (Art. 49).

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de

las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio” (Art. 50).

Por tanto, la Constitución Española no regula de manera directa los servicios sociales, pero sí recoge su desarrollo de forma implícita y posibilita su dinamización. Los valores proclamados en la Carta Magna, el principio de igualdad, o las actuaciones en distintos sectores (familia, infancia, vejez, discapacidad) recogidos en varios artículos, han servido de base para el posterior desarrollo normativo en el área de las políticas sociales (Aleman, 1996; Aleman y Pérez, 1999).

II.1.1.3. El desarrollo en las Comunidades Autónomas

La Constitución, en su artículo 148.1.20 reconoce que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de ‘*asistencia social*’. Los distintos Estatutos de Autonomía, de forma directa o indirecta, vendrán a recoger la responsabilidad política que la Carta Magna marca en este ámbito. El artículo 149.1.17 identifica como competencia exclusiva del Estado la “*Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas*”. Ambos artículos limitan el desarrollo de una Ley Estatal en materia de servicios sociales.

Todas las Comunidades Autónomas han desarrollado, a partir de 1982, legislación en materia de servicios sociales. La mayoría de ellas más de una ley, según queda señalado en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. Leyes autonómicas en materia de servicios sociales

Andalucía	- Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.
Aragón	- Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social. - Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
Asturias	- Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales. - Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
Baleares	- Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social. - Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears.
Canarias	- Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.
Cantabria	- Ley de Cantabria 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social. - Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.
Castilla-La Mancha	- Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. - Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.
Castilla y León	- Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales. - Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.
Cataluña	- Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales. - Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña.
Extremadura	- Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales.
Galicia	- Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales. - Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia.
La Rioja	- Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja. - Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.
Madrid	- Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales. - Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
Murcia	- Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. - Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.
Navarra	- Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales. - Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.
País Vasco	- Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales. - Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales. - Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.
Comunidad Valenciana	- Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. - Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Fuente: Elaboración propia.

Las comunidades del País Vasco y Navarra fueron las pioneras en el desarrollo de la ley de servicios sociales, seguidas de Madrid, Murcia y Cataluña. El resto las elaboran en la segunda mitad de la década de los ochenta, excepto La Rioja, Cantabria y Galicia que lo hacen en 1990, 1992 y 1993 respectivamente. Años después muchas de ellas han promulgado nuevas leyes, y otras se encuentran en proceso de elaboración.

La relevancia en los criterios técnicos y profesionales en la prestación de servicios, la responsabilidad pública de los mismos, el carácter básico del nivel primario de atención, la desinstitucionalización y actuación en el propio medio social, y la municipalización, son las ideas que impregnan las diversas leyes autonómicas (Casado, 2002: 20-1).

La heterogeneidad en su desarrollo ha tenido como consecuencia una disparidad en las actuaciones y unas diferencias sustanciales entre distintas regiones del territorio español. La asunción de competencias por parte de las Autonomías sin existir previamente un desarrollo a nivel nacional del sistema público de servicios sociales, ni desde un punto de vista legislativo ni operativo, unido a la falta de financiación, ha provocado que el desarrollo del Sistema no sea el óptimo y que las diferencias entre las Comunidades sean bastante importantes. Muy al contrario de lo que ha ocurrido con los sistemas sanitario y educativo, que ya estaban consolidados a nivel del territorio nacional cuando se realizaron las transferencias a las Autonomías.

Son diversas las críticas que se han efectuado a las primeras leyes autonómicas, entre las que podemos destacar la imprecisión terminológica, la falta de mecanismos jurídicos en la exigencia de posibles responsabilidades, o la escasa concreción o ausencia de compromisos de financiación estable (Castillo y Barranco, 1994).

Las distintas leyes comienzan a configurar un Sistema con carácter universalista, alejado de la idea benéfico-asistencial, que tiende a plasmar unos objetivos que a posteriori se han demostrado muy ambiciosos por su falta de cumplimiento, sobre todo la universalidad. Esto implica en ocasiones un alto índice de cronicidad de los problemas.

La idea de globalidad también se ha conceptualizado por las distintas leyes. Este principio implica atención en todas las facetas que afectan a una problemática a resolver, lo que requiere actuaciones integrales desde distintos ámbitos y una coordinación entre diversas áreas que no siempre resulta satisfactoria.

En cualquier caso, este desarrollo legislativo y la apuesta de las diferentes administraciones permite que en el segundo lustro de la década de los ochenta del siglo pasado el sistema público de servicios sociales comience a emerger como un pilar básico de protección social en España.

II.1.2. El desarrollo de los servicios sociales comunitarios públicos en España

La Constitución creó las bases de los servicios sociales modernos. “El desarrollo posterior –legislativo, administrativo y económico- que genera ese compromiso constitucional, impuso una dinámica acelerada de transformación que ha significado la configuración de un sistema público de servicios sociales” (Alemán y Pérez, 1999:321).

En el primer capítulo se han diferenciado dos etapas en su desarrollo dentro del sistema democrático. Una primera, durante la década de los ochenta, de inicio y configuración. Y una segunda de intento de consolidación, que ha caracterizado los noventa y la primera década del siglo XXI. Con una mayor concreción, se identifican varias fases de los servicios sociales en España en las primeras dos décadas de la democracia (Gutiérrez Resa, 2001:91):

- De 1978 a 1983 se crean las primeras concejalías de servicios sociales.
- De 1983 a 1985 se producen las primeras transferencias a las Comunidades Autónomas. Se generan las primeras leyes y convenios.
- De 1985 a 1987 hay una etapa de planificación territorial y coordinación de Comunidades Autónomas con los Entes Locales. Se aprueba la Ley de Bases de Régimen Local.
- De 1987-1991 se produce una etapa de desarrollo legislativo en materia de servicios sociales. Se crea el Ministerio de Asuntos Sociales y se inicia el Plan Concertado de Prestaciones Básicas.
- La década de los noventa, por último, significaría la etapa de consolidación del Plan Concertado.

II.1.2.1. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales como marco de actuación

Las distintas leyes autonómicas fueron configurando el sistema de servicios sociales, estableciendo unos principios y actuaciones. Sin embargo, era imprescindible

generar un mecanismo capaz de facilitar su prestación a los ayuntamientos y otras administraciones locales. Para ello se crea en 1988 el 'Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales', con el objetivo de financiar una red municipal para garantizar unas prestaciones mínimas a los ciudadanos y ciudadanas.

Mediante convenio administrativo, se articula la colaboración técnica y financiera entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, para facilitar a las Corporaciones Locales la prestación de servicios sociales, según las competencias establecidas en la Ley 7/1985, de 2 abril, Reguladora de Bases de Régimen Local.

La Administración Central diseña mediante este Plan los contenidos y recursos básicos de los servicios sociales municipales. A través de la coordinación de los diferentes niveles de la Administración (central, autonómica y local) se pretende crear un sistema público fundamentado principalmente en la universalidad y la prevención (Martínez Román et al, 1996). Excepto País Vasco y Navarra, el resto de Comunidades Autónomas están acogidas al mismo (incluidas Ceuta y Melilla que se incorporan a partir de 1999), siendo las administraciones locales las que mayor cantidad aportan a la financiación.

Este convenio de colaboración entre las tres administraciones, iniciado en 1988 y prorrogado anualmente, persigue los siguientes objetivos (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991):

- Garantizar unos mínimos en servicios sociales para toda la población, con un carácter universalista (prestaciones básicas).
- Asegurar una red de equipamientos (centros de servicios sociales comunitarios, centros de acogida y albergues) para el desarrollo de las prestaciones básicas.
- Cooperar con las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales en la financiación y prestación de los servicios y programas.
- Proporcionar unos servicios sociales de calidad, adecuados a las necesidades de los ciudadanos.

Gestión, cofinanciación, información y asistencia técnica son los cuatro compromisos adquiridos por las Administraciones firmantes del Plan (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991; Gutiérrez Resa, 2001):

1. **Gestión:** Se establece que las corporaciones locales han de ser las titulares de los equipamientos necesarios para su ejecución, mientras que las Comunidades Autónomas son las encargadas de la planificación.
2. **Económicos o de financiación:** La Administración del Estado se compromete a aportar una cuantía económica de sus presupuestos generales, y las Comunidades Autónomas contribuirían con una cuantía igual o superior a la del Ministerio. La población se establece como el principal criterio en la distribución entre regiones.
3. **Información:** Implica un trasvase de información y datos desde las Corporaciones Locales, para facilitar la evaluación y planificación de la concertación. Se requiere la elaboración de una memoria de evaluación anual, en base a un sistema de registro de usuarios.
4. **Asistencia técnica:** Incluye elementos como la colaboración en la homologación de acciones, con una adaptación a cada realidad concreta, y los planes de formación para los profesionales.

Por otro lado, define de la siguiente forma los tres principales recursos del sistema de servicios sociales¹⁴:

- **Centros de servicios sociales:** “Equipamientos de carácter comunitario, dotados de equipos técnicos, incluidas las unidades de trabajo social, y de los medios necesarios que dan soporte a las prestaciones básicas”.
- **Centros de acogida:** “Establecimientos residenciales no permanentes, destinados a acoger, en medida de urgencia, a personas en situación de graves conflictos convivenciales o carentes de medio familiar adecuado, procurando el necesario tratamiento para la normalización de su convivencia”.
- **Albergues:** “Equipamientos destinados a procurar, con carácter temporal, la prestación de alojamiento a transeúntes sin medios económicos y a otras personas marginadas, atendiendo así mismo, a su inserción personal y social”.

El Plan, por tanto, ha impulsado durante estos años la actuación institucional descentralizadora a través de las administraciones locales, como entidades más próximas a los ciudadanos. Se ha pretendido asegurar una oferta de programas y

¹⁴ Estas definiciones han sido extraídas de un documento divulgativo editado por el Ministerio de Asuntos Sociales en 1991 sobre el “Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales”.

servicios homogénea para toda la población española. Sin embargo, no se ha conseguido su pleno desarrollo. Factores como la insuficiente financiación estatal, la falta de una garantía de mínimos en la forma y cobertura de las prestaciones, o la ausencia de criterios técnicos unificados, han descargado sobre las Autonomías y Corporaciones Locales la responsabilidad de desarrollo de estos servicios, lo que ha originado heterogeneidad y diferencias entre las diversas regiones del territorio nacional. Así, el proceso de configuración del sistema de servicios sociales se ha venido caracterizando por la diversidad de acciones desde las distintas administraciones públicas.

La simultaneidad de factores como el escaso presupuesto, el desarrollo de las competencias en servicios sociales por parte de las Autonomías, y la apuesta por formas plurales en la prestación de servicios, han contribuido a que el Sistema a nivel nacional no tenga un desarrollo óptimo (Aguiar y Sáez, 1999).

El Plan Concertado continúa necesitando ciertas reformulaciones que lo adapten a nuevas realidades y a los cambios producidos a nivel social. Siguiendo a Gutiérrez Resa (2001:124-9), exponemos algunas propuestas interesantes al respecto:

- a) Consolidación de equipos interdisciplinarios y actualización de mapas de necesidades.
- b) Potenciar servicios sociales especializados (residencias, viviendas tuteladas, centros de estancia diurna, etc.), con mayor conexión y proximidad al contexto, para evitar el desarraigo y lograr unos servicios sociales integrados.
- c) Desarrollar programas dirigidos al apoyo de redes sociales. Son escasos aún los servicios sociales de apoyo e intermedios para fomentar el bienestar de las familias cuidadoras.
- d) Introducir elementos de eficiencia, manteniendo la responsabilidad pública de los servicios: aportación económica de usuarios, gestión privada –con y sin ánimo de lucro- de los servicios, etc.
- e) Fomento de la motivación y satisfacción profesional, facilitando la movilidad y el desempeño de nuevas funciones de forma periódica.
- f) Dotación de mayores recursos a los municipios.
- g) Aumento de la investigación social y evaluativa.

Es necesario además incrementar las evaluaciones de programas y servicios, que permitan su mejora continua y una adecuación permanente entre necesidades y recursos.

Otro aspecto fundamental, pendiente de efectuar, es una redefinición de las prestaciones básicas que permita adaptarlas tanto a los cambios sociales producidos como a los nuevos ámbitos y formas de intervención social. En la actualidad hay prestaciones que podemos identificar con programas concretos, mientras que otras responden más bien a un objetivo general sobre el que se han desarrollado numerosos y diversos programas y actuaciones.

El anterior Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, elaboró hace unos años un borrador de un Plan de Acción de Servicios Sociales de Atención Primaria, que iría destinado a sustituir al actual Plan Concertado. Sin embargo, fue un proceso que no llegó a culminarse.

Pero el verdadero reto es concebir los servicios sociales como un derecho. A este respecto la Constitución no confiere derechos subjetivos, sino más bien “expectativas de derechos a concretar por el legislador”. De hecho, “si bien existen claros avances respecto a la consideración de los derechos sociales en la Constitución, su concreción y especificación, los modos y las formas en que se reconocen en la práctica presentan vacíos muy importantes que han dificultado el establecimiento de un sistema de servicios sociales consolidado en nuestro país” (Roldán, 2001:44-5). Tampoco las leyes de servicios sociales establecen derechos que puedan exigir los ciudadanos, al contrario de lo que sucede en campos como la asistencia sanitaria, la educación, las prestaciones por desempleo o las pensiones (Casado, 2002). Sí los establecerá la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

II.1.2.2. Las prestaciones básicas

Las prestaciones sociales básicas son un conjunto de medidas integradas en el sistema de servicios sociales, de carácter público y universal, sujetas a derecho, que pretenden garantizar unos mínimos de cobertura a la población (CAS, 1999).

En el Plan Concertado se establecen una serie de prestaciones, que quedan recogidas por una amplia mayoría de leyes autonómicas de servicios sociales, si bien con denominaciones diferentes en algún caso: Información y Orientación; Ayuda a

Domicilio y otros apoyos a la unidad convivencial; Alojamiento Alternativo; y Prevención e Inserción Social. En quinto lugar se contempló el fomento de la Solidaridad y Cooperación Social, que a pesar de no ser identificada como una prestación básica en sentido estricto, en algunas regiones se considera como tal, como es el caso de Andalucía. A continuación se presenta una descripción de cada una de ellas:

1. **Información y Orientación:** Está dirigida a proporcionar conocimiento y acceso a los recursos sociales a ciudadanos, grupos e instituciones, en el ámbito de la intervención social. Permite evaluar situaciones de necesidad social y efectuar un diagnóstico que facilite la solución de la demanda o el problema que se plantea. En numerosos casos conlleva la tramitación y canalización o derivación a otros programas o servicios, tanto propios como externos.

Esta prestación representa el primer contacto con la red de servicios sociales, siendo la puerta de entrada a todo el Sistema (Corral et al, 1988; Martínez Román et al, 1996).

2. **Ayuda a Domicilio:** Va orientada a fomentar la autonomía personal y la integración en su medio habitual de vida de personas o familias con problemas para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales. Proporciona la posibilidad de continuar en el entorno natural y social, evitando las situaciones de desarraigo que puede ocasionar la institucionalización en centros residenciales.

Trata de facilitar la vida autónoma de las personas en su propio domicilio, mediante distintos modos de ayuda: cuidados personales, apoyo psicosocial, tareas domésticas, etc.

3. **Alojamiento y Convivencia:** Contempla la incorporación de la persona a formas alternativas de convivencia familiar, bien por no existir unidad familiar o porque las condiciones de vida no sean las óptimas para el desarrollo y bienestar del individuo. Es una alternativa para aquellos que carecen de ambiente familiar adecuado. Centros de acogida, albergues, viviendas tuteladas, centros de día o acogimiento son los recursos más importantes en esta prestación básica.

4. **Prevención e Inserción Social:** Abarca actuaciones muy diversas, orientadas a intervenir sobre los factores y causas que generan problemáticas sociales. Incluye el desarrollo de habilidades psicosociales que favorezcan la inserción social en la

comunidad. Se intenta proporcionar el apoyo necesario a las personas o grupos con dificultades de integración social (Martínez Román et al, 1996). Esta prestación ha representado en estos últimos años el marco de desarrollo de numerosos programas de prevención dirigidos a infancia, adolescencia, y a personas mayores.

También hay que considerar las actuaciones de fomento de la solidaridad y cooperación social, mediante la promoción del voluntariado y grupos de autoayuda, así como la colaboración con la iniciativa social, fundamentalmente ONGs. Si bien el Plan no reconoce la cooperación social como una prestación básica, sí la considera de forma explícita como complemento de las cuatro anteriores.

II.1.2.3. Evolución reciente y situación actual del Sistema

La red pública de servicios sociales comunitarios se fue consolidando a partir del inicio del Plan Concertado. Considerados como puerta de acceso de todo el Sistema, pueden destacarse entre sus funciones el diseño, implementación y evaluación de programas cuyo objetivo es atender las necesidades sociales (ámbito técnico), la función mediadora y de promoción de la autonomía de la comunidad, así como la de canalización o derivación a servicios sociales especializados y a prestaciones de otros sistemas de protección social que forman parte de la política social: educación, salud, empleo, garantía de rentas (pensiones) y vivienda.

Con objeto de examinar la actual implantación del sistema de servicios sociales de atención primaria, se exponen en este apartado una serie de datos y estadísticas, obtenidas de dos fuentes:

1. Memoria del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) correspondiente al año 2010, última publicada. Anualmente, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realiza esta memoria con los datos enviados por catorce comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, las entidades firmantes del Convenio de Cooperación sobre el SIUSS.
2. Memoria con la información relativa a las actuaciones del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, del periodo 2009-2010. Fue elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, denominación del Ministerio hasta 2011.

Es significativa la evolución seguida desde 1988 en la creación de los recursos básicos que contempla en Plan Concertado. En su primer año se crearon 389 centros de servicios sociales comunitarios, número que se ha incrementado de forma paulatina hasta alcanzar los 1370 en el año 2010 (tabla 2.1). No ha ocurrido lo mismo con albergues y centros de acogida que, tras su aumento en la década de los noventa, han experimentado un descenso en los últimos años. No obstante, ambos han fluctuado en números bastante bajos.

Tabla 2.1. Proyectos financiados. Evolución 1988-2010

Año	Centros de SSC	Albergues	Centros de acogida	Total
1988	389	10	18	417
1989	567	15	19	601
1990	764	13	24	801
1991	744	12	21	777
1992	813	17	21	851
1993	780	16	19	815
1994	795	16	15	826
1995	926	18	20	964
1996	949	18	20	987
1997	986	17	21	1.024
1998	1.107	17	21	1.145
1999	1.118	15	21	1.154
2000	1.138	15	21	1.174
2001	1.181	15	20	1.216
2002	1.194	15	12	1.221
2003	1.167	12	10	1.189
2004	1.179	12	10	1.201
2005	1.258	13	14	1.285
2006	1.284	13	14	1.311
2007	1.294	13	14	1.321
2008	1.318	12	8	1.338
2009	1.328	11	9	1.348
2010	1.370	11	8	1.389

Fuente: Memoria Plan Concertado 2009-2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

El incremento de recursos ha estado relacionado con el aumento de la financiación durante estas dos décadas. La siguiente tabla refleja la contribución de las diferentes administraciones públicas en 2009 para el mantenimiento del sistema de atención primaria. Fueron más de 1.300 millones de euros, aportados la mitad de ellos por las

Corporaciones Locales. Un Sistema pensado en su origen para ser financiado de forma equitativa por los tres niveles de la Administración, ha pasado a estarlo principalmente por comunidades autónomas y entidades locales, contribuyendo la administración del Estado en poco más del 7% del total.

Tabla 2.2. Financiación total del Plan Concertado, 2009

Administración	Aportación	%
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	96.174.026,32	7,15
Comunidades autónomas	585.994.495,00	43,59
Corporaciones locales	661.838.740,39	49,23
Remanentes incorporados	394.261,00	0,03
Total	1.344.401.522	100,0

Fuente: Memoria Plan Concertado 2009-2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

En relación a las personas que utilizan los recursos, en el conjunto del territorio al que hace referencia la memoria de SIUSS, se realizaron en 2010 más de 2,8 millones de actuaciones correspondientes a usuarios distintos con intervenciones abiertas (tabla 2.3). El perfil de demandante es el de mujer mayor. En concreto:

- Según sexo, el 60,1% son mujeres frente al 39,9% de varones.
- Por grupos de edad, destaca la población mayor. El 11,8% de usuarios tienen entre 65 y 74 años, y un 30,3% 75 y más años. También es relevante el sector de adultos, de 31 a 64 años, que representa una tercera parte del total.
- Respecto a la actividad económica, el 44,9% de los usuarios son pensionistas. Le sigue en orden de importancia, a bastante distancia, el grupo formado por las personas que se encuentran en situación de desempleo, con un 14,8%.

**Tabla 2.3. Usuarios, expedientes y nº de intervenciones
(Intervenciones abiertas durante 2010)**

CC.AA.	Centros de Serv. Sociales	Usuarios	Expedientes familiares	Nº de Intervenciones
Andalucía	249	799.037	606.566	994.004
Aragón	42	133.984	99.894	173.511
Asturias	41	88.178	70.259	120.845
I. Baleares	14	17.648	14.230	20.468
Cantabria	36	43.705	36.869	53.947
Castilla- León	29	235.126	169.840	291.250
Com. Valenciana	199	128.692	94.132	152.720
Extremadura	42	20.524	16.144	22.847
Galicia	267	298.797	228.233	402.148
Madrid	54	218.083	159.039	289.189
Murcia	36	165.597	122.637	214.514
Navarra	44	66.255	43.389	80.527
La Rioja	4	21.952	19.088	30.020
Ceuta	1	10.353	4.416	16.126
Melilla	3	3.593	2.713	6.081
Total	1061	2.251.524	1.687.449	2.868.197

Fuente: Memoria SIUSS- 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

En la tabla 2.4 se expone la proporción que representa cada sector sobre el conjunto de los usuarios, trazando su evolución a lo largo de los últimos cuatro años de los que se dispone información, desde 2007 a 2010. Los grupos sociales son los definidos por el sistema de información, y los datos sirven para marcar una tendencia general, al no ser obligatorio su registro. En la misma línea de lo comentado en el perfil, los sectores más relevantes son ‘personas mayores’ y ‘familia’. Le siguen ‘personas con discapacidad’, ‘inmigrantes’ e ‘infancia’.

Tabla 2.4. Porcentaje de usuarios según sector de referencia 2007-2010

Sector	2007	2008	2009	2010
Familia	21,95	21,65	23,87	24,80
Infancia	6,40	6,03	5,70	5,56
Juventud	1,18	0,93	1,05	1,14
Mujer	4,07	3,67	3,50	3,43
Personas mayores	39,31	38,47	36,96	35,38
Personas con discapacidades	13,33	13,85	12,31	12,34
Reclusos y exreclusos	0,15	0,14	0,17	0,18
Minorías étnicas	1,97	1,75	1,78	1,90
Marginados sin hogar y transeúntes	0,66	0,63	0,58	0,51
Toxicómanos	0,58	0,47	0,44	0,47
Refugiados y asilados	0,02	0,02	0,02	0,02
Emigrantes	0,73	0,54	0,54	0,55
Inmigrantes	7,14	8,82	9,64	9,53
Enfermos mentales	0,34	0,34	0,33	0,35
Enfermos terminales	0,06	0,05	0,05	0,06
Otros grupos en situación de necesidad	2,12	2,66	3,07	3,80
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Memoria SIUSS- 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Otro dato de interés es el tipo de demandas e intervenciones realizadas. La tabla 2.5 indica el número de usuarios y su porcentaje según el tipo de demandas efectuadas, clasificadas en cinco grupos, relacionado cada uno de ellos con una prestación básica. La prestación de información, orientación y valoración representa prácticamente la mitad de los registros efectuados por los profesionales de los servicios sociales de atención primaria.

Tabla 2.5. Usuarios por grupo de demanda, 2010

Grupo de demandas	Nº usuarios distintos	%
1. Información, orientación, valoración y movilización de recursos	1.343.733	47,51
2. Prestaciones y actuaciones de ayuda a domicilio y apoyo a la unidad convivencial	577.133	20,41
3. Prestaciones, actuaciones y medidas de alojamiento alternativo	95.583	3,38
4. Prestaciones y actuaciones de prevención e inserción social	178.555	6,31
5. Recursos complementarios para cobertura de necesidades de subsistencia	633.069	22,39
Total	2.828.073	100,0

Fuente: Memoria SIUSS- 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Contabilizando el conjunto de personas que han sido atendidas anualmente desde el inicio de este sistema público, puede comprobarse su desarrollo y extensión. Mientras que en 1990 se atendieron un millón de usuarios, en 2009 esa cifra fue de más de 6,7 millones. Sin duda, la promulgación de la Ley 39/2006 (conocida como Ley de Dependencia) ha contribuido a una mayor consolidación de los servicios sociales comunitarios en el último lustro. De hecho, en la actualidad entre un 15 y un 20% de la población española es usuaria o demandante de los servicios sociales cada año (véase tabla 2.6).

**Tabla 2.6. Proyectos financiados (usuarios).
Evolución 1990-2009¹⁵**

Año	Usuarios
1990	1.004.176
1991	2.202.533
1992	2.038.780
1993	2.272.141
1994	2.660.435
1995	2.766.844
1996	2.763.394
1997	3.095.602
1998	3.124.468
1999	3.256.801
2000	3.328.134
2001	3.555.349
2002	3.738.608
2003	3.969.860
2004	4.285.399
2005	4.641.446
2006	4.674.430
2007	5.423.208
2008	5.802.674
2009	6.736.399

Fuente: Memoria Plan Concertado 2009-2010.
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

II.1.2.4. La atención a la dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante LAPAD), reconoce

¹⁵ A partir de 1991 se excluyen los datos de Navarra. Desde 1999 se incluyen los datos correspondientes a Ceuta y Melilla.

un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía. Su implantación afecta de forma directa en los niveles legislativo, financiero y organizativo a los sistemas de servicios sociales de las distintas Autonomías. Para su desarrollo se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En el ámbito de la protección social, el concepto de dependencia se refiere a la necesidad de atención y cuidados que precisan aquellas personas que no pueden hacer por sí mismas determinadas tareas cotidianas. El Consejo de Europa, en 1998, la definió como la limitación en la capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Al analizar la autonomía personal, aproximadamente entre un 4 y un 6% de los mayores presentan importantes dificultades para realizar las actividades de la vida diaria básicas (aseo personal- bañarse- ducharse, vestirse, arreglo personal, alimentación, usar el servicio, etc.), y un 26% para efectuar las AVD instrumentales, como cuidado de la casa, compras, uso del teléfono, etc. (Fernández Ballesteros, 2000; Junta de Andalucía, 1992).

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008, un 2,5% de la población española de 6 a 44 años, y un 8,7% de 45 a 64 años, tienen algún tipo de discapacidad. Entre los mayores la tasa es más elevada: prácticamente uno de cada cuatro en el grupo de 65 a 79, y algo más de la mitad en el grupo de 80 y más años. Los principales problemas de dependencia, en términos cuantitativos, se encuentran entre la población mayor (tabla 2.7).

Tabla 2.7. Personas de 6 y más años con alguna discapacidad por grupos de edad y sexo (tasas por 1000 habitantes)

Grupo de edad	Varones	Mujeres	Total
De 6 a 44 años	28,05	22,58	25,39
De 45 a 64	76,15	97,99	87,24
De 65 a 79	187,72	253,82	223,97
De 80 y más años	418,64	568,93	514,56
Población total	72,58	106,35	89,70

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008). Instituto Nacional de Estadística.

La LAPAD, en su artículo 26, establece tres grados de dependencia: Moderada (grado I), severa (grado II) y gran dependencia (grado III), divididos en dos niveles cada uno de ellos. Fija también, en su artículo 15, el siguiente catálogo de servicios:

- a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de teleasistencia.
- c) Ayuda a domicilio.
- d) Centro de día y de noche.
- e) Servicio de atención residencial.

Regula además una serie de prestaciones económicas, con un carácter excepcional: (1) Prestación económica vinculada al servicio; (2) para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales; y (3) de asistencia personal.

Algunos datos relevantes sobre su desarrollo están contenidos en el “*Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*”, elaborado en noviembre de 2011. En España, el gasto en dependencia en relación al PIB se sitúa en el 0,64 % en 2010, frente al 0,44 de 2009, o al 0,32 si nos remontamos a 2003, antes de la elaboración de la Ley. En 2010, el promedio del conjunto de prestaciones se situó en 680.969, siendo el gasto corriente total de la atención a la dependencia de 6.767.171.013 €. El indicador gasto/habitante ese año fue de 113 euros¹⁶.

La tabla 2.8 muestra las prestaciones de la Ley según grados y niveles de dependencia, comprobando la importancia que en la actualidad tienen, en el conjunto del país, las prestaciones económicas para cuidados familiares.

Tabla 2.8. Prestaciones por tipo, según grados y niveles (31-12-2010)

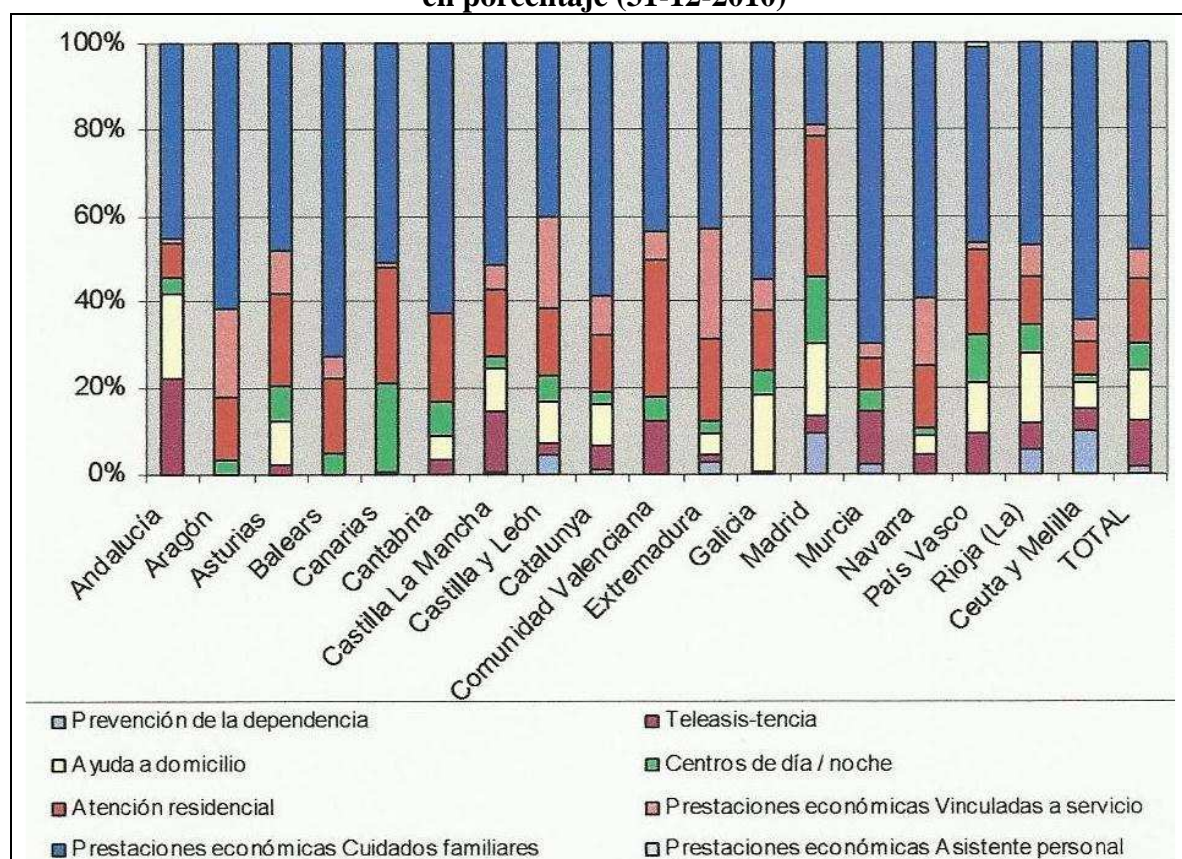
Dictamen	Prevención de la dependencia	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centros de día/noche	Atención residencial	Prestaciones económicas	
						Vinculadas al servicio	Cuidados familiares
Grado III Nivel 2	1,65	7,24	8,28	5,55	23,48	8,54	45,12
Grado III Nivel 1	1,42	9,86	10,36	5,74	15,73	7,82	48,89
Grado II Nivel 2	1,53	12,15	12,97	6,34	10,76	5,51	50,74
Grado II Nivel 1	1,21	15,10	17,14	5,46	8,83	4,14	48,11

Fuente: Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

¹⁶ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad –MSPSI (2011): *Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. MSPSI, Madrid. [Consultado en www.mspsi.es].

En cualquier caso, existen diferencias entre las Comunidades Autónomas en la aplicación de los servicios, optando algunas de ellas más por la ayuda en el domicilio, otras por la potenciación de la atención residencial, mientras que un tercer grupo ha apostado en mayor medida por prestaciones económicas a cuidadoras/es familiares (véase gráfico 2.1). El apoyo a los cuidados en el entorno familiar, a pesar del carácter excepcional que le otorga la Ley, ha sido una de las prestaciones más concedidas. Lograr una mayor homogeneidad en la prestación de servicios en todas las regiones del país debe constituir un objetivo para los próximos años.

Gráfico 2.1. Prestaciones de beneficiarios según Comunidades Autónomas, en porcentaje (31-12-2010)



Fuente: Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Por último, la distribución por sexo y edad de los beneficiarios de dependencia es la siguiente: Respecto al sexo, de cada tres personas beneficiarias dos son mujeres. En cuanto a la edad, cuatro de cada diez tienen 65 o más años. Por tramos quinquenales,

ocupa el primer lugar el grupo de 80 a 84 años (17,3%), seguido de 90 a 94 años (13,5%), y 75 a 79 (11,2%)¹⁷.

II.1.3. La percepción social de los servicios sociales

Las políticas públicas deben ser aceptadas por la población a la que van dirigidas, es decir, tener legitimación social. Para comprobar si es así hay que evaluar las opiniones de la ciudadanía. En la última década, algunas de las investigaciones del centro de investigaciones sociológicas (CIS) han abordado esta temática.

Los ciudadanos demandan y valoran de forma positiva la intervención estatal en el desarrollo de políticas públicas, y de forma particular las sociales. Una mayoría (74,2%) manifiesta que “el Estado debe ser el responsable del bienestar de todos”¹⁸. Y también defienden que los servicios sociales deben ser públicos, bien financiándose con impuestos (70%), o con impuestos y en parte con las tasas que paguen los usuarios (15%)¹⁹.

Sin embargo, la satisfacción con los servicios públicos difiere según el ámbito de actuación de esas políticas (véase tabla 2.9). En el caso de los servicios sociales, tienen un grado de satisfacción aceptable, próximo a la percepción sobre educación o sanidad. En concreto, el 46% se muestra ‘bastante’ o ‘muy satisfecho’, frente a un 30% que lo está ‘poco’ o ‘nada’. No obstante, es una de las áreas menos conocidas, no mostrando su opinión un 23% de personas entrevistadas.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ CIS, estudio nº 2745 (Actitudes hacia el Estado de Bienestar, 2008).

¹⁹ CIS, estudio nº 2.594 (Barómetro de febrero, 2005).

Tabla 2.9. Grado de satisfacción con el funcionamiento de los servicios públicos

	Muy satisfecho/a	Bastante satisfecho/a	Poco satisfecho/a	Nada satisfecho/a	N.S.	N.C.
La enseñanza pública	6,0	47,6	25,8	5,9	13,9	0,7
La asistencia en hospitales públicos	10,0	51,7	29,2	6,7	2,2	0,2
La asistencia en centros de salud públicos	9,6	55,5	27,2	5,5	2,0	0,2
Los servicios sociales (atención a pers. mayores, inmigrantes, personas sin hogar,...)	5,6	40,7	24,1	6,4	22,6	0,6
La gestión de las ayudas de protección por desempleo	2,7	30,1	32,3	10,1	24,4	0,4
Los transportes públicos	6,5	54,7	23,1	5,5	9,8	0,3
Las obras públicas e infraestructuras	4,4	44,2	33,1	9,8	7,6	0,8
La Administración de Justicia	1,4	17,9	39,9	21,6	18,9	0,4
La gestión de las pensiones	1,9	34,4	32,1	10,5	20,5	0,5
Los servicios relacionados con la seguridad ciudadana	3,9	52,1	30,2	7,4	5,9	0,4

Fuente: CIS, estudio nº 2.840 (Calidad de los servicios públicos, 2010)

En este mismo estudio se preguntó a la población si estarían a favor o en contra de que se recortase presupuesto en una serie de áreas de las políticas públicas, suponiendo que las Administraciones se vieran obligadas a gastar menos en servicios y prestaciones. Ante esa situación, un 82,9% se muestran en contra de que se gaste menos en servicios sociales. Aunque este porcentaje se sitúa por detrás de sanidad (93,8%), pensiones (92,3), enseñanza (91,1), o protección por desempleo (85,7), es superior al de ámbitos como vivienda, medio ambiente, justicia, cultura, política de ciencia y tecnología, u obras públicas e infraestructuras.

Respecto a la satisfacción con el funcionamiento de los servicios sociales dirigidos a diversos colectivos, la valoración más alta corresponde a los servicios dirigidos a las personas mayores, seguidos de los inmigrantes. Por el contrario, el funcionamiento de las actuaciones dirigidas a personas sin hogar son las que menor satisfacción generan en la población (tabla 2.10).

Tabla 2.10. Grado de satisfacción con el funcionamiento de servicios sociales dirigidos a determinados colectivos

	Personas mayores	Personas con discapacidad	Drogodependientes	Jóvenes	Inmigrantes	Personas sin hogar
Muy satisfactoria	5,0	3,5	2,3	1,7	8,0	1,4
Bastante satisfactoria	41,0	30,7	24,2	25,5	36,3	18,6
Poco satisfactoria	32,4	34,5	22,9	35,9	21,3	30,8
Nada satisfactoria	6,4	8,7	6,1	9,9	5,6	12,5
No lo usa, no tiene acceso a este servicio	4,2	6,5	11,1	7,0	8,6	9,3
No conoce este servicio	2,3	3,6	7,5	4,7	4,4	5,9
N.S.	8,4	12,3	25,2	14,9	15,3	21,1
N.C.	0,2	0,2	0,5	0,5	0,4	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: CIS, estudio nº 2.813 (Calidad de los servicios públicos, 2009)

Por tanto, la percepción social de los servicios sociales defiende su carácter público, tiene una satisfacción aceptable de su funcionamiento, y responsabiliza al Estado del logro de bienestar de la población. Pero a su vez también una parte importante exige un mejor funcionamiento de estos servicios, al igual que a otras áreas de las políticas públicas. Mejorar esa valoración exige un esfuerzo de las diferentes administraciones públicas, más aún en el actual contexto de grave crisis económica y financiera.

II. 2. EL DESARROLLO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

En materia de servicios sociales, las competencias corresponderán prácticamente desde el inicio a las Comunidades Autónomas. Por este motivo, estas administraciones han desempeñado un papel básico en el desarrollo y consolidación del Sistema.

Este apartado expone las principales características del mismo en Andalucía, haciendo referencia al marco legislativo, las prestaciones y determinados datos sobre su situación actual.

II.2.1. Marco legislativo

Los servicios sociales son competencia de la Comunidad Autónoma. Así lo recogió en 1981 el primer Estatuto de Autonomía para Andalucía (Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre):

“La Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencias sobre las siguientes materias:
(...) 22. Asistencia y servicios sociales (...). 23. Instituciones Públicas de protección y tutela de menores respetando la legislación civil, penal y penitenciaria. (...) 30. Promoción de actividades y servicios para la juventud y la tercera edad. Desarrollo comunitario (...)”. (Art. 13).

El vigente Estatuto (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía), fija los servicios sociales como competencia exclusiva y garantiza el acceso a sus programas en condiciones de igualdad:

“Se garantiza el derecho de todos a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones de un sistema público de servicios sociales” (Art. 23.1).

“1. Corresponde a la comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de servicios sociales (...) 2. (...) en materia de voluntariado (...) 3. (...) a) en materia de protección de menores (...) 4. (...) en materia de promoción de las familias y de la infancia” (Art. 61).

La Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, configura el Sistema en nuestra Comunidad. Establece en el Capítulo I del Título II el derecho de todos los ciudadanos andaluces a los servicios sociales bajo una concepción universalista, definiendo el contenido de los mismos como los recursos, actividades y prestaciones organizadas para la obtención de una mayor calidad de vida y bienestar social, así como para la prevención y eliminación de situaciones de marginación social. En su Título III, recoge los principios de planificación, coordinación y descentralización, y reconoce las competencias de las distintas administraciones públicas en esta materia, correspondiendo a la administración autonómica las funciones

de planificación y control, y atribuyendo la gestión de los servicios sociales a la administración local, más próxima al ciudadano. La Ley de Servicios Sociales de Andalucía indica de forma explícita lo siguiente:

“Titulares de derecho: 1. Tendrán derecho a los Servicios Sociales todos los residentes en Andalucía y los transeúntes no extranjeros. 2. Los extranjeros, refugiados y apátridas residentes en el territorio de la Comunidad Autónoma podrán igualmente beneficiarse de este derecho, siempre de conformidad con lo dispuesto en las normas, tratados y convenios internacionales en esta materia, sin perjuicio de los que se establezca reglamentariamente para quienes se encuentren en reconocido estado de necesidad” (Art. 3).

“Contenido de los Servicios Sociales: Los Servicios Sociales comprenden aquellos recursos, actividades y prestaciones organizadas para la promoción del desarrollo de los individuos y grupos sociales, para la obtención de mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, así como para la prevención y eliminación de la marginación social. A estos efectos, los Servicios Sociales estarán coordinados con aquellos otros medios públicos o de iniciativa social que, en el área de Bienestar Social, tengan como finalidad favorecer el libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad” (Art. 4).

“Estructura de los Servicios Sociales: Los Servicios Sociales se estructuran de acuerdo con las siguientes modalidades: a) Servicios Sociales Comunitarios, b) Servicios Sociales Especializados” (Art. 5).

“Las Diputaciones Provinciales ejercerán en materia de servicios sociales: 1. Las competencias que les estén atribuidas legalmente con el carácter de propias. 2. Con el carácter de competencias delegadas por la Junta de Andalucía: (...) b) La coordinación y gestión de los Centros de servicios sociales comunitarios, así como de los Centros de servicios sociales especializados de ámbito local, en los municipios de hasta 20.000 habitantes. c) La ejecución y gestión de los programas de Servicios sociales y prestaciones económicas que pudiera encomendarles el Consejo de Gobierno” (Art. 18).

Posteriormente, el Decreto 11/1992 de la Consejería de Asuntos Sociales, de 28 de Enero, establece la naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios. Éstos constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales, como primer nivel de actuación. Las prestaciones que propone son las siguientes: Información, valoración, orientación y asesoramiento; ayuda a domicilio; convivencia y reinserción social; cooperación social; y otros que la dinámica social exija.

De forma más concreta, la Orden de 22 de Octubre de 1996 de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía regula el Servicio de Ayuda a Domicilio como prestación básica de los servicios sociales comunitarios. Su finalidad es la de prevenir, mantener o restablecer la autonomía personal del individuo o familia con el fin de facilitar la permanencia en su medio habitual de vida, evitando situaciones de desarraigo y desintegración social motivados por la institucionalización en centros residenciales.

En cuanto a la legislación dirigida a colectivos específicos, en la Comunidad Autónoma se han elaborado varias leyes, y se está trabajando en la actualidad en la de inclusión social, existiendo un primer borrador de anteproyecto de ley desde 2003. Son

las siguientes:

- Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas.
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.
- Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.
- Ley Andaluza del Voluntariado (Ley 7/2001 de 12 de julio).
- Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

II.2.2. Prestaciones del Sistema

La mayor parte de las Comunidades Autónomas, entre ellas Andalucía, asumen la acción social como competencia exclusiva en sus estatutos. El modelo de servicios sociales comunitarios promulgado por la Ley de Servicios Sociales de Andalucía los considera la estructura básica del Sistema público, identificando sus características:

- a) *Universales*: Van dirigidos a toda la población.
- b) *Generales*: Tienen un carácter primario, siendo la vía de acceso a otros servicios y sistemas de protección.
- c) *Preventivos*: Orientados a actuar sobre el origen y las causas de las problemáticas.
- d) *Polivalentes*: Las prestaciones se dirigen tanto a personas individuales, como a colectivos, grupos, y a toda la comunidad.
- e) *Territoriales*: Proximidad al medio.
- f) *Participativos*: Impulsan el protagonismo de la comunidad.
- g) *Integradores*: Intentan actuaciones globalizadoras, sirviendo de eje coordinador de las políticas sociales.

Estas características están en estrecha relación con los principios generales del Sistema que establece la Ley: responsabilidad pública, solidaridad, igualdad y universalidad, participación, prevención, globalidad, normalización e integración, planificación y coordinación, y descentralización.

Los principios anteriores intentan superar la beneficencia y el asistencialismo que tradicionalmente ha caracterizado a estos servicios, adaptando “la acción social a los valores democráticos sobre los derechos sociales y responsabilidad pública del nuevo Estado Social y Democrático de Derecho, inspirado en la Constitución Española de 1978” (CAS, 2000:18).

La Comunidad Autónoma de Andalucía firma el convenio del Plan Concertado el 5 de Mayo de 1.988 (BOE 18/6/88), prorrogado anualmente hasta la actualidad. A través de este acuerdo de colaboración, se cofinancian los tres tipos de equipamientos: centros de servicios sociales, centros de acogida y albergues.

El decreto 11/1992 de la Junta de Andalucía va a establecer las siguientes prestaciones básicas. Son a su vez las que señala el Plan de Servicios Sociales de Andalucía 1993-96, documento que constituye la principal referencia sobre la estructura y ordenación de programas y actuaciones:

1. ***Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento***, prestado a través de los centros de servicios sociales comunitarios, y que abarca actuaciones como:
 - Facilitar información y asesoramiento técnico y profesional a ciudadanos, grupos e instituciones sobre derechos y recursos sociales.
 - Estudio y gestión de las demandas planteadas, no necesariamente de forma directa, por los usuarios o ciudadanos.
 - Canalizar y derivar las demandas a un recurso o programa concreto con el objeto de dar respuesta a las mismas.
 - Analizar la realidad social para adecuar actividades y recursos a las necesidades y problemáticas existentes en la comunidad.
2. ***Servicio de Ayuda a Domicilio***, dirigido a personas con problemas de autonomía personal. Incluye actuaciones en los niveles preventivo, educativo y asistencial. Contempla tareas de carácter doméstico –limpieza de vivienda, cuidado de la ropa, realización de compras, o cuidado de la ropa en el domicilio-; de carácter personal –aseo, higiene personal, compañía-; y de apoyo psicosocial, fomentando el desarrollo de habilidades y competencias.
3. ***Servicio de Convivencia y Reinserción Social***: Su objetivo es la participación e integración de las personas en la comunidad y la vida social. Las principales

actividades que conlleva son:

- Detectar situaciones de marginación o problemáticas sociales, con el objeto de ejecutar tanto actuaciones preventivas como de reinserción social.
- Apoyo de personas y familias que presenten desajustes personales, familiares o sociales.
- Colaboración con otras entidades para el fomento de la inserción en el ámbito laboral de las personas en exclusión social.
- Búsqueda y derivación de personas a centros residenciales o de acogida cuando carecen de una adecuada y normalizada convivencia familiar. El trabajo directo con la comunidad facilita la detección de casos.

4. **Servicio de Cooperación Social:** Una de las líneas de actuación más importantes es la dinamización de la comunidad mediante el impulso del asociacionismo, la participación, el voluntariado y los grupos de autoayuda. El Plan de servicios sociales de Andalucía señala que este servicio deberá prestarse mediante el apoyo a las ONGs, fundaciones y voluntariado social (CAS, 1994).

5. **Prestaciones Complementarias,** que incluyen las ayudas económicas familiares, las ayudas de emergencia social, y otras que se consideren oportunas en función de la dinámica social.

Se comprueba la existencia de algunas diferencias con las prestaciones que identifica el Plan Concertado (véase cuadro 2.2). En concreto, el Decreto de la Junta de Andalucía unifica dos de las prestaciones del Plan –prevención e inserción social, y alojamiento y convivencia-, y crea además la de cooperación social y las prestaciones consideradas como complementarias. La iniciativa social adquiere protagonismo, por tanto, mediante el apoyo a entidades privadas sin ánimo de lucro y el fomento del voluntariado.

Cuadro 2.2. Prestaciones básicas

Plan Concertado	Decreto 11/92 (Junta de Andalucía)
1. Información y Orientación 2. Ayuda a Domicilio 3. Prevención e Inserción Social 4. Alojamiento y Convivencia	1. Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento 2. Ayuda a Domicilio 3. Convivencia y Reinserción Social 4. Cooperación Social 5. Prestaciones Complementarias

Las prestaciones tienen cuatro finalidades (De la Fuente, 2002:220-4):

1. *Promoción*: Mediante la información y asesoramiento a los ciudadanos de sus derechos, el fomento de la participación, el asociacionismo y el voluntariado, o la potenciación de la solidaridad.
2. *Prevención*: A través del desarrollo de actuaciones hacia la eliminación de las causas de la marginación, como la define la propia Ley de Servicios Sociales en su artículo 2.
3. *Asistencia*: Referida principalmente a actuaciones técnicas de ayuda o apoyo, aunque también debemos ubicar aquí las económicas.
4. *Rehabilitación*: Orientada a la recuperación de funciones y el desarrollo de destrezas que faciliten una mayor autonomía personal.

Con posterioridad se han desarrollado nuevos planes que, de forma directa o indirecta, marcan acciones en el ámbito de los servicios sociales de atención primaria. De los desarrollados en la última década, y con vigencia en la actualidad, destacan el Plan Andaluz para la Inclusión Social 2003-2006, que introduce un carácter más integral de las actuaciones a través de la coordinación entre los distintos ejes de la política social; el Plan Integral de atención a la infancia de Andalucía 2003-2007; el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009; o el II plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía 2011-2013.

II.2.3. Situación actual de los servicios sociales comunitarios

Con más de dos décadas de trayectoria, los servicios sociales comunitarios en Andalucía han incrementado sus actuaciones en los últimos años, sobre todo a partir de 2007 con la implantación de la Ley 39/2006. Esto ha posibilitado que en 2010 prácticamente 28.000 profesionales formen parte del Sistema, cifra que incluye además del personal técnico de las distintas administraciones, los auxiliares de ayuda en el domicilio (tabla 2.11).

Tabla 2.11. Centros de servicios sociales comunitarios y personal adscrito a los mismos por provincia. Años 2009-2010

Provincia	Zonas de trabajo social (Centros)		Personal adscrito	
	2009	2010	2009	2010
Almería	22	22	2.088	2.125
Cádiz	24	33	2.852	3.015
Córdoba	27	27	2.642	3.787
Granada	28	28	3.144	4.439
Huelva	13	19	1.485	2.982
Jaén	23	24	1.736	2.414
Málaga	32	34	3.689	3.748
Sevilla	46	56	4.078	5.376
Total	215	243	21.714	27.886

Fuente: Anuario estadístico de Andalucía 2012. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Junta de Andalucía.

Respecto a los usuarios, más de 1.200.000 personas han sido atendidas en 2010 en todo el territorio andaluz, más de la mitad de ellos en los servicios de información y orientación, según datos oficiales recabados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía en el anuario de 2012 (véase tabla 2.12). En general existen cifras dispares entre provincias, en gran medida como consecuencia de la falta de homogeneidad en los registros de los sistemas de información. En cualquier caso, sí permiten una aproximación general sobre la cobertura de la población residente en la Comunidad Autónoma.

Tabla 2.12. Usuarios de servicios sociales comunitarios según prestación, por provincia. Año 2010

Provincia	Información y orientación	Ayuda a domicilio	Alojamiento y convivencia	Otras actuac. de prevención e inserción	Prestaciones económicas
Almería	60.933	7.473	9.024	10.480	11.438
Cádiz	109.674	6.124	36.274	24.914	39.873
Córdoba	69.275	16.770	6.591	16.606	27.333
Granada	82.757	13.517	8.213	16.298	25.601
Huelva	35.466	5.535	2.217	2.087	11.185
Jaén	73.750	14.295	8.852	17.329	36.813
Málaga	82.435	16.999	6.266	17.419	24.125
Sevilla	121.376	15.331	31.523	55.485	57.568
Andalucía	635.666	96.044	108.960	160.618	233.936

Fuente: Anuario estadístico de Andalucía 2012. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Junta de Andalucía.

El perfil de usuario de servicios sociales en Andalucía es muy similar al expuesto en apartados anteriores para el conjunto del país²⁰:

- Un 60,4% son mujeres, y un 39,6% hombres.
- La población mayor de 65 años representa más de un 40% de los usuarios del Sistema en Andalucía. En concreto, el 14,6% tienen una edad comprendida entre 65 y 74 años, y un 27,9% más de 74. El grupo de 31 a 64 años supone también en este caso un tercio del total.
- En relación a la actividad económica, el 42,9% de los usuarios son pensionistas, mientras que el segundo grupo en importancia son los parados (16,6%).

Pero esta evolución no oculta los problemas o dificultades más importantes, entre otros, y la complejidad que continúa presentando el Sistema en nuestra Comunidad: la dispersión de la población; la escasez de recursos económicos, personales y técnicos en relación a las necesidades y demandas sociales; el desconocimiento de los servicios de parte de la población; y la falta de actuaciones e intervenciones de prevención (Alemán y Pérez, 1999:348-9).

A los anteriores habría que añadir otros factores como las causas estructurales en fenómenos sociales como la pobreza y la exclusión social, que hacen que los resultados de las actuaciones no se observen a corto plazo; y la realización de transferencias a la Comunidad sin la previa consolidación del Sistema a nivel nacional, lo que origina asumir escasos programas y recursos para atender un gran número de necesidades y problemáticas sociales. Es una situación muy diferente de la que caracterizó las transferencias en otras áreas del bienestar, como salud o educación.

En cualquier caso, la valoración que la población andaluza realiza sobre el sistema de servicios sociales es positiva. Según la Encuesta sobre calidad de vida en Andalucía realizada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA) en 1998, la valoración media de los servicios sociales en una escala de 1 a 10 era de 6,1, reconociendo además más de la mitad de la población que se había producido una mejora de los mismos en los diez años de andadura. Además, el 55% de los entrevistados manifestaron que el gasto público destinado a servicios sociales debería seguir aumentando en el futuro (Moyano y Pérez Yruela, 1999).

²⁰ Datos de la memoria SIUSS del año 2010.

En el barómetro de opinión pública de Andalucía realizado también por IESA en 2011, se ha preguntado acerca de la evolución seguida en los últimos tres años por una serie de políticas públicas. La mejor percepción de todas ellas corresponde a la ‘atención a las personas mayores’, señalando el 52,5% de los andaluces que ha mejorado, frente al 15,1% que indica un empeoramiento²¹. Este ámbito de las políticas sociales analizado tiene, por tanto, una valoración en general positiva entre los andaluces, lo que contribuye a su fortalecimiento.

La consolidación definitiva de los servicios sociales públicos debe pasar por la culminación del proceso de municipalización mediante normas que garanticen la estabilidad y agilidad de la financiación, la mejora de la coordinación a nivel interno y con otros sistemas de protección, y el desarrollo de un acuerdo amplio entre las administraciones, los agentes sociales y la iniciativa social (CAS, 2000). Ello no ha de significar necesariamente la privatización, sino una actuación coordinada entre el sector público y las organizaciones sin ánimo de lucro. Un papel básico puede desempeñarlo la economía social. La promoción de la iniciativa social se enmarca dentro del creciente ‘pluralismo’ del hasta ahora denominado Estado de Bienestar.

La mejora de la calidad es un pilar básico en el aumento de la legitimidad del Sistema público y su consolidación. Para ello resulta imprescindible la mejora técnica de las intervenciones, mediante su regulación y homogeneización, y la disminución de la excesiva burocracia existente simplificando los procesos administrativos. Es básico generar “instrumentos de planificación y coordinación que faciliten la eficacia y homogeneidad técnico-profesional de las actividades y procesos de intervención” (Aguiar y Sáez, 1999:354). Será necesario implantar un sistema de evaluación metódico y riguroso, mediante indicadores fiables que a nivel cuantitativo y cualitativo permitan examinar y mejorar nuestro sistema público de servicios sociales.

²¹ Instituto de Estudios Sociales Avanzados- IESA (2011): *Barómetro de opinión pública de Andalucía 2011. Informe síntesis*.

II.3. SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS. EL CASO PARTICULAR DE LA PROVINCIA DE GRANADA

Con anterioridad al desarrollo de competencias por parte de la Comunidad Autónoma, numerosos ayuntamientos democráticos comenzaron a prestar servicios sociales fundamentados en el principio de universalidad. Estas iniciativas, caracterizadas por la heterogeneidad y la falta de referentes técnicos en las intervenciones, fomentaron la atención personal en el propio medio social, y constituyeron una primera fase de desarrollo incipiente de los servicios sociales. En este sentido, hay que subrayar la importancia del trabajo realizado desde la administración local en el desarrollo de los servicios sociales de atención primaria en los últimos treinta años.

En esta tercera parte del capítulo se describen las principales líneas de actuación de los servicios sociales en los municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia de Granada, donde la Diputación Provincial tiene delegadas las competencias en esta materia. En uno de los ámbitos de intervención analizados, el de atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal, se sitúa el programa de teleasistencia domiciliaria.

Al hablar de provincia, por tanto, se está haciendo referencia en este trabajo exclusivamente a esos 168 municipios y entidades locales autónomas con una población inferior a 20.000 personas.

II.3.1. El papel de la administración local en la provisión de servicios sociales

Uno de los principios del sistema público de servicios sociales es la descentralización, que da protagonismo a las comunidades autónomas y ayuntamientos. La legislación le atribuye a los entes locales competencias en materia de servicios sociales. En el caso de los municipios pequeños, con una población inferior a 20.000 habitantes, las Diputaciones tienen un papel básico de apoyo técnico y financiero.

La administración local, fundamentalmente ayuntamientos y diputaciones provinciales, es esencial en la prestación de servicios de proximidad a los ciudadanos al ser la más cercana a éstos. Pero el importante papel atribuido a la misma en la prestación de servicios sociales comunitarios no se ha traducido en la financiación necesaria para su desarrollo óptimo. Al respecto, resulta imprescindible que a la

descentralización competencial vaya unida una descentralización económica (De la Fuente, 2002).

La Ley Reguladora de Bases de Régimen Local (Ley 7/1985, de 2 de abril), establece las competencias que deberán ejercer los municipios en materia de *“Prestación de Servicios Sociales y de promoción y reinserción social”* (art. 25.2.k). El artículo 36 regula que *“son competencias propias de la Diputación la prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal, y en su caso supracomarcal”*. El artículo 37 plantea que *“Las Comunidades Autónomas podrán delegar competencias en las Diputaciones, así como encomendar a éstas la gestión ordinaria de servicios propios en los términos previstos en los Estatutos correspondientes”*.

En el territorio andaluz, la Ley 11/1987 de 26 de diciembre establece las relaciones entre la Comunidad Autónoma de Andalucía y las Diputaciones Provinciales de su territorio. En su artículo 42 fija la delegación de competencias a las Corporaciones Provinciales, en concreto la coordinación y gestión de los centros de servicios sociales comunitarios en los municipios menores de 20.000 habitantes

En este sentido, la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, en el artículo 18, delega en las Diputaciones Provinciales las competencias sobre *“coordinación y gestión de los Centros de servicios sociales comunitarios, así como de los Centros de servicios sociales especializados de ámbito local, en los municipios de hasta 20.000 habitantes”*.

Por tanto, es la administración local –Ayuntamientos y Diputaciones- la que debe prestar los servicios sociales de atención primaria a la ciudadanía.

II.3.2. Desarrollo y estructura en la provincia de Granada

A lo largo de la década de los ochenta diversos ayuntamientos y mancomunidades de la provincia de Granada comienzan a prestar servicios sociales, si bien de forma heterogénea y poco articulada. Posteriormente el Plan Provincial de Servicios Sociales Comunitarios 1991-1995 supondrá el punto de partida de la actual estructura, con actuaciones homogéneas en toda la provincia, si bien con la adaptación a las peculiaridades y características de cada zona o comarca. Se crean inicialmente once centros. A partir de 1990 comienzan a aprobarse e implementarse los distintos programas.

El marco de actuación viene definido por las prestaciones básicas establecidas en el Plan Concertado de 1988 y el decreto 11/1992 de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Estas son Información y Orientación, Ayuda a Domicilio, Convivencia y Reinserción Social, Cooperación Social y Prestaciones Complementarias. Son definidos con un carácter universal, dirigidos a toda la población.

Actualmente los servicios sociales comunitarios están estructurados en trece centros distribuidos por toda la provincia y un equipo provincial de coordinación, atendiendo a los ciudadanos de todos los municipios menores de 20.000 habitantes mediante una red de profesionales de diversas disciplinas.

Los centros tienen un ámbito de actuación basado en criterios funcionales, de población y espacio o territorio. Desde ellos se desarrollan e implementan los diferentes programas y actuaciones. Los recursos técnicos y económicos de los que disponen están en relación con las necesidades, problemáticas y características de la población que atienden. Desde su estructura, y en el marco de las prestaciones básicas de servicios sociales, se promueven y realizan las acciones con un carácter interdisciplinar.

II.3.3. Áreas de intervención, programas y servicios

Se exponen en este epígrafe los programas de servicios sociales comunitarios correspondientes a 2010. Todos ellos se prestan durante ese año bajo el Convenio marco Granada en red 2008-2011, instrumento normativo para los procesos bianuales de concertación con los municipios 2008-2009 y 2010-2011. Mediante el proceso de concertación se fijan las actuaciones a realizar en los municipios, en los distintos ejes de las políticas públicas.

El cuadro 2.3 identifica los programas de servicios sociales comunitarios concertados en 2010 con los municipios y otras entidades locales de la provincia de Granada, menores todas ellas de 20.000 habitantes. Se encuentran clasificados en dos grupos: Los básicos, que han de prestarse en todos los municipios al ser obligatorio su desarrollo; y los considerados como no básicos, que se efectúan a demanda de los municipios. Teleasistencia domiciliaria se halla integrado en el primer grupo.

Cuadro 2.3. Programas de servicios sociales comunitarios en Diputación Provincial de Granada (2010-11)

<p>Programas básicos de servicios sociales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SIVA (Servicio de información, valoración, orientación, asesoramiento, tramitación, canalización y derivación). 2. Programas de atención a personas mayores y personas con dependencia: <ul style="list-style-type: none"> - Ayuda a domicilio. - Teleasistencia domiciliaria. - Apoyo a familias cuidadoras de personas mayores dependientes. - Acogimiento de mayores en familia. - Solidaridad con los mayores en Navidad. 3. Programas de intervención con familias, infancia e inclusión social. <ul style="list-style-type: none"> - Intervención familiar (Intervención primaria con menores y familias). <ul style="list-style-type: none"> - Intervención sin ayudas económicas. - Intervención con ayudas económicas: Programa de ayudas económicas familiares. - Equipos de tratamiento familiar (Intervención secundaria y terciaria). - Promoción de los derechos de la infancia. - Prevención del absentismo escolar. - Programa de detección, evaluación, intervención y toma de decisiones ante los malos tratos infantiles. - Ayudas de emergencia social. - Solidaridad de los andaluces para la erradicación de la marginación y la desigualdad social (Salario social). - Atención e intervención social con inmigrantes. - Intervención con menores infractores 4. Jornadas provinciales de formación para auxiliares de ayuda a domicilio. 5. Teleasistencia móvil para mujeres víctimas de violencia de género. 6. Plan para el fomento del voluntariado y desarrollo del tejido social. 7. Personal básico de los centros de servicios sociales comunitarios. Mantenimiento de actividades de los centros. Asistencia técnica. 8. Otras que la dinámica social exija.
<p>Programas (no básicos) de mayores. Promoción de la autonomía personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación y entrenamiento a mayores: Cursos. - Encuentros de mayores y envejecimiento activo. - Programa de turismo tropical. - Formación, entrenamiento y apoyo a cuidadores/as de personas dependientes.
<p>Programas (no básicos) de familia-infancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuelas municipales de madres y padres.

Fuente: Diputación Provincial de Granada. "Granada en red 2010-2011". [Consultado en www.dipggra.es.]

Para efectuar una breve exposición de las características de los programas con mayor relevancia, se han estructurado en cinco líneas o ámbitos de intervención²²:

- Información y orientación.
- Prevención y atención a la infancia y familia.
- Intervenciones orientadas a fomentar la inclusión social.
- Promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.
- Actividades comunitarias de prevención, inserción e información.

- ***Información y orientación:***

El *Servicio de información, valoración y asesoramiento (SIVA)* es la primera prestación básica del Plan Concertado, y está conceptualizado como el primer nivel de actuación. Su principal objetivo es facilitar a los ciudadanos la posibilidad de obtener información y acceder a los recursos. Es la vía de acceso al resto de programas, prestaciones y sistemas de protección.

Consta de dos tipos de actuaciones fundamentales: individualizadas y comunitarias. Mediante la atención individualizada se informa y asesora a la persona en su propio domicilio o en el despacho del profesional. La información comunitaria se dirige a grupos sociales concretos o bien a toda la población del territorio objeto de intervención.

Permite acceder a otros servicios, tanto comunitarios como especializados, así como a otras estructuras del bienestar, mediante canalización y derivación de demandas.

- ***Actuaciones de prevención y atención a la infancia y familia:***

Desde los servicios sociales de atención primaria, son diversas las problemáticas que requieren intervención: desestructuración familiar, carencia de redes sociales y familiares, precariedad económica, maltrato infantil, absentismo o falta de escolarización.

Especial relevancia tiene el maltrato en la infancia, con una prevalencia del 1,4% en Andalucía, según el estudio realizado por la Consejería de Asuntos Sociales y la Universidad de Sevilla. La edad donde es posible observar la mayor presencia de

²² Los contenidos de este apartado que aluden a las características de programas específicos se han obtenido de las publicaciones “*Granada en red 2010-2011*” y “*Memoria de gestión 1999-2003*”, de Diputación Provincial de Granada, así como de la página web de la institución: www.dipgra.es.

maltrato son los seis años (Jiménez et al, 1993). Diversos trabajos constatan que sólo una ínfima parte de los casos son conocidos por los servicios públicos (Díaz Aguado et al, 1993; De Paul y Arruabarrena, 1995).

Se desarrollan en los municipios de la provincia diversas actividades y actuaciones de prevención y de intervención en la atención a la infancia y familia. Para ello se sigue un modelo de provisión de servicios que abarca desde la institucionalización familiar y la **intervención familiar individualizada**, a **programas comunitarios** de carácter preventivo.

En base a este modelo, se desarrollan una serie de programas, unos con un carácter preventivo y otros más asistenciales: Intervenciones individuales y familiares -con y sin ayudas económicas-; programas de promoción de los derechos del niño; escuelas de padres y madres; detección, evaluación, intervención y toma de decisiones ante los malos tratos infantiles; e intervenciones en materia de absentismo escolar. Las intervenciones se priorizan en los grupos y familias que se caracterizan por tener alguna problemática o estar en situación de riesgo. El principal objetivo de todos ellos es el logro de un mayor bienestar de la infancia y la juventud, incidiendo en factores sociales, familiares y educativos.

- ***Intervenciones en el ámbito de la inclusión social:***

La conceptualización de la pobreza y de la exclusión social es compleja, por el carácter multidimensional de ambas. Existe cierto consenso entre los investigadores de nuestro país, no exento de polémica, en equiparar el concepto de pobreza a situaciones personales o familiares con ingresos económicos por debajo de un umbral, que generalmente se considera el 50% de la renta media disponible, y en un ámbito geográfico concreto.

La diversidad de factores que inciden en las situaciones de exclusión permiten comprender que se trata en numerosos casos de una realidad multifactorial: desempleo de larga duración, cambios en la estructura social, tendencia a la fragmentación social, factores individuales, elementos culturales, factores sociales, etc. La exclusión social va asociada a situaciones en las que los individuos, hogares o colectivos no participan de manera suficiente del nivel mínimo de bienestar alcanzado en un determinado país o región (Tezanos, 2011).

Según el estudio sobre pobreza y exclusión social en Andalucía, elaborado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA), el 20,4% de la población de Granada tenía en el año 2002 unos ingresos inferiores al 50% de la renta media neta disponible de nuestra Comunidad Autónoma, como ilustra la tabla 2.13. En los municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia, había entonces unos 5.000 hogares excluidos, el 4,28% de la población (Pérez Yruela et al, 2002).

Tabla 2.13. Hogares y personas pobres

	Granada y provincia	Andalucía
% de población pobre	20,4	18,9
Nº de personas pobres	165.000	1.367.000
% de hogares pobres	16,4	14,8
Nº de hogares pobres	37.000	278.000

Fuente: Pérez Yruela et al, 2002.

En las actuaciones de prevención y atención a la pobreza y la exclusión social destacan los programas de solidaridad con los andaluces y emergencia social, a los que nos vamos a referir a continuación.

El **programa de solidaridad de los andaluces** para la erradicación de la marginación y la desigualdad está regulado por el Decreto 2/1999 de 12 de enero, de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Se trata de un programa de rentas mínimas de inserción cuyo principal objetivo es facilitar la inserción laboral y social de personas y familias con dificultades, principalmente con ingresos económicos insuficientes. El ingreso mínimo de solidaridad, principal medida del programa, debe complementarse con medidas educativas, de búsqueda activa de empleo e itinerarios profesionales, o vivienda. En numerosas ocasiones las personas beneficiarias deben realizar una contraprestación, a través de un compromiso de inserción, con objeto de que la autonomía y responsabilidad sean una base imprescindible en esta inserción.

Por su parte, el **programa de emergencia social** intenta dar respuesta a situaciones excepcionales, en especial en aquellos casos de necesidad severa provocada por la falta de cobertura de las necesidades mínimas básicas (alimentación y vestido) o por catástrofes (inundaciones, incendios, etc). Consiste en la aprobación de una ayuda económica a la que se efectúa un seguimiento técnico por parte de los profesionales.

- **Promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia:**

En la provincia de Granada, en los municipios menores de 20.000 habitantes, el 15,9% de la población son personas mayores, de 65 y más años²³. Las proyecciones demográficas indican que la provincia continuará con el proceso de envejecimiento. Se estima que para el 2026, el número de personas de 65 y más años habrá crecido en la provincia un 29%²⁴.

La provisión de servicios y programas en función del grado de dependencia representa la base de las actuaciones en la atención a la dependencia desde los servicios sociales comunitarios, en función del grado de autonomía. De mayor a menor dependencia, el orden sería el siguiente: apoyo a familias cuidadoras de personas mayores dependientes; ayuda a domicilio; teleasistencia domiciliaria; y programas de intervención comunitaria y promoción de la autonomía para los mayores o sus familias (Dengra, 2008).

La **ayuda a domicilio** es una de las prestaciones básicas establecidas en el Plan Concertado, y el programa más importante en cuanto a presupuesto y gestión. Ha tenido un gran incremento con el desarrollo de la Ley de dependencia, coexistiendo en la actualidad como dos modalidades distintas del programa. Con un carácter universal, va dirigido a toda la comunidad, pudiendo acceder al mismo cualquier persona o familia que presente problemas para desarrollar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (aseo personal, higiene del hogar, gestiones en la comunidad...), bien por la falta de autonomía personal o como consecuencia de una problemática familiar o social.

La atención se presta en el propio domicilio, facilitando a los usuarios la permanencia en su entorno y lugar habitual de vida, evitando así situaciones innecesarias de desarraigo producidas por la institucionalización o ingresos en centros residenciales. La posibilidad de permanencia en el hogar, además de suponer más bienestar personal y social, permite una mayor eficiencia de los recursos, con unos costes de atención menores respecto a otras alternativas.

El **programa de teleasistencia domiciliaria** (en adelante TD)²⁵ fue iniciado en la provincia de Granada en 1994, mediante convenio entre Diputación Provincial, la

²³ Datos de Padrón Municipal a 1 de enero de 2011. Instituto Nacional de Estadística.

²⁴ Proyecciones realizadas por el Instituto de Estadística de Andalucía (IEA).

²⁵ Se expone en este apartado una breve descripción del programa de teleasistencia domiciliaria, objeto de estudio en esta Tesis. En un capítulo posterior se profundizará en el contenido y características del mismo.

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y el IMSERSO. Significó la introducción en servicios sociales comunitarios de nuevas tecnologías aplicadas a la mejora de la calidad de vida.

Este servicio permite una atención permanente. A través de un medallón que los usuarios llevan siempre consigo, mediante la línea telefónica y un sistema de comunicaciones e informático, en cualquier momento se pueden poner en contacto con un centro de atención, que les dará la respuesta profesional y especializada más adecuada a su demanda. Se trata sobre todo de un servicio de seguridad y compañía, dirigido a cubrir situaciones de soledad, emergencias, peticiones de información, etc.

Respecto a los programas de **promoción de la autonomía** y de **intervención comunitaria**, destacan las actividades formativas dirigidas a personas mayores y relacionadas con temas de preparación a la jubilación y fomento de habilidades sociales y resolución de problemas²⁶. Los programas de turismo tropical, encuentros de mayores y solidaridad con los mayores en navidad, también forman parte de las actuaciones para la promoción de la autonomía personal.

Un buen apoyo social y el desarrollo de habilidades interpersonales y de resolución de problemas están asociados a la salud objetiva y subjetiva de las personas mayores, teniendo especial relevancia para su estado físico y psíquico. La participación en los cursos generan diversos beneficios a los asistentes, entre los que podemos destacar el incremento del número de amigos/as, disminución de los estados depresivos, o el aprendizaje de cosas nuevas. De ahí su carácter preventivo, pues en la medida en que las intervenciones se centren más en este nivel, los problemas asociados a la dependencia serán menores o se retrasarán, permitiendo para los mayores un mayor bienestar.

En esta línea de intervención destaca también el entrenamiento y formación a familiares cuidadores de personas dependientes. Las personas que prestan ayuda, fundamentalmente mujeres, ven limitado su acceso al mercado laboral, su tiempo de ocio, y tienen en numerosos casos problemas depresivos y de salud como consecuencia de la situación que experimentan (INSERSO, 1995a, 1995b; EASP, 2003). No solo necesitan apoyo y formación, sino también programas de respiro familiar.

²⁶ En el año 2010 las acciones formativas ofertadas fueron las siguientes: ‘Dormir es salud’; ‘aprender también con los sentidos’; ‘envejecimiento saludable’; ‘la soledad no es estar sólo’; ‘mente en forma’; ‘comúnicate’; ‘el ocio no es no hacer nada’; ‘la sexualidad no tiene fecha de caducidad’; ‘nos jubilamos de trabajar, no de vivir’. Con carácter general, constan de 10 sesiones de hora y media cada una.

- **Actividades comunitarias de prevención, inserción e información:**

Además de los programas normalizados a nivel provincial examinados, desde los servicios sociales se desarrollan numerosas actividades comunitarias, así como programas y actuaciones específicas de cada municipio. Difusión de programas y proyectos, promoción de recursos sociales específicos del territorio, prevención de drogodependencias, actuaciones dirigidas a colectivos específicos, o el fomento de la participación, asociacionismo y voluntariado, son algunas de ellas.

En cualquier caso, todos los programas desarrollados en los últimos años han contribuido a la consolidación de una red pública de servicios sociales en los municipios de la provincia de Granada, dependiente de la Diputación Provincial. Muestra de ello es el volumen de usuarios que, anualmente, reciben algún tipo de atención, servicio o prestación. Según datos registrados y oficiales de las fichas de evaluación del Plan Concertado correspondiente al año 2010, en número de usuarios se aproximó a las 67.000 personas, la mitad de ellos mayores. La mayor parte de las intervenciones se realizaron dentro del programa de información y orientación (véanse tablas 2.14 y 2.15).

**Tabla 2.14. Usuarios según sector de referencia, 2010
(Ámbito: Diputación Provincial de Granada)**

	Nº de usuarios
Familia	14.485
Infancia	5.234
Juventud	828
Mujer	2.390
Personas mayores	37.583
Personas con discapacidades	10.850
Reclusos y exreclusos	179
Minorías étnicas	758
Marginados sin hogar y transeúntes	75
Toxicómanos	292
Refugiados y asilados	4
Emigrantes	334
Inmigrantes	2.703
Enfermos mentales	258
Enfermos terminales	33
Otros grupos en situación de necesidad	6.290
Total²⁷	66.930

Fuente: Consejería de Salud y Bienestar Social. Fichas de evaluación de 2010-Plan Concertado [www.juntadeandalucia.es, consulta 7 de mayo de 2012]

²⁷ No tiene por qué coincidir con la suma de las cifras de los distintos sectores al permitir más de una prestación por usuario.

**Tabla 2.15. Usuarios según tipo de prestación, 2010
(Ámbito: Diputación Provincial de Granada)**

	Nº de usuarios
Información, valoración, orientación y asesoramiento	55.712
Ayuda a domicilio	6.657
Apoyo a la unidad convivencial	4.318
Alojamiento alternativo	476
Prevención e inserción social	8.600
Prestaciones complementarias	11.731

Fuente: Consejería de Salud y Bienestar Social. Fichas de evaluación de 2010-Plan Concertado [www.juntadeandalucia.es, consulta 7 de mayo de 2012]

Sin embargo, hay actividades y usuarios que no se registran y no forman parte de las estadísticas oficiales. Según información mostrada por Diputación de Granada, en 2010 los datos de gestión correspondientes a diferentes programas han sido los siguientes²⁸:

- Habrían utilizado los servicios sociales comunitarios 158.207 personas en total.
- Los usuarios de ayuda a domicilio fueron 5.371, 1.249 de prestación básica y 4.122 de Ley de dependencia.
- En teleasistencia domiciliaria 5.070 personas disponían del servicio, con más de 4.400 dispositivos instalados de seguridad, funcionalidad y compañía.
- Más de 15.000 mayores participaron en los encuentros, 3.500 en el programa turismo tropical, y alrededor de 5.000 en los cursos de formación y entrenamiento.
- En materia de infancia, se gestionaron 288 ayudas económicas para familias, con un total de 591 menores. Sin ayudas económicas, los profesionales intervinieron con 2.546 familias y 4.288 menores. En el programa de emergencia social se atendieron 186 familias. Por último, se desarrollaron ese año escuelas de padres y madres en 84 municipios, con la participación de 1.119 personas.

²⁸ Fuente: Diputación Provincial de Granada (Documento sobre balance de la provincia 2004-2010; Consultado en www.dipgra.es)

CAPÍTULO III

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SERVICIOS SOCIALES

El presente capítulo aborda los principales aspectos relacionados con la evaluación de programas sociales: los conceptos básicos, su grado de utilidad, el proceso, la metodología que habitualmente se utiliza, y los tipos y modelos. Finaliza con una propuesta de análisis de la calidad y excelencia de programas.

En la actual etapa de reestructuración y reorientación del denominado Estado de Bienestar, la evaluación de las políticas sociales es esencial para buscar su eficiencia y adecuación a la realidad social. El modelo pluralista hace que numerosos servicios los presten las administraciones públicas de forma indirecta, a través de empresas privadas y de entidades sin ánimo lucro. La Administración adquiere así una creciente función de seguimiento y control, lo que contribuye a una mayor necesidad de valorar los servicios ofertados a la ciudadanía.

En general posee un eminente carácter aplicado y pragmático, si bien no solo ha de entenderse así. El desarrollo de diversos modelos ha llevado a un conocimiento teórico y a considerarla de forma creciente como una disciplina con entidad propia. Este desarrollo hace que aparezcan nuevas teorías de la evaluación que abarcan más temas e intentan unir los aspectos prácticos con los teóricos, integrando distintas metodologías y asumiendo la importancia del contexto de los programas sociales y su carácter político.

Su consolidación es necesaria en el marco del modelo pluralista que caracteriza el actual Estado de Bienestar. Evaluar no sólo es consecuencia de las exigencias de niveles político-administrativos superiores, también permite la búsqueda de efectividad y eficiencia en las organizaciones públicas, la transparencia de la gestión y funcionamiento ante la opinión pública y, como consecuencia, contribuye al logro de mayor legitimación social de las políticas públicas.

III. 1. CONCEPTUALIZACIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

III.1.1. El contexto social y político de la evaluación

Para comenzar resulta imprescindible considerar el contexto social, político y económico en el que se implementa y desarrolla un programa. También es necesario comprender los intereses de los agentes implicados. Desde una perspectiva global, en la evaluación de programas de servicios sociales en las administraciones públicas los principales actores sociales son los responsables políticos, administradores dedicados a la gestión, técnicos ejecutores, usuarios o beneficiarios del programa, contexto más próximo al usuario (familiares principalmente) y los ciudadanos en general que forman la opinión pública (Casas, 1996b:45; Gómez Serra, 2004; Reboloso et al, 2008).

Se debe otorgar importancia, por tanto, a las actitudes, prejuicios, estereotipos y percepciones de los usuarios y de la población general. En este sentido, numerosos autores defienden la participación en el proceso evaluativo de todos los agentes implicados, incluidos los beneficiarios y los usuarios potenciales (Alvira, 1991; Fernández-Ballesteros, 1996; Casas, 1996b).

Aunque la planificación busca la racionalidad, las actividades y acciones que se desarrollen en base a un programa están sujetas a un ámbito social e influidas por éste. Esta idea la expresa de forma clara Ander-Egg al afirmar que “en la realidad en donde se aplican los planes, existe la ‘lógica de la vida’. Y en esta lógica intervienen la indeterminación, la incertidumbre, lo aleatorio, el desorden y el azar; la competencia y la cooperación; la lucha y la solidaridad” (Ander-Egg, 1991:18).

Al evaluar un programa no solo hay que considerar su estructura interna, sino también el contexto y ámbito de aplicación: tipo de entidad u organismo, y entornos político, social, histórico y económico. De ahí que complejidad y contextualidad sean dos elementos esenciales que han de considerarse a la hora de iniciar una evaluación (Fernández Ballesteros, 1996).

Un programa se desarrolla en el marco de una política pública, definida ésta como “una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos –cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo” (Subirats et al, 2008:38).

En consecuencia, una política pública requiere diseñar y configurar una serie de acciones humanas y recursos para implantarlos organizadamente en una realidad social determinada, con el propósito de dar respuesta a alguna problemática (Fernández Ballesteros, 1992).

Considerar el contexto social y político implica al evaluador asumir un rol o posición estratégica que va a condicionar las metodologías, técnicas, instrumentos y procedimientos de la evaluación. Como consecuencia, los encargos y demandas de la administración pública requieren habitualmente que el evaluador utilice con flexibilidad diversas técnicas de investigación social que permitan una aproximación a la realidad (Fernández del Valle, 1996b).

III.1.2. Conceptos fundamentales en evaluación de programas en servicios sociales comunitarios

Antes de avanzar en contenidos, es conveniente realizar una serie de precisiones terminológicas que ayuden a la delimitación de los aspectos que se tratarán en los siguientes apartados. Con este fin, se exponen las definiciones de ‘evaluación’, ‘programa’, ‘plan’, ‘planificación’, ‘proyecto’ y ‘servicio’. De hecho, un programa de servicios sociales es resultado de un proceso de planificación, mediante el que se definen intervenciones a nivel individual, grupal y/o social para contribuir a un cambio.

a) *Planificación y plan:*

Una definición de *planificación* bastante exhaustiva y adecuada a nuestro objeto de análisis es la siguiente: “Acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí que, previstas anticipadamente, tienen el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados” (Ander-Egg, 1991:7).

Un *plan* es algo más que la suma de programas. Establece las líneas y prioridades de actuación a un nivel político, y prioriza temporalmente las acciones a desarrollar en función de los recursos disponibles y de una serie de criterios políticos y técnicos.

b) Programa:

Puede definirse como un “conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (Fernández Ballesteros,1992:477).

Un programa está compuesto por un conjunto de *proyectos*, y éstos a su vez por una serie de *actividades* y *tareas* dirigidas a la consecución de unos determinados objetivos, con unos recursos concretos y una temporalización dada. Hay que entenderlo dentro de una estructura lógica de planificación que parte de lo global hacia lo particular y concreto, con el siguiente orden: Plan, programa, proyecto, actividad y tarea. La tarea es la acción que tiene el grado máximo de especificidad y concreción.

En base a las consideraciones anteriores, se puede afirmar que un programa, en el ámbito de los servicios sociales del sistema público, está formado por una serie de objetivos, acciones, actividades y tareas ordenadas de forma coherente para conseguir dar respuestas a una problemática o necesidad social, mediante una serie de recursos, y dentro de un entorno social y un marco político-institucional.

c) Servicio:

Los programas llevan generalmente asociados uno o varios *servicios*, entendidos como conjuntos de recursos humanos y materiales que pretenden la consecución de unos objetivos mediante una serie de actuaciones y actividades. Es una definición que, de forma casi análoga, coincide con la de programa. Como ejemplo, en el caso de teleasistencia o ayuda a domicilio los programas se presentan a los usuarios o beneficiarios mediante un servicio concreto, por lo que podrían utilizarse indistintamente ambos términos.

d) Evaluación:

Representa un concepto básico en este trabajo. Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, evaluar es “señalar el valor de una cosa”, o “estimar, apreciar, calcular el valor de una cosa”. Se examinan a continuación algunas de las definiciones más relevantes de este término.

Naciones Unidas, en 1984, realizó la siguiente definición de evaluación: “Proceso

encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos. Se trata de un proceso organizativo para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras “²⁹”.

Siguiendo estas directrices, se puede definir la evaluación de programas como “la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él” (Fernández Ballesteros, 1996:23). En consecuencia, requiere investigaciones sociales rigurosas.

Otra definición de interés la identifica como “una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos” (Cohen y Franco, 1993:77).

La evaluación de programas resulta fundamental en la implementación de políticas sociales, por cuanto, si se desarrolla de forma adecuada, ayuda a su reorientación y adecuación a los cambios que se produzcan. Es importante entender que forma parte del proceso global de planificación, siendo por tanto un instrumento de mejora de la intervención. De esta forma sus resultados “van encaminados a mejorar las intervenciones (la que se evalúa u otras), o a poner en marcha nuevas intervenciones” (Alvira, 1997:9). Facilita información que ha de servir de base en la toma de decisiones en los niveles técnico y político (Cronbach, 1981).

El estudio sistemático y riguroso de componentes, procesos y resultados de las intervenciones y programas, va a permitir mostrar la eficacia y eficiencia de las políticas sociales, optimizando recursos, y a su vez posibilitar una mejora de las actuaciones y la prestación de servicios a los ciudadanos. La evaluación no debe ser un proceso aislado, sino que tiene que generar una retroalimentación entre todos los agentes implicados en la misma, buscando así la máxima utilidad.

Una definición bastante exhaustiva, y que aglutina todos los aspectos comentados, es la realizada por Alvira, para quien “evaluar un programa es emitir un juicio sobre su valor, fundamentado en información recogida sistemática y ‘científicamente’, con el objetivo último de utilizar dicho juicio e información para actuar sobre el programa, manteniéndolo, modificándolo o terminándolo” (Alvira, 1997:11).

²⁹ Citado en Cohen y Franco (1993:77).

La evaluación implica valoración. Hay distintas propuestas sobre cuáles son las formas de valorar un programa: pertinencia, evaluabilidad, suficiencia, progreso (evaluación formativa o de proceso), eficiencia, eficacia y efectividad (OMS, 1981; Fernández Ballesteros, 1996). La investigación evaluativa se caracteriza por la aplicación de técnicas de investigación social al estudio de programas sociales, como base para emitir esos juicios de valor.

III.1.3. La utilidad de la evaluación de programas en las políticas sociales

Elementos como la equidad o la eficiencia deben ser objetivos de la política social dirigida a eliminar desigualdades sociales, y a ello pretenden contribuir las evaluaciones (Cohen y Franco, 1993).

El desarrollo de la evaluación de las políticas sociales, como políticas públicas, ha sido escaso en España. Más aún en el ámbito de los servicios sociales, donde durante bastante tiempo ha faltado una percepción más positiva sobre la utilidad de las evaluaciones por parte de responsables políticos y técnicos. También la escasa consolidación de los servicios ha contribuido a intensificar los esfuerzos más en el desarrollo e implementación de programas que en la valoración de los mismos.

En el ámbito específico de los servicios sociales comunitarios, en los que se centra esta tesis, no se ha extendido la evaluación de programas de manera suficiente. Si bien abundan los datos descriptivos para la propia gestión a nivel interno, pocas evaluaciones se realizan centradas en aspecto como el impacto, consecución de objetivos o valoración de resultados. Además, hasta hace pocos años no se ha dado apenas difusión de las evaluaciones realizadas en publicaciones científicas o profesionales (Fernández del Valle, 1996a).

Algunas dificultades que explican la falta de un desarrollo adecuado van asociadas fundamentalmente a reticencias político-administrativas y a problemas relacionados con los diferentes intereses de los colectivos y agentes implicados en el proceso, desde los propios evaluadores hasta los técnicos gestores y responsables de la toma de decisiones. Las personas con responsabilidad directa en el programa no siempre han asumido el carácter práctico de la evaluación, lo que ha dificultado en parte la aparición de una cultura profesional favorable a la misma (Casas, 1996b). En este sentido, resulta fundamental que los profesionales no perciban la evaluación como un instrumento de

control de su trabajo, y sí la consideren por el contrario como un mecanismo de apoyo para la mejora de las intervenciones, siendo ellos mismos los principales beneficiados. De este modo, factores humanos y contextuales inciden y afectan de manera directa al uso de la evaluación, como indican Reboloso et al (2008).

La evaluación puede ser considerada como una actividad de control o fiscalizadora, lo que generalmente conlleva rechazo de los profesionales, o bien como una estrategia de transformación y cambio social con una importante utilidad, al posibilitar una mejora continuada de los servicios y actividades. Aunque ambas dimensiones siempre están presentes, existiendo entre ellas un equilibrio dinámico, es posible incrementar el peso de la utilidad frente al control (Gómez Serra, 2002; 2004).

La evaluación de programas, tanto *ex ante* (anterior a la implementación) como *ex post* (durante o posterior a su aplicación), no alcanza todavía la frecuencia deseable. Aún así, parece invertirse la tendencia en los últimos años, al comprobar como la evaluación de la eficiencia de programas y servicios está experimentando un auge en el ámbito de la intervención social (Pérez- Llantada et al, 1999; Subirats et al, 2008).

Este cambio de tendencia se justifica no sólo por la escasez de recursos y la conveniente optimización de los mismos, sino también por la consecución de una mejora de las intervenciones sociales en beneficio de los usuarios. Es decir, hay una creciente apuesta de las organizaciones públicas por incrementar la calidad de los servicios sociales.

Sin embargo, este aumento no conlleva necesariamente que las decisiones se fundamenten siempre en las evaluaciones realizadas. A veces son ignoradas e incluso rechazadas, lo que hace necesario fomentar una nueva cultura de la evaluación de programas de servicios sociales, que también reconozca el carácter parcial de las evaluaciones y sus propias limitaciones (Casas, 1996b; Gómez Serra, 2004).

En este sentido, es esencial plantear estrategias para fomentar su utilización. Vedung esboza las siguientes propuestas para incrementar el uso de las evaluaciones por parte de los agentes y usuarios que tienen la potestad para tomar las decisiones sobre el programa o servicio evaluado (Vedung, 1996:331-8):

- 1) *Estrategia centrada en la difusión*: Basada en la disseminación de los resultados de la evaluación. El grado de compromiso del evaluador/a con la utilización y la disposición de aquellos que han “encargado” la evaluación, es fundamental para

lograr la máxima efectividad en la difusión de los resultados, para que genere la reflexión necesaria y se tomen las medidas oportunas, si ello es necesario, sobre el programa.

- 2) *Enfoque centrado en la producción*: Según esta perspectiva, “el proceso de evaluación se debe adaptar de forma que responda a las demandas y deseos de los posibles receptores” (Vedung, 1996:333). Desde esta óptica, se insiste en la necesidad de participación directa de los usuarios en la propia evaluación, aproximándose al paradigma de la investigación- acción participativa (Rubio y Varas, 2004; Ander-Egg, 1990). Esto conlleva que los responsables técnicos del programa no sólo tengan contacto directo e intercambio de información, sino que además participen en la elaboración del diseño de investigación y de los instrumentos que se vayan a utilizar. Este modelo llevaría a un mayor compromiso de los usuarios con los resultados.

Ya en los años ochenta distintos autores ponen énfasis en la necesidad de implicar en el proceso de evaluación a los grupos relacionados con el programa. Aparece un enfoque participativo en el que se intenta contar en todas las fases de la evaluación con representación de los agentes implicados. Son modelos de diálogo y negociación que defienden un planteamiento democrático y participativo de evaluación que intensifique la dimensión de transformación social (Patton, 1983; Gómez Serra, 2002).

Partiendo de la ineludible rigurosidad en los procedimientos de la investigación evaluativo, la participación de las partes interesadas –incluidos los usuarios- es esencial para conseguir la utilidad de los resultados obtenidos (Alvira, 1991).

- 3) *La metaevaluación*: Representa una tercera propuesta para aumentar el uso de los hallazgos e información obtenida. Incluye la revisión y síntesis de diversas evaluaciones que se hayan realizado de programas similares, así como la supervisión y análisis de las realizadas desde organismos y empresas que prestan el servicio. Se da con mayor frecuencia cuando en la prestación de servicios intervienen empresas privadas, ONGs o empresas mixtas. En definitiva, la metaevaluación consistiría en una “auditoría” de las evaluaciones efectuadas por los propios organismos, entidades y empresas que prestan el servicio.

En cualquier caso, la evaluación no es un fin en sí misma, sino un medio que contribuye a “aumentar la racionalidad en la toma de decisiones” (Cohen y Franco, 1993:282). Y además representa un “ejercicio de la responsabilidad democrática de los poderes públicos frente a la sociedad y a los ciudadanos usuarios directos de los servicios” (Bañón, 2003:xxi)

Hace factible que un proceso de planificación, en los niveles estratégico, táctico y operativo, se redefina de forma constante y se adapte así a las necesidades cambiantes a las que se intenta dar respuesta (García y Ramírez, 2002). Permite adecuar objetivos, actuaciones e intervenciones a las expectativas, problemáticas y demandas de la población. Por tanto, parece razonable insistir en la conveniencia de evaluar los programas en servicios sociales de atención primaria, orientándolos a la consecución de la mejora continua de prestaciones y servicios.

Los procesos evaluativos han de consolidarse como instrumentos aceptados y utilizados ampliamente por responsables políticos y profesionales de servicios sociales. Para ello es necesario perder el miedo a la crítica y que los propios profesionales perciban la evaluación como un instrumento de mejora y no como control.

III.1.4. Aproximación histórica a la evaluación de programas

Al exponer la evolución seguida por la evaluación de programas desde su origen hasta la actualidad, cada propuesta o modelo ha de situarse y entenderse en el momento histórico y en el contexto social, económico y político en el que los autores lo desarrollan. De forma sintética, en esta evolución histórica se diferencian tres fases: inicio, expansión, y etapa de reorientación e integralidad, que se exponen a continuación.

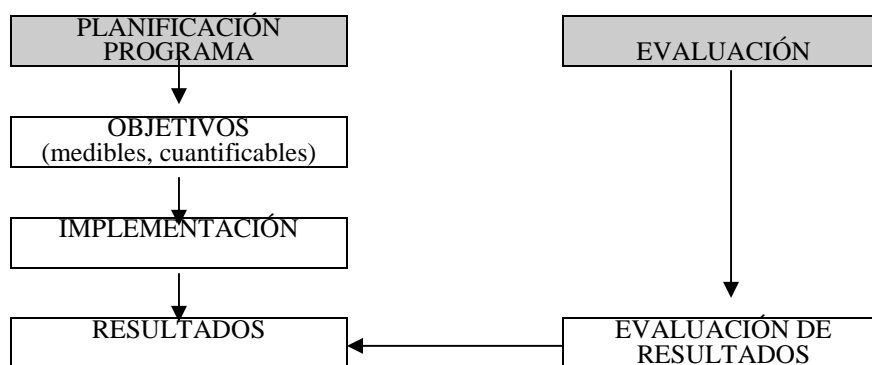
a) Inicio:

El surgimiento podemos situarlo en las décadas de los cuarenta y cincuenta del pasado siglo en Estados Unidos, siendo Ralph Tyler el principal autor en esta primera etapa.

El **modelo de Tyler** se basa en la evaluación de objetivos, comprobando si se han alcanzado las metas y objetivos –generales, específicos y operativos- establecidos con anterioridad a la implementación del programa (Stufflebeam y Shinkfield, 1987; Alvira,

1991). Se trata de un modelo bastante simple, si se compara con los de etapas posteriores. De hecho, Tyler no se centra en el proceso ni realiza lo que se ha denominado como evaluación permanente. Desde la perspectiva de este autor, “lo más importante es especificar los objetivos del programa en términos claros y precisos, puesto que éstos servirán de criterio para juzgar si el programa ha conseguido sus propósitos o por el contrario ha fracasado en su intento” (Trinidad y Pérez, 2000:127). Así, el propio Tyler, en 1950, definió evaluación como “proceso de determinar en qué medida los objetivos de un programa se han alcanzado”³⁰.

Este modelo podría ilustrarse de la siguiente forma, centrado en la comparación de los objetivos iniciales del programa con los resultados obtenidos tras la implementación del mismo:



Unidas al ámbito de la educación, estas primeras evaluaciones se centraban de forma exclusiva en la comparación de lo logrado y lo que se pretendía conseguir.

b) Etapa de expansión:

Los años sesenta representan una gran expansión de la evaluación de programas como consecuencia de diversas circunstancias, entre las que se encuentra el movimiento de indicadores sociales en Estados Unidos (Casas, 1996b). En esa década se produce un gran auge de los programas en todos los sistemas de protección social, incluidos los servicios sociales. Este incremento provocó que tanto a nivel político, de gestión, y a nivel académico e intelectual aumentase la necesidad y el interés por constatar el funcionamiento de los programas que se estaban desarrollando de forma creciente y su grado de éxito, lo que llevó a un importante desarrollo de la investigación evaluativa (Fernández del Valle, 1996b).

³⁰ Citado en Fernández-Ballesteros, 1996:22

En esos momentos hay una preocupación por el logro de evaluación con un carácter científico. Muestra de ello son los trabajos de Suchman (1967), Campbell y Stanley (1966) o Scriven (1967). De ahí que proliferasen los trabajos centrados en el método experimental, sobre todo a raíz de las publicaciones de Campbell y Stanley sobre diseños experimentales y cuasiexperimentales.

A esta etapa corresponden los modelos elaborados por Suchman, Stufflebeam, Stake y Scriven (Stufflebeam y Shinkfield, 1987; Alvira, 1991):

Suchman (1967) difiere de Tyler. Defiende que además de la evaluación de resultados o efectos es importante tanto el análisis de necesidades previo al desarrollo y elaboración del programa, como la valoración del proceso de implementación. Tiene un planteamiento científicista y es defensor de la evaluación aplicada. Considera que no solo es importante la evaluación por objetivos, sino que debe contemplarse también la investigación sobre el proceso, las actividades o la eficiencia del programa (Stufflebeam y Shinkfield, 1987). Como podemos comprobar, intenta crear un modelo más complejo.

Stufflebeam, en los años sesenta, va a incluir en la evaluación todas las fases que caracteriza a una intervención social. Ese proceso global asume la evaluación de cuatro elementos: contexto, inputs, proceso y producto (sistema CIPP). Evaluar el contexto implica la detección y priorización de las necesidades de la población a la que va dirigida el programa o servicio. La de los inputs se centra en la propia estructura del programa y su planificación. El estudio de la implementación y las acciones del programa formarían parte del proceso. Por último, la parte más importante será la comprobación y valoración de resultados (Alvira, 1991). Se trata un modelo orientado también a la toma de decisiones.

Por otro lado, el **modelo de Stake**, aunque enfatiza en la parte descriptiva de la evaluación, otorga importancia a la parte valorativa y de emisión de juicios de valor. Este modelo se compone de tres procesos: en primer lugar es necesario tomar contacto con el programa o servicio, entendiendo los conceptos y procedimientos del mismo; posteriormente se procede a su descripción considerando los antecedentes, las acciones y los resultados observados tanto a nivel objetivo como subjetivo; en tercer lugar se sitúa la valoración en base a la comparación de los aspectos descriptivos con estándares establecidos o bien con otros programas tomados como referencia. Considera las necesidades de los clientes que encargan la evaluación, defendiendo un enfoque plural y

orientado a la mejora de los servicios. Aspectos bastante coherentes si se considera que las evaluaciones responden a la detección y comprobación del funcionamiento del programa, y que interesan principalmente a sus gestores, para que puedan corregirse en caso necesario las actividades y/o reorientarlas (Alvira, 1991).

Tyler y Stake centran la evaluación en los objetivos y la valoración de la consecución de los resultados previstos en el programa. Suchman y Stufflebeam, aunque también otorgan especial importancia a la consecución de objetivos, plantean modelos más completos considerando además la de necesidades, proceso e implementación del programa. El **modelo de Scriven** (1967, 1974) avanza un poco más al incorporar la perspectiva del usuario, entendiendo la evaluación en relación a los valores y satisfacción de necesidades de la población beneficiaria del programa. Para comprender su importante aportación se exponen a continuación un listado de “criterios de evaluación” que formarían parte del modelo, ilustrados por Alvira (1991:17):

- Antecedentes, contexto, recursos y función del programa/servicio que se quiera evaluar.
- El sistema de distribución del programa/intervención.
- Descripción de los usuarios o población objeto de la intervención.
- Necesidades y valores de los que se ven realmente afectados por la intervención.
- Existencia o no de normas/criterios previos para la evaluación.
- El proceso de la intervención social.
- Los resultados de la misma.
- Los costes de la intervención.
- La comparación con programas/servicios alternativos.

Scriven da mucha importancia en su modelo al establecimiento de criterios y estándares que permitan emitir juicios de valor. Aunque difíciles de delimitar, deberán establecerse con carácter previo a la investigación y producción de información, con objeto de compararlos posteriormente y garantizar la máxima “objetividad”.

A pesar de significar esta etapa un importante desarrollo de modelos avanzados de evaluación, gran parte de ellas no van a ser tenidas en cuenta, al no corresponderse sus conclusiones y recomendaciones con las decisiones y cambios que hubieran requerido numerosos programas. Los efectos no son los buscados, y como consecuencia a finales

de los setenta algunos autores centran su atención en la importancia de utilización de los resultados, lo que les lleva a considerar el contexto político en la evaluación. De esta forma, autores como Weiss (1975) o Stake (1975, 1983) van a centrar su interés en la importancia de que el evaluador entienda los procesos de toma de decisiones en los ámbitos político y de gestión, comprendiendo los diversos intereses que pueden existir en torno a un programa por su carácter político, y representando así un “acercamiento al contexto político y social en el que operan los programas” (Fernández del Valle, 1996b:13).

c) Etapa de reorientación e integralidad:

A partir de los años ochenta del siglo XX, tras la crisis de los métodos experimentales, aparecerán una pluralidad de perspectivas y metodologías orientadas a la evaluación de programas, en general con un carácter de síntesis. Las nuevas propuestas intentan contemplar tanto los elementos propios del contexto político y social del programa como la rigurosidad en los métodos y procedimientos.

En este sentido, en esta etapa se intenta buscar un equilibrio entre el pragmatismo de los años anteriores y la científicidad y rigurosidad metodológica (Fernández del Valle, 1996b). Autores representativos de esta década son Cronbach (1982) y Rossi y Freeman (1982)³¹, quienes plantean evaluaciones integrales que analicen tanto el diseño y conceptualización como el impacto.

Se va asumiendo por parte de los evaluadores que la complejidad de la realidad social y el contexto político no pueden reproducirse en un ‘laboratorio’ en el que controlar con rigurosidad todas las variables y su relación de causalidad, y que los factores que influyen en el éxito o fracaso de un programa o servicio dentro de las políticas sociales pueden ser muy diversos. Surge así la necesidad de utilización de diversas metodologías.

La década de los años noventa representa además en la intervención social una etapa de freno y recortes presupuestarios, austeridad que se ha intensificado con la presente crisis económica y financiera que afecta en la actualidad a gran parte de los países europeos. Esto incrementa la necesidad de optimización de los recursos, lo que

³¹ Citados en Fernández del Valle (1996b:14).

repercute en un incremento del análisis del coste-beneficio y coste-eficacia de los programas (Trinidad y Pérez, 2000).

Analizando la evolución histórica expuesta, la evaluación de programas avanza desde un interés limitado a los objetivos y resultados, hasta la evaluación de procesos, permanente, y económica. Se incorpora de forma paulatina el análisis del contexto social y político del programa y la opinión de los usuarios o población beneficiaria del mismo.

Por último, es necesario indicar que a lo largo de la década de los noventa se produce un creciente interés por la evaluación de la calidad de programas y servicios, si bien fundamentalmente en ámbitos como la sanidad y la educación. En el caso de los servicios sociales, sistema menos desarrollado que los anteriores, han aparecido en los últimos años distintas publicaciones en nuestro país. No obstante, hay que profundizar en el desarrollo de metodologías desde las ciencias sociales en general, y desde la sociología en particular, que permitan la evaluación de la calidad. A este último aspecto pretende contribuir el presente trabajo.

III. 2. PROCESO Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Los programas que se desarrollan en el ámbito de la política social están influidos por intereses externos y por los elementos del entorno social, político y económico (Trinidad y Pérez, 2000). La temática, las instituciones y entidades relacionadas con el programa, el ámbito geográfico donde se aplique, los aspectos formales e informales que caracterizan a las organizaciones implicadas, las relaciones políticas entre instituciones o los intereses de los diferentes colectivos van a influir en el desarrollo del programa y los efectos que pueda tener en la resolución de los problemas sociales.

La investigación evaluativa debe ser factible, útil, rigurosa y ética (Stufflebeam y Shinkfield, 1987). Ello requiere validez y fiabilidad de los instrumentos, ser realizada en el momento oportuno, o tener la aceptación de los agentes implicados. No se debe ignorar que “los resultados de la evaluación deben ser aplicables y utilizables por parte de quienes tienen la responsabilidad de administración y gestión” (Aguilar y Ander-Egg, 1992:55).

En esta parte, la segunda del capítulo, se exponen en primer término los elementos básicos precisos para iniciar una evaluación, al objeto de asegurar su máxima utilidad. Posteriormente las fases de las que consta el proceso de evaluación. Por último, se abordan los métodos y técnicas de investigación social más utilizados como base de las evaluaciones.

III.2.1. Requisitos y consideraciones previas al proceso de evaluación

Los objetivos más importantes de la evaluación son la comprobación del grado de pertinencia, idoneidad, eficacia y eficiencia de un proyecto o programa, determinar las causas de su éxito o su fracaso, detectar los efectos no previstos y facilitar la toma de decisiones sobre el mismo (Aguilar y Ander-Egg, 1992).

Para que el proceso se desarrolle de forma adecuada, es conveniente realizar una serie de planteamientos y actuaciones previas que contribuyan a facilitar el trabajo a los evaluadores. En primer lugar, hay que comprender los diferentes intereses que pueden tener los agentes que participan en él. En segundo lugar, será importante plantear una serie de preguntas a las que dar respuesta antes y durante su desarrollo. En tercer lugar, pueden fijarse una serie de estándares que sirvan de guía o referencia. Y finalmente, y

no por ello menos importante, será necesario comprobar que el programa es susceptible de ser evaluado.

III.2.1.1. Intereses de los actores implicados

En la política social, y de forma concreta en los servicios sociales, encontramos actores con racionalidades distintas. Así, los responsables políticos toman las decisiones y marcan los objetivos estratégicos de la organización. Los burócratas o administradores centran su atención en los procedimientos administrativos y en el respeto a la legalidad. Los técnicos –planificadores, evaluadores- actúan con una racionalidad orientada a maximizar la eficacia y eficiencia de los fines establecidos (Cohen y Franco, 1993).

Estas diferentes racionalidades pueden entrar en conflictos de funciones en el proceso de evaluación. La existencia de puntos de fricción e intereses diversos podrían hacer ese proceso dificultoso. Autores como Rein y White (1978), apuntan como uno de los problemas principales de la evaluación en la política social la difícil relación entre los responsables y los científicos sociales, como consecuencia de los distintos intereses y valores de ambos grupos.

En cualquier caso, el principal punto de partida de una evaluación es el convencimiento de su necesidad por parte de responsables políticos y técnicos de los programas.

Ante esta situación, las estrategias que puede seguir el evaluador en el desarrollo de su trabajo pueden ser diversas. Fernández del Valle expone diversos roles que puede desempeñar el investigador en el proceso de valoración de un programa, y que condiciona bastante las técnicas e instrumentos a utilizar. Estos roles, que no son excluyentes, no siempre dependen de la elección del evaluador sino que en ocasiones la propia demanda de los clientes condiciona la estrategia a seguir (Fernández del Valle, 1996b:15-20):

1. *De investigador*: Característico de los años sesenta, el principal objetivo es el logro de la rigurosidad y el carácter científico de la evaluación, con un carácter neutral.
2. *De juez*: La evaluación debe consistir en emitir un juicio de valor, determinar si un programa es o no de calidad.

3. *De asesor técnico*: La estrategia fundamental sería la disponibilidad y posibilidad de cambio de algún aspecto del programa. Estaría centrada la evaluación en la gestión.
4. *Mediador*: Se basaría en la obtención de los distintos puntos de vista de los agentes implicados mediante la participación de todos ellos.
5. *Educador*: La pretensión es realizar la evaluación y los informes atendiendo a las características de los destinatarios, intentando transmitir las recomendaciones que sobre el programa ha dado la evaluación.

III.2.1.2. Planteamientos iniciales del evaluador

En la fase previa a la evaluación el investigador ha de preguntarse por una serie de cuestiones que van a influir directamente en todo el proceso (Fernández Ballesteros, 1996; Alvira, 1997; Vedung, 1997). Uno de estos autores, Vedung, a partir de las ideas de Scriven, realiza una interesante propuesta de ocho preguntas que deben formularse los evaluadores, que es directamente aplicable en la evaluación de programas en el ámbito de la política social (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Preguntas en la evaluación de las políticas públicas

1. ¿Para qué fines globales se pone en marcha la evaluación? (problema del *propósito*).
2. ¿Quién debería llevar a cabo la evaluación y cómo debe organizarse? (problema de la *organización- evaluador*).
3. ¿Cómo puede caracterizarse y describirse la temática objeto de evaluación, es decir, la intervención del gobierno, el programa o la oferta de servicios?; ¿Se considera la intervención como un medio para conseguir un determinado fin o como una entidad autosuficiente? (problema de la *intervención*)
4. ¿Cómo es la ejecución o puesta en práctica del programa? (problema de la *implementación*)
5. ¿Cuáles son los 'outputs', y los resultados inmediatos, intermedios y últimos de la intervención? (problema de los *resultados*)
6. ¿Qué contingencias o factores, incluida la intervención, explican los resultados? (problema del *impacto*)
7. ¿Según qué criterios de valor deberían evaluarse las ventajas y los inconvenientes de la intervención?; ¿Con qué baremos de rendimiento basados en los criterios de valor puede juzgarse el éxito, el fracaso o un rendimiento satisfactorio?; ¿Cuáles son las ventajas reales de la intervención? (problemas de los '*baremos*')
8. ¿Cómo debe utilizarse la evaluación? ¿Cómo se utiliza realmente? (problema de la *utilización*)

Fuente: Vedung, 1997:125.

Los investigadores deberán prestar atención a los intereses de los responsables que encarga la evaluación. A continuación tendrán que decidir el tipo de evaluación más

adecuado en función de los objetivos de la organización que la promueve. La conceptualización del objeto de estudio, la puesta en marcha y los resultados e impacto deben también ser objeto de reflexión, así como los referentes para comparar los resultados obtenidos y poder valorarlos. Asimismo, deberán indagar en la utilidad y el uso que se pretende dar a la evaluación. Es imprescindible saber quién ha puesto en marcha la evaluación y por qué, para minimizar los posibles efectos de la falta de consenso dentro de la organización en el trabajo de los evaluadores.

III.2.1.3. Estándares de evaluación

La realización de una evaluación rigurosa y útil está condicionada por varios factores. A las actitudes de los agentes implicados hay que añadir la importancia de cumplir con una serie de estándares.

Siguiendo las conclusiones del estadounidense Comité Conjunto de Estándares para la Evaluación Educativa, para realizar una buena evaluación se deben cumplir cuatro tipos de estándares, entendidos como principios que deben orientar el proceso: de utilidad, de viabilidad, de propiedad y de precisión (Comité Conjunto, 1998:45-51).

1. *Estándares de utilidad*: Intentan establecer si la evaluación sirve para los objetivos propuestos en la misma.
2. *Estándares de viabilidad*: Hacen referencia a los recursos necesarios para llevarla a cabo.
3. *Estándares de propiedad*: Definen la necesidad del respeto a la privacidad y a los derechos de las personas que son evaluadas.
4. *Estándares de precisión*: Aluden a la rigurosidad y seriedad en los planteamientos y en su puesta en práctica.

El cuadro 3.2 ilustra de forma más detallada los estándares que, basados en la propuesta de dicho Comité, debería reunir toda evaluación de programas. El cumplimiento de estos principios otorga una mayor garantía y utilidad a la misma. En este sentido, deben entenderse como una ‘guía de evaluación’.

Cuadro 3.2. Estándares para la evaluación de programas en servicios sociales³²

- **ESTÁNDARES DE UTILIDAD:**
 - Identificación de personas y grupos afectadas: usuarios, profesionales, responsables políticos.
 - Aceptación del evaluador/es en la organización objeto de evaluación.
 - Selección previa y adecuada de la información necesaria para el inicio de la evaluación.
 - Exposición de los criterios para emitir los juicios de valor, reduciendo la posible 'subjetividad'.
 - Estructura adecuada del informe, que ha de recoger los objetivos de la evaluación, los procedimientos y metodología, los resultados, conclusiones, etc.
 - Claridad expositiva del informe, de tal forma que su comprensión sea sencilla por parte de todos los colectivos y grupos implicados en la evaluación.
 - Difusión de resultados, tanto provisionales como definitivos, a las personas y grupos sociales implicados.
 - Utilización adecuada de la evaluación, con la consideración de las propuestas que pueden derivarse de la misma.

- **ESTÁNDARES DE VIABILIDAD:**
 - Procedimientos prácticos, utilizando instrumentos y metodologías que consideren el tiempo disponible y la disponibilidad y características de los participantes, y el contexto del programa.
 - Viabilidad política: Es importante la cooperación de los/as responsables políticos del programa.
 - Eficiencia en los costes, tanto a nivel social como económico, de todos los recursos financieros, humanos y materiales empleados en la evaluación, en relación también al presupuesto que tiene el programa o servicio a evaluar.
 - Evaluabilidad del programa: Determinar previamente si el programa es evaluable según el modelo y los procedimientos que hemos establecido.

- **ESTÁNDARES DE PROPIEDAD:**
 - Orientación hacia el servicio: Las evaluaciones deben ir dirigidas principalmente a la mejora de los servicios, para que repercuta de forma directa y positiva en los usuarios o beneficiarios del mismo.
 - Acuerdos formales, entre las entidades implicadas en la evaluación, sobre las obligaciones de cada parte.
 - Respeto a los derechos de las personas que participen en la evaluación, sobre todo de los usuarios. Ante todo, debe protegerse el derecho de las personas que formarán parte de la evaluación (carácter anónimo, voluntario,...).
 - Accesibilidad a los resultados de todas las partes y personas afectadas por la evaluación o que tengan derecho reconocido para acceder a los resultados.

- **ESTÁNDARES DE PRECISIÓN:**
 - Información exhaustiva sobre el programa, debiendo ser muy elevado su conocimiento por parte de los evaluadores.
 - Descripción de las fuentes de información utilizadas en la evaluación del programa.
 - Análisis de contexto, mediante la determinación de los factores que pueden estar influyendo en el programa.
 - Metodología y técnicas validadas, fiables y sistemáticas, que permitan disponer de una información adecuada para la posterior toma de decisiones.
 - Imparcialidad de los informes presentados, evitando cualquier tipo de sesgo que pueda introducir el propio evaluador.
 - Metaevaluación, evaluando la propia evaluación.

Fuente: Comité Conjunto (1994: 55-112) y elaboración propia.

³² El cuadro realiza una selección, aplicada a los servicios sociales comunitarios, de la propuesta del Joint Committee- coordinado por el Dr. Senders- e incorpora nuevos estándares que pueden considerarse importantes, atendiendo a las peculiaridades de este tipo de servicios (es el caso de la evaluabilidad, o la validez y fiabilidad de las técnicas utilizadas).

III.2.1.4. Evaluabilidad del programa

La evaluabilidad implica una actividad previa al propio proceso de evaluación, ya que se pretende determinar si un programa puede ser evaluado (Wholey, 1977,1994; Vedung, 1997; Reboloso et al, 2008). Va a depender de la rigurosidad de la planificación, y las barreras y reticencias existentes por parte de los distintos agentes implicados (Rutman, 1980; Alvira, 1991; Fernández Ballesteros, 1996). En este caso, son los métodos cualitativos los más utilizados.

No solo hay que comprobar la definición, conceptualización, objetivos y metas de un programa, sino fundamentalmente si hay resistencia y el grado de utilización que van a tener los resultados.

Para efectuar el análisis de evaluabilidad de un programa será necesario examinar los documentos que lo componen, detectar las percepciones que tienen las personas que están más relacionadas con el mismo, obtener unas primeras impresiones de su funcionamiento, identificar a los participantes en la evaluación, y establecer un acuerdo entre evaluadores y gestores del programa que permita continuar con las siguientes fases del proceso (Rutman, 1980; Rossi y Freeman, 1982; Vedung, 1997; Reboloso et al, 2008).

Un paso previo a la elaboración del diseño de evaluación de un programa es el estudio y conocimiento del mismo. Son tres tipos de procedimientos los que se suelen utilizar para familiarizarse con el mismo, sobre todo en aquellos casos en que la evaluación es externa (Alvira, 1997:21-4):

- a) Estudio y análisis de los documentos existentes sobre el programa: Documentos técnicos, legislación sobre el programa, memorias, etc.
- b) Entrevistas abiertas a responsables políticos, técnicos y usuarios, con objeto de obtener una primera aproximación de la percepción que hay en los distintos niveles del programa.
- c) Observación in situ, en el lugar o centro en el que se realice la intervención o se presten los servicios.

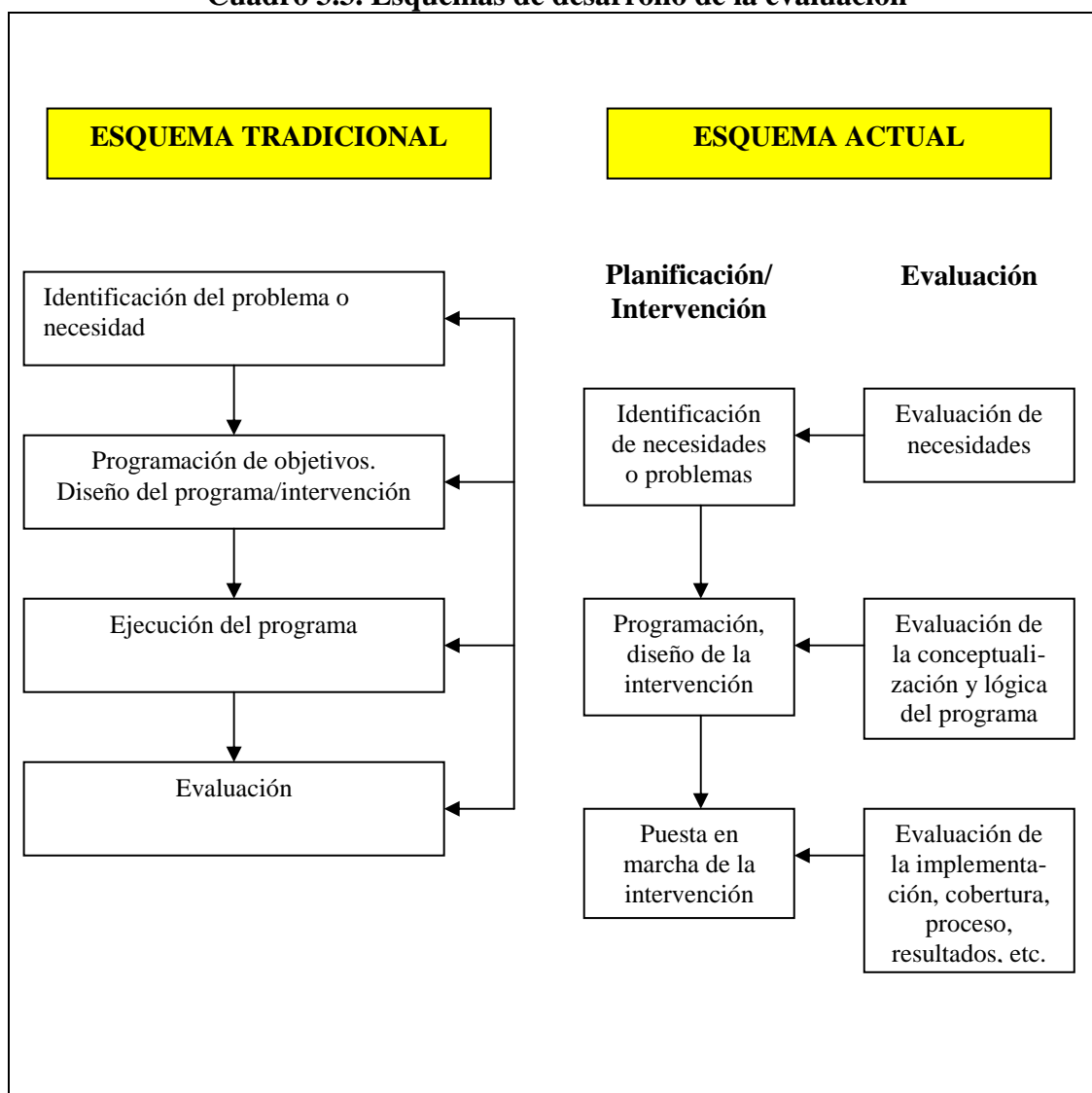
Sin duda, es fundamental la realización de estas actividades para tomar contacto con el programa, como fase previa al propio diseño. Conocerlo con profundidad es imprescindible para desarrollar una evaluación útil, orientada al análisis y valoración del mismo, que descubra sus fortalezas y debilidades.

III.2.2. Fases de la evaluación

La intervención social se desarrolla a través de un proceso que está constituido por una serie de fases y etapas que mantienen el siguiente orden: *identificación de problemas y necesidades*, considerando el contexto social y cultural; *establecimiento de metas y objetivos* que señalen los resultados que se esperan conseguir; *pre-evaluación* para profundizar y decidir la forma de intervención; *diseño y elaboración del programa*, definiendo las intervenciones a través de una serie de proyectos, actividades y tareas; *implantación*, mediante el desarrollo e implementación de las diferentes acciones; fase de *evaluación*, que ha de realizarse durante el proceso, y no solo al final, para reorientar de manera continuada las acciones; y por último la *toma de decisiones*, efectuada generalmente desde el ámbito político, en función de las conclusiones y evaluaciones técnicas (Fernández-Ballesteros, 1992, 1996).

Durante bastante tiempo el papel de la evaluación en el ciclo de la intervención social estuvo centrado de manera exclusiva en el estudio del grado de cumplimiento de los objetivos del programa, y no se percibía la necesidad de evaluar el resto de las fases. El cuadro 3.3 ilustra dos esquemas de desarrollo del proceso de evaluación: uno tradicional con un carácter lineal, en el que la evaluación se lleva a cabo al finalizar el programa o proyecto; y un segundo que representaría el esquema vigente y aplicado en la actualidad (Alvira, 1991).

La evaluación debe afectar a todas las etapas de desarrollo de un programa, desde la detección de necesidades y problemáticas sociales, la conceptualización y diseño de las intervenciones, la valoración de los procesos, hasta los resultados. Que sea permanente o continua permite una adaptación y adecuación de las intervenciones a los cambios que se vayan produciendo, posibilitando la reorientación del programa si se valora como necesario. De esta forma se podrá incrementar su eficacia y efectividad.

Cuadro 3.3. Esquemas de desarrollo de la evaluación

Fuente: Alvira, 1991:6.

Son diversas las fases que integran el proceso evaluativo. Distinguiremos cinco etapas, si bien con un mayor nivel de concreción se podrían identificar algunas más (Alvira, 1991; Aguilar y Ander-Egg, 1992; Fernández- Ballesteros, 1996; Gómez Serra, 2008; Reboloso et al, 2008):

1) *Planteamiento de la evaluación:*

En esta primera fase el evaluador deberá efectuar una toma de contacto con el programa y la organización donde se desarrolla el mismo. Se producirá el proceso de negociación con los que encargan la evaluación, considerando todos los intereses de los actores implicados. Se realizarán una serie de especificaciones: qué se pretende evaluar,

para quién y para qué fines, y la delimitación de los recursos disponibles (Aguilar y Ander-Egg, 1992). Se comprobará también la viabilidad de la evaluación o evaluabilidad del programa (Alvira, 1991), concretando aspectos como la forma de obtener la información precisa, el acceso a los datos que posee la organización, la calidad de los mismos, y los métodos más adecuados para realizar la investigación. Requiere una definición del modelo de evaluación (Gómez Serra, 2008).

2) *Formulación del diseño de la investigación evaluativa:*

Implica el desarrollo de la metodología y los instrumentos que van a posibilitar la evaluación, seleccionando las variables sobre las que se va a centrar el análisis y elaborando los indicadores correspondientes (Fernández- Ballesteros, 1996). Para ello habrá que establecer los aspectos que van a ser evaluados, lo que determinará el tipo y modelo de evaluación que se va a desarrollar. También se definirá el plan de recogida de información, con los recursos, fases, temporización, metodología, etc. Es aconsejable el uso de diversas técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, con un carácter complementario.

3) *Recopilación de información:*

A través del trabajo de campo conseguimos obtener una serie de datos para analizar. Se aplicarán las técnicas, instrumentos y procedimientos que hayan sido considerados pertinentes en el diseño de investigación. Con carácter previo se realizarán las pruebas necesarias para adaptar los instrumentos de recogida de información a las características de las personas a las que se va a aplicar. Si se trata de cuestionarios, se realizarán diversos pre-test.

4) *Análisis de datos y presentación de resultados:*

El equipo de evaluación, una vez recabados los datos, efectuará un análisis de los mismos y elaborará un informe de resultados y conclusiones, que serán sometidos a discusión con miembros de la organización. Posteriormente en un documento definitivo se recogerán de forma clara y estructurada los comentarios y recomendaciones que han de servir de base para la toma de decisiones sobre el programa. Las propuestas que se realicen deben ser prácticas y factibles (Aguilar y Ander-Egg, 1992). Hay que considerar además que elaborar un informe de evaluación es también un ejercicio de

comunicación (Amezcuca y Jiménez, 1996).

5) *Aplicación de resultados y toma de decisiones:*

Representa la última fase del proceso de evaluación y la que no depende directamente del equipo investigador. Los clientes, las personas que encargaron la evaluación deberán tener en cuenta los resultados para actuar sobre el programa de intervención y modificar aquellos aspectos que sean necesarios. Sin embargo, no siempre esto sucede. Aunque la evaluación haya sido práctica y claramente aplicable, en numerosas ocasiones no se introducen los cambios propuestos debido a la falta de voluntad para hacerlo, o bien porque no pueden llevarlos a cabo como consecuencia de la existencia de determinados intereses, tanto internos como de grupos externos a la propia organización, que pueden verse afectados y mostrar reticencias.

III.2.3. La relación entre investigación y evaluación. Las técnicas de investigación social en la investigación evaluativa

Si bien no se debe confundir evaluación con investigación (Bustelo, 2003), ambas tienen una relación directa. Las herramientas para llevar a cabo una evaluación se toman de los métodos de investigación de las ciencias sociales (Amezcuca y Jiménez, 1996). Es un “proceso de gestión” basado en investigación aplicada y en la recopilación sistemática de datos e información. En este sentido, los diseños y técnicas utilizadas son las mismas que en la investigación social básica. Lo que difiere son los problemas a investigar (Vedung, 1997).

En cualquier caso, en la utilización de las técnicas de investigación social en la evaluación de programas hay que tener en consideración dos aspectos. Por un lado, las técnicas deben adecuarse al programa y no al contrario; por otro, es necesaria la rigurosidad en su aplicación, lo que exige que el evaluador tenga un conocimiento elevado de los métodos y técnicas de investigación social (Alvira, 1997). Sólo a partir de una recogida de información y un buen análisis de la misma pueden emitirse juicios de valor.

Centrados en la investigación social desde la perspectiva de la sociología, Beltrán (2003) defiende la existencia de varios métodos, adecuados en cada caso al aspecto del objeto que trata de indagar. En concreto, esboza cinco métodos: El histórico, el

comparativo, el método crítico-racional, el cuantitativo y el cualitativo³³.

En evaluación de programas, el debate cualitativo-cuantitativo responde a un choque básico entre paradigmas metodológicos. Así, mientras que numerosos autores enfocan su atención en métodos cuantitativos (Tyler, 1950; Suchman, 1967; Campbell y Stanley, 1966), otros figuran entre los que se decantan por los métodos cualitativos (Guba, 1978; Filstead, 1986; Scriven, 1974; Stake, 1975, 1983). No obstante, algunos de ellos evolucionan en su trayectoria hacia posiciones más flexibles. Un ejemplo lo constituye el propio Campbell (1986), quién, a pesar de ser firme defensor de la perspectiva cuantitativa, sobre todo el método experimental, termina apostando por la necesidad de una epistemología que integre ambos métodos.

Cook y Reichardt (1986) indican la importancia de la flexibilidad de los métodos, entendiendo que tanto la perspectiva cuantitativa como cualitativa son necesarias y pueden utilizarse de manera conjunta, seleccionando las que sean más adecuadas para la investigación propuesta. La diversidad de objetos de la investigación evaluativa, la mayor profundidad requerida en el análisis, o la reducción de sesgos en el estudio, representan tres razones suficientes para la utilización de ambas metodologías de forma complementaria.

Hollister et al (1986) también defienden la complementariedad. Tradicionalmente el análisis de proceso, mediante el que se intenta estudiar el funcionamiento de un programa, estaba unido a técnicas cualitativas, mientras que la evaluación de impacto, que busca comprobar el grado de éxito del programa, exigía técnicas cuantitativas. Sin embargo, para estos autores, ambas metodologías –cuantitativa y cualitativa- pueden y deben utilizarse en los dos tipos de evaluaciones referidos.

³³ El **método histórico** no consistiría en que el sociólogo utilice las técnicas e instrumentos del historiador, sino en preguntarse por el discurrir histórico de aquello que estudia. La variable tiempo ha de tenerse siempre presente en el estudio de la realidad social.

El **método comparativo** sería consecuencia de la variedad de formas y procesos, de estructuras y comportamientos sociales, tanto en el espacio como en el tiempo. Consistiría básicamente en establecer comparaciones, teniendo siempre en cuenta la posible heterogeneidad de los elementos a comparar.

El **crítico racional** consiste, en palabras de Miguel Beltrán, en discutir y apreciar la racionalidad de los fines, cuestión de valores de los que la ciencia positivista no quiere saber nada.

Respecto al **método cuantitativo**, quizás el más extendido y utilizado en la sociología actual, debe usarse para aquellos aspectos del objeto que lo exijan o permitan. La actitud naturalista, al contrario de la humanista, es la máxima defensora de este método. Cuestionarios, escalas o indicadores formarían parte de este método.

Por último, el **método cualitativo**, también muy utilizado, abarcaría técnicas de análisis de la realidad como el grupo de discusión, la observación participante, el análisis de discurso, las historias de vida, las entrevistas en profundidad, etc. (Beltrán, 2003).

En este sentido, una gran parte de la comunidad científica dentro de la sociología mantiene una postura ecléctica, con una escasa identificación con un único paradigma o metodología. El eclecticismo permite la tolerancia y la posibilidad de múltiples aproximaciones a la realidad social, representa la admisión de la pluralidad (Latiesa, 1991).

Aunque hay autores que defienden la existencia de un único método, el pluralismo cognitivo y metodológico ha sido y es defendido en los últimos años por la mayor parte de los sociólogos. Una gran mayoría consideran que las distintas perspectivas en la investigación de un mismo objeto son complementarias y no contradictorias. En este sentido, cada vez más se defiende la complementariedad de técnicas cuantitativas y técnicas cualitativas en el estudio un mismo fenómeno social, elemento que se ha consolidado bajo la denominación de "triangulación" (Cook y Reichardt, 1986; Ruiz Olabuenaga, 1999).

La utilización de diversos métodos y técnicas de investigación social debe también aplicarse a las evaluaciones realizadas en el ámbito de la política social. Existe una serie de técnicas y procedimientos de recogida de información que son adecuados para la evaluación de programas de servicios sociales comunitarios. En el siguiente listado se indican los más importantes, desglosados en cuantitativos y cualitativos:

a) Técnicas y procedimientos cuantitativos:

- Encuestas
- Entrevistas estructuradas
- Análisis de datos secundarios
- Escalas y tests sobre actitudes
- Diseños experimentales y cuasi-experimentales

b) Técnicas y procedimientos cualitativos:

- Observación
- Entrevistas en profundidad
- Entrevistas semiestructuradas
- Grupos de discusión
- Grupos nominales
- Análisis de contenido de documentos
- Estudios de caso

- Foros comunitarios
- Paneles Delphi
- Historias de vida
- Entrevistas semiestructuradas

Alvira (1997) establece las principales ventajas e inconvenientes de las técnicas de recogida de información y producción de datos más frecuentes, expuestas en el cuadro 3.4.

Cuadro 3.4. Ventajas e inconvenientes de diferentes técnicas de recogida de datos utilizadas en la evaluación de programas

Técnicas	Ventajas	Inconvenientes
Datos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez - Coste escaso - Perspectiva desde dentro 	<ul style="list-style-type: none"> - No se ajustan a los objetivos - Escasa accesibilidad - Posibles sesgos en la producción - Pueden no ser completos
Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Máximo número de casos - Máxima "objetividad" y validez 	<ul style="list-style-type: none"> - Costosa - Impone la estructura conceptual del evaluador - Lleva tiempo
Entrevista abierta (en profundidad)	<ul style="list-style-type: none"> - Recoge gran cantidad de información en profundidad - Información cercana a la realidad - Punto de vista de los actores 	<ul style="list-style-type: none"> - "Muestra" pequeña (pocos casos) - Requiere entrevistadores adiestrados - Análisis complejo
Grupos de discusión	<ul style="list-style-type: none"> - Recoge gran cantidad de información en profundidad - Muy eficiente en la recogida de información 	<ul style="list-style-type: none"> - "Muestra" pequeña (pocos casos) - Análisis complejo
Observación participante	<ul style="list-style-type: none"> - Recoge gran cantidad de información en profundidad y desde dentro 	<ul style="list-style-type: none"> - Uno o dos casos - Análisis complejo - Posibles sesgos

Fuente: Alvira, 1997:70.

La evaluación de programas se caracteriza por la diversidad de enfoques y modelos en la aplicación de los distintos métodos y técnicas de investigación social. Esta pluralidad lleva a algunos autores a plantear la necesidad de una metaevaluación del propio diseño y plan establecido (Trinidad y Pérez, 2000). En este sentido, un paso previo sería valorar la adecuación e idoneidad de los métodos y técnicas de investigación social a utilizar, además de los recursos humanos, técnicos y materiales, así como el enfoque conceptual y teórico de partida.

La crisis de los diseños experimentales en la evaluación de programas en los años ochenta, por su dificultad de aplicación a nivel social, unido a la necesidad de

incorporar metodologías capaces de detectar los múltiples intereses que puede haber en torno a las políticas sociales, hace que en los últimos años se hayan incrementado las evaluaciones que con un carácter complementario utilizan diversos métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas.

III. 3. TIPOLOGÍAS Y MODELOS DE EVALUACIÓN

Son diversos los criterios utilizados para clasificar las evaluaciones. Antes de su exposición, conviene señalar una primera diferenciación efectuada por Stufflebean y Shinkfield al distinguir entre *pseudoevaluación*, *cuasievaluación* y *evaluación*. Las pseudoevaluaciones van dirigidas sobre todo a legitimar las actuaciones y las decisiones políticas, siendo su objetivo llegar a conclusiones que han sido determinadas con anterioridad a la realización de las investigaciones correspondientes. Las cuasievaluaciones serían investigaciones parciales, propias de las primeras décadas del desarrollo de la evaluación de programas; es el caso las investigaciones basadas en objetivos o en la experimentación, que no van orientadas a emitir juicios de valor. Por último, las evaluaciones propiamente dichas intentarían de forma rigurosa examinar el programa objeto de estudio y servirían de base para formular valoraciones y recomendaciones (Stufflebean y Shinkfield, 1987).

III.3.1. Tipos de evaluación

Existen diferentes criterios para hacer una taxonomía de las evaluaciones: Momento de su realización, funciones que cumple, procedencia del equipo evaluador, o según los elementos del programa o proyecto que pretenden ser evaluados (Scriven, 1967; Alvira, 1991; Aguilar y Ander-Egg, 1992; Cohen y Franco, 1993; Gómez Serra, 2008; Reboloso et al, 2008):

a) *Según las funciones que desempeña:*

Es una clasificación realizada por Scriven (1967), distinguiendo entre evaluación *formativa* y *sumativa*.

- *Formativa*: Es llevada a cabo durante la aplicación o proceso de ejecución del programa. Sirve sobre todo para iniciarlo o para mejorar su funcionamiento.
- *Sumativa*: Evalúa los resultados o efectos. Básicamente se dirige a confirmar, reorientar o corregir, e incluso suprimir el programa.

En la actualidad la mayoría de las evaluaciones son formativas, lo que ha llevado a que se efectúen críticas a esta clasificación. Sin embargo, ambas modalidades tienen plena vigencia, y se pueden entender con un carácter complementario (Aguilar y Ander-

Egg, 1992). En base a este criterio Amezcua y Jiménez (1996) diferenciarán entre evaluación formativa, de proceso y de resultados.

b) Según el momento de realización:

En función de este criterio Aguilar y Ander-Egg (1992) distinguen entre evaluación *ex-ante*, *durante* y *ex-post*:

- *Ex-ante*: Se efectúa con anterioridad al inicio o aprobación de la realización de un programa o proyecto. Proporciona argumentos sobre la viabilidad y pertinencia del mismo.
- *Durante*: Se desarrolla en la fase de ejecución, una vez emprendido el proyecto, y permite una reorientación permanente de la intervención. Se denomina también evaluación continua o concomitante (Aguilar y Ander-Egg, 1992).
- *Ex-post*: Se realiza una vez finalizado el programa, y permite valorar sus efectos, eficacia y eficiencia, e impacto. Sus conclusiones y valoraciones deben servir de referente de otros programas similares que se desarrollen a partir de ese momento.

Sin embargo, según Cohen y Franco (1993) procede establecer tan solo dos modalidades: *ex-ante* y *ex-post*, incluyendo dentro de esta última la de proceso, que equiparan con la 'continua' y se desarrolla durante la implementación del programa, y la de impacto, que suele realizarse una vez que este ha finalizado.

Conviene remarcar, dados los objetivos de esta tesis, que la evaluación *ex-post*, en el ámbito de actuación de los servicios sociales, es la que más se ha desarrollado a nivel metodológico y la que ha tenido una mayor aplicación.

c) Según la procedencia del equipo evaluador:

Atendiendo a este criterio, podemos diferenciar entre *externa*, *interna*, *mixta*, *autoevaluación*, y *participativa*.

- *Externa*: Los evaluadores no pertenecen ni tienen vínculo con la organización que ejecuta el programa.
- *Interna*: Las personas que evalúan pertenecen a la institución del programa o proyecto, aunque no tienen una responsabilidad directa en su desarrollo.
- *Mixta*: Combina la externa y la interna, integrándose personas de ambos perfiles en un mismo equipo de trabajo.
- *Autoevaluación*: Se trata de una evaluación interna, con la diferencia que son los

propios gestores y técnicos implicados directamente en el programa los que efectúan todo el proceso.

- *Participativa*: Intenta implicar a la comunidad a la que va dirigida el proyecto o programa en el diseño, planificación, inicio, desarrollo y evaluación del mismo. El papel relevante lo tienen aquí los propios usuarios o beneficiarios (Cohen y Franco, 1993).

La diferencia fundamental entre la evaluación interna y la externa estriba en la situación del evaluador y su relación con la institución donde se va a efectuar. Optar por una u otra no siempre es fácil y dependerá de los objetivos y las características de la organización. Entre las ventajas de la evaluación interna podemos destacar el mayor conocimiento del programa, la disminución de la reacción negativa de las personas que son objeto de evaluación, tiene un menor coste y una mayor influencia en la posible mejora final. La externa, por su parte, tiende a ser más objetiva, utiliza habitualmente metodologías e instrumentos más rigurosos o “científicos”, posee mayor credibilidad, y utiliza en mayor medida criterios y estándares consensuados por las entidades y personas que profesionalmente se dedican a la evaluación (Fernández- Ballesteros, 1996; Alvira, 1997).

La dificultad en la elección, y las ventajas y desventajas asociadas a optar por una de las modalidades, ha hecho que diversos autores apuesten por fórmulas mixtas, mediante la participación en los equipos tanto de profesionales de la institución como de evaluadores externos, buscando sumar las ventajas de ambas modalidades (Alvira, 1997).

d) Según el objeto de la evaluación:

Una cuarta tipología, la que tiene una mayor relevancia y utilidad, alude a los aspectos del programa que son objeto de evaluación. Habitualmente numerosos autores hablan de tipos de evaluación haciendo referencia a esta clasificación exclusivamente. Por ello utilizaremos la expresión ‘modelos de evaluación’ para referirnos a ellos y diferenciarlos de los anteriores. Los más relevantes son las evaluaciones de: *necesidades, diseño, implementación, cobertura, impacto, resultados, efectividad, económica y calidad*. Debido a su importancia se dedica el siguiente apartado del capítulo para su análisis.

III.3.2. Modelos fundamentales de evaluación

En el apartado sobre la evolución histórica se han expuesto algunos modelos clásicos. Sin embargo, la tipología que se establece a continuación se fundamenta en los aspectos a valorar del objeto de evaluación.

La propuesta parte de clasificaciones, bastante exhaustivas, elaboradas por Vedung (1997), Alvira (1991, 1997), Cohen y Franco (1993), Aguilar y Ander-Egg (1992) y Reboloso et al (2008). Es una selección de diversos tipos o modelos que, planteados por estos autores, entendemos más aplicables o adecuados a los programas en el ámbito de los servicios sociales de atención primaria. Además, no pueden entenderse de forma aislada, sino que muchos de ellos tienen un carácter complementario.

a) ***Diagnóstico o Evaluación de necesidades:***

Debe constituir el primer paso en la elaboración de un programa o proyecto. Está basada en un análisis de las características del problema al que se pretende dar respuesta con la intervención social. Las técnicas más utilizadas en este tipo serían el análisis de estadísticas y datos secundarios de censos u otros registros, las encuestas, los grupos nominales y el panel Delphi (Alvira, 1991).

b) ***Evaluación del diseño:***

Es un tipo de evaluación ex-ante, previa a la implementación del programa. Se realiza un análisis de la conceptualización del programa, y se valora la adecuación de las actividades que se proponen desarrollar al diagnóstico realizado y los objetivos estratégicos marcados por la institución. Es esencial la justificación de la viabilidad y posibilidades de desarrollo de un programa o proyecto.

c) ***Evaluación de la implementación:***

La aplicación del programa es una de las fases más importantes del ciclo de intervención social. La evaluación de la implementación intenta detectar el grado de adecuación entre los planteamientos teóricos del programa –objetivos, acciones y actividades, tareas- y su funcionamiento real. Comprobará también en qué medida la disponibilidad de recursos humanos, materiales, financieros y técnicos es la correcta.

d) ***Evaluación de la cobertura:***

Consiste en evaluar en qué medida un programa llega a la población a la que va dirigido. Incluye, entre otros aspectos, la proporción de la población que es beneficiaria del programa respecto al total de usuarios potenciales, y el sesgo de la cobertura.

El sesgo o eficacia de la cobertura consiste en determinar si todos los beneficiarios del programa son susceptibles de recibir los servicios, y si existen posibles usuarios que necesitan el programa y no se les está prestando (Rossi y Freeman, 1989; Alvira, 1997). Algunos factores que pueden incidir son el grado de conocimiento del programa por los usuarios potenciales, la aceptación del mismo, la accesibilidad, y su nivel de calidad (Aguilar y Ander-Egg, 1992).

No obstante, uno de los elementos que dificultan el logro de una óptima cobertura en programas financiados por los poderes públicos viene representado por los presupuestos de las distintas administraciones, que no siempre alcanzan cantidades suficientes para cubrir todas las necesidades.

e) ***Evaluación de impacto:***

El análisis de los efectos sobre los usuarios es la principal pretensión de este tipo de evaluación, efectos tanto buscados como no queridos. Es similar al análisis de resultados, que se examinará a continuación, por lo que numerosos autores los consideran de forma análoga. La única diferencia es que en la evaluación de impacto se analizan los efectos del programa en el conjunto de la comunidad y no solo en los propios usuarios (Alvira, 1991).

En la evaluación de resultados y de impacto durante mucho tiempo se han utilizado, en mayor medida, los diseños experimentales y cuasiexperimentales –como las series temporales o los grupos de control no equivalentes–, que intentan establecer relaciones de causa-efecto (Cohen y Franco, 1993; Alvira, 1997). Sin embargo, de forma creciente se están incorporando otras metodologías, más cualitativas y holísticas.

f) ***Evaluación de resultados:***

Se basa en la comprobación del grado de consecución de los resultados u objetivos previstos, o bien en detectar qué otras consecuencias no previstas se han derivado de la

aplicación. Implica identificar y analizar efectos o consecuencias de un programa o servicio, asignándoles un valor.

Se investiga en este caso fundamentalmente los cambios que se producen en la realidad social como consecuencia de la aplicación del programa, mientras que los tipos examinados con anterioridad constituyen en mayor medida un estudio interno de la consistencia del programa o proyecto. Es una diferencia sustancial, por cuanto puede suceder que un programa bien aplicado no consiga la incidencia ni cambios previstos en el contexto.

Dentro de la evaluación de resultados se han desarrollado numerosos modelos. Destacan los de efectividad, analizados por Vedung (1997), así como los de evaluación económica, que pueden situarse en este apartado.

f.i) Modelos de efectividad:

Los modelos de efectividad, que pasamos a analizar, son los que siguen: Consecución de objetivos, efectos colaterales, evaluación sin objetivos, modelo orientado al cliente y modelo de participante.

- *Modelo de consecución de objetivos:*

Representa la forma más clásica de evaluación, siendo su principal tarea medir el cumplimiento de los objetivos fijados en el programa. Se fundamenta, por tanto, en una teoría descriptiva de valoración.

A partir de los años setenta entrará en crisis como consecuencia de sus deficiencias. La falta de determinación de los objetivos, su ambigüedad, la imposibilidad de que sean cuantificables o su excesivo número, así como la no consideración de la implementación o los procesos que llevan a la aplicación del programa, son algunos de los problemas que plantea este modelo (Vedung, 1997:66-72).

- *Modelo de efectos colaterales:*

Este modelo, defendido por Vedung, intenta ir más allá de la mera evaluación de objetivos y presta atención a la valoración de efectos que no estaban previstos pero que se han producido como consecuencia de la implementación. Y es que en ocasiones la aplicación de programas en el ámbito de las administraciones públicas implica decisiones políticas que llevan a realizar tareas no previstas en un principio, por lo que

comprobar y valorar estas actividades, junto a la consecución de objetivos, será también prioritario en este planteamiento.

- *Modelo de evaluación sin objetivos:*

Es un planteamiento que tiene su origen en Scriven, en los años setenta del pasado siglo. Su propuesta se basa en la evaluación de los resultados de un programa sin necesidad de considerar los objetivos del mismo. Este modelo, que al principio resultaba poco ortodoxo para los autores de la época, pretende centrarse en el análisis del impacto del programa, e intenta comparar los efectos producidos con las necesidades de la población objeto de intervención. Ayuda al evaluador a descubrir resultados que no se encontraban entre los objetivos iniciales (Vedung, 1997).

- *Modelo orientado al cliente:*

La característica principal es que considera las opiniones de los usuarios. La evaluación se centra en comprobar el grado de satisfacción de los beneficiarios en base a sus expectativas y deseos, o bien en relación a sus necesidades. Es un modelo que se incorpora de forma creciente en un importante número de ámbitos de actuación de las administraciones públicas, sobre todo en aquellas áreas, como es el caso de los servicios sociales, en las que la participación de la población es fundamental para la aplicación de los programas.

- *Modelo de participante:*

Similar al modelo orientado al cliente, si bien es más amplio porque intenta abarcar en su análisis a todos los sectores sociales que tienen relación con el programa o servicio, y no solamente a los usuarios. De esta forma, se centra además en los técnicos, profesionales, responsables políticos, etc. que lo han decidido, elaborado y/o puesto en marcha. Así, “el modelo de participante se interpretará como un enfoque holístico, dirigido a todo el espectro del grupo afectado y sus emisarios organizados” (Vedung, 1997:97).

Desarrollado principalmente en Estados Unidos, los evaluadores que se enmarcan dentro de este paradigma otorgan prioridad a las técnicas cualitativas de investigación social, como observación participante y no participante, entrevistas en profundidad, o grupos de discusión.

Un segundo modelo de participación es el utilizado en Suecia, basado en las comisiones políticas “ad hoc”. El gobierno convoca una serie de comisiones, compuestas generalmente de técnicos expertos y políticos, que serán las encargadas de realizar la evaluación. Desde esta perspectiva, la evaluación trasciende la labor de investigación, al tener un carácter más político.

f.ii) ***Evaluación económica:***

El principal objetivo de la evaluación económica es el logro de la eficiencia. Las peculiaridades de los programas de servicios sociales comunitarios, en los que difícilmente se pueden cuantificar los beneficios en términos monetarios, nos lleva a tener que distinguir entre tres tipos de análisis: Coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad (Alvira, 1991; Aguilar y Ander-Egg, 1992; Cohen y Franco, 1993; Reboloso et al, 2008).

- *Coste-beneficio:*

Más propio del ámbito de la economía, permite la evaluación de la eficiencia comparando beneficios y costes en unidades monetarias. Casi nunca es aplicable de forma directa a la evaluación de programas sociales, al no haber en éstos un rendimiento económico fácilmente identificable.

Evaluar la rentabilidad de un proyecto es dificultoso. Una evaluación económica de un programa puede plantear pérdidas, mientras que una evaluación social muestra que es positivo, puesto que incrementa el bienestar social de la comunidad (Cohen y Franco, 1993).

No obstante, es interesante incorporar en la evaluación de programas sociales el cálculo económico de la tasa de retorno, pues parte del coste económico de muchos programas de servicios sociales personales revierte a nivel social en forma de creación de empleo, disminución de costes por desempleo, ahorro de servicios de institucionalización mucho más costosos, etc.

- *Coste-efectividad:*

También es denominado *coste-eficacia*. Es similar al anterior, pero con una diferencia sustancial que le permite ser aplicado a los servicios sociales: los beneficios

se expresan en términos de resultados o impacto real del programa (Rossi y Freeman, 1982, 1989), y no en unidades monetarias.

La valoración de la eficiencia basada en el coste-efectividad intenta sobre todo establecer un análisis de los efectos producidos por el programa. En este sentido, la comparación de varios programas o servicios sí permite con este modelo comparar cual es más eficiente, es decir, quién presta mejor servicio a menor coste (Reboloso et al, 2008).

- *Coste-utilidad:*

Establece la relación entre costos, expresados en unidades monetarias, y efectos de una intervención social atendiendo a los beneficios y satisfacción percibidos por los propios beneficiarios, de forma subjetiva (Aguilar y Ander-Egg, 1992). Al igual que el coste-efectividad, es aplicable a los servicios sociales; y ambos resultan imprescindibles en una evaluación de la calidad de un programa.

Todos los tipos y modelos analizados no tienen un carácter excluyente, sino más bien complementario. Frente a la hegemonía del modelo de consecución de objetivos hace algunas décadas, en la actualidad son diversos modelos los que compiten entre sí. Incluso en determinados casos pueden llegar a solaparse. No debemos olvidar que “desde el punto de vista internacional, la evaluación ha evolucionado desde la uniformidad al pluralismo (...) Es importante tener en cuenta que todo modelo ofrece solo perspectivas y respuestas parciales” (Vedung, 1997:119-120).

Para Alvira, una buena evaluación debe basarse en varios modelos, y ser aplicados de forma consecutiva. La secuencia de desarrollo debería llevar como mínimo este orden: evaluación de necesidades, de evaluabilidad, de la implementación, de resultados y económica. Sin embargo, esto no sucede con la frecuencia deseada porque en numerosas ocasiones los clientes que encargan evaluaciones están interesados por aspectos muy concretos; y, además, debido a que ha existido una tradición de separación de cada tipo de evaluación como consecuencia de ir unidos cada uno de ellos a distintas disciplinas -psicología, economía, sociología, ciencia política, entre otras- (Alvira, 1991).

Existen herramientas que permiten el desarrollo de distintas evaluaciones de un programa. Una monitorización adecuada, fundamentada en un seguimiento mediante

sistemas de indicadores, facilita la realización de varios tipos de evaluaciones: cobertura, proceso, productividad o eficiencia. En servicios sociales comunitarios, la evaluación se ha basado tradicionalmente en la “monitorización”, término acuñado por Rossi y Freeman (1989). Consiste en recabar información periódica sobre el programa, generalmente mediante aplicaciones informáticas específicas, para facilitar la gestión del mismo. Un ejemplo lo constituye el SIUSS (Sistema de información de usuarios de los servicios sociales), que recoge los datos de la ficha social y los registros del SIVA (Servicio de información, valoración y asesoramiento) a nivel de todo el territorio estatal. En definitiva, aunque los datos de seguimiento formen parte de las actividades gerenciales y de gestión interna y no representen por sí mismos una evaluación, sí facilitan enormemente llevarla a cabo (Bustelo, 2003).

g) ***Evaluación de la calidad:***

La búsqueda de la calidad de los servicios se está convirtiendo en un objetivo esencial de las administraciones públicas. La nueva filosofía de la acción pública concibe a los ciudadanos como clientes que deben estar satisfechos con los servicios que reciben de la administración (Bañón, 2003).

Sin embargo, en el ámbito de la política social, no todos los servicios llevan un ritmo similar ni en la incorporación de sistemas de calidad, ni en el desarrollo de metodologías que permitan evaluarla. Áreas como sanidad o educación llevan varias décadas prestando atención a la misma y tienen como objetivo básico la mejora continua de sus servicios o prestaciones. No ocurre igual con los servicios sociales, donde es mucho más reciente la incorporación de propuestas de calidad, y su valoración, en la atención a los usuarios.

La dificultad de evaluar la calidad ha sido puesta de manifiesto por Alvira (1991:78), y propone a modo de ejemplo algunos indicadores o dimensiones que nos aproximarían a la evaluación de la calidad de un programa o servicio:

- Tiempo de dedicación a cada caso por parte de los profesionales (estudio y valoración del caso, gestiones y atención al usuario).
- Tiempo medio de espera para utilizar el servicio.
- Tiempo medio transcurrido en la tramitación de la demanda.
- Número de documentos exigidos a los usuarios.
- Satisfacción del usuario con el programa o servicio.

Para Pérez-Llantada et al (1999), la evaluación de la calidad debería contemplar, entre otros aspectos, el número de usuarios que acceden al programa, número de abandonos y aquellos que reciben o manifiestan algún beneficio concreto del programa.

Sin duda, los modelos de evaluación examinados en este apartado recogen numerosos aspectos que debe contemplar una evaluación de la calidad de un programa o servicio; entre ellos destacan:

- La detección de necesidades permite adecuar las prestaciones a las características de los usuarios.
- La evaluación de participantes: hay que considerar la organización en su conjunto (responsables políticos, responsables técnicos, profesionales, usuarios).
- Modelo orientado al cliente: La opinión de los beneficiarios del programa es fundamental, tanto a nivel de satisfacción subjetiva como a nivel de valoración de otros aspectos del mismo (información recibida, funcionamiento, tipos de prestaciones, nivel de conocimiento en la utilización del mismo, etc.).
- Modelos económicos basados en el coste-efectividad y coste utilidad. La eficiencia forma parte de la calidad. Valorar los beneficios sociales obtenidos considerando los “costes” económicos producidos es imprescindible. Desde un punto de vista monetario, podemos realizar una evaluación, atendiendo a los costes económicos evitados; es decir, no solo es importante el coste económico que tiene un programa, sino también los costes económicos que ocasionaría la no implantación del servicio. Puede compararse el coste de dos recursos o servicios que intentan ambos dar respuesta a una misma problemática; como ejemplo, ayuda a domicilio frente a residencias en el caso de dependientes severos.

CAPÍTULO IV

GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD. APLICACIÓN A LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES

Este capítulo se desarrolla en tres apartados. El primero se dirige a mostrar distintos conceptos y modelos de medición de la calidad en las organizaciones que prestan servicios. Se inicia con la definición de calidad y las diferentes acepciones que la han caracterizado en su evolución histórica. Posteriormente se profundiza en distintos enfoques de calidad total y en la filosofía de la mejora continua. A continuación se exponen los principales sistemas de aseguramiento y evaluación, en un sentido amplio (Normas ISO, modelos EFQM y EVAM). Finaliza con la referencia al modelo SERVQUAL, desarrollado por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), muy adecuado para examinar la perspectiva del usuario o cliente de un servicio. Adaptar las dimensiones de SERVQUAL a la evaluación de programas de servicios sociales es una de las principales pretensiones de este trabajo.

El segundo apartado aborda las peculiaridades de la evaluación de la calidad en las administraciones públicas.

El tercero se centra en la aplicación de estos conceptos al ámbito específico de los servicios sociales públicos.

IV.1. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y ENFOQUES EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

IV.1.1. El concepto de calidad y su evolución histórica

El origen del término ‘calidad’ se encuentra en el vocablo latino *qualitas-atis*. Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, calidad hace referencia a la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. Está también relacionada con ‘excelencia’, definida como “superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación una cosa”³⁴. Una definición muy ilustrativa es la siguiente: “calidad es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela” (Horovitz, 1992:1).

No existe una definición única de calidad. Su amplia difusión y uso ha producido numerosos cambios en su significado. Para unos la calidad implica satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes, para otros la adecuación de procesos y

³⁴ Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua.

procedimientos en el desarrollo de un producto, ya sea un bien o un servicio. En otras situaciones, es entendida como superación de las expectativas de los clientes o usuarios (Alvira, 2000).

Esto ha provocado que el concepto se encuentre cargado de valores y se caracterice por su relatividad, subjetividad y multidimensionalidad (López Cabanas et al, 1999; Medina, 1996, 1999a, 2000; Fernández del Valle, 1999). Al igual que hay diferencias importantes en función de la naturaleza de los servicios, su definición también cambia según las culturas (Horovitz, 1992). La puntualidad, sin ir más lejos, se valora de forma diferente según la sociedad que se analice. Estas características implican la necesidad de profundizar para delimitar y establecer la acepción que hemos de darle en este trabajo.

Se puede afirmar que la calidad es una filosofía o sistema de pensamiento donde las decisiones van dirigidas al logro de la excelencia, mediante un conjunto de principios, estrategias y métodos, y la implicación de toda la organización para, con la mayor eficiencia posible, obtener la satisfacción de los clientes o usuarios de un bien o servicio.

El actual significado de calidad se ha ido conformando a lo largo de diferentes etapas históricas. En sus inicios aparece vinculado a empresas de producción de objetos físicos de carácter tangible. Aunque el origen de la inquietud por la búsqueda de la calidad se remonta a la década de los años treinta del siglo XX, es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando comienza verdaderamente su desarrollo. Será determinante la creación en ese momento del Comité de Investigación de la Calidad (Q. C. Research Group) por parte de la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (JUSE), siendo los que inician la formación sobre esta temática (Talavera, 1999:28-30).

En la década de los cincuenta del siglo XX comienzan a aplicarse en Japón instrumentos estadísticos de control de calidad de productos industriales, que de manera paulatina se han ido extendiendo a otros servicios, como herramientas de evaluación de los procesos y la estabilidad de los mismos. Entre ellos, los más utilizados han sido las hojas de verificación, los histogramas, diagrama de Pareto, diagrama causa-efecto, diagrama de dispersión, y los gráficos de control estadístico de procesos (Vivas, 1995; Palacios, 2003).

El control de calidad se considerará en sus inicios como inspección de los productos para verificar su adecuación a las especificaciones técnicas previas o estándares de

calidad, ajustándose este planteamiento a los sistemas fordistas de producción. Sin duda, este punto de vista clásico queda reducido al área de producción, dejando a un lado otras fases y procesos también importantes como las gestiones administrativas, o la atención al cliente o comprador (Talavera, 1999).

Más adelante, a partir de los años sesenta se inician sistemas que, dirigidos a incrementar la motivación y satisfacción de los trabajadores de la organización, otorgan una mayor participación y responsabilidad a los mismos. Se implementan sobre todo en el sector automovilístico, mediante el desarrollo de grupos autónomos de trabajo y círculos de calidad.

No se considera en esos momentos la opinión del consumidor del producto. Más tarde aparecerán nuevos planteamientos sobre calidad en las que sí se tendrá en cuenta el cliente, sus necesidades y expectativas, además de las características y deficiencias del producto. En la actualidad los sistemas de calidad van orientados principalmente a los usuarios o clientes.

En la evolución del concepto de calidad tienen importancia las aportaciones de algunos autores. Deming (1982), estadístico norteamericano pionero en el tratamiento de la gestión de calidad, desarrolla en gran medida el control estadístico de procesos. Más tarde, Juran (1993) hará énfasis no sólo en las especificaciones sino también en la utilidad de uso de los productos. Un tercer teórico es Crosby (1990), quién irá más allá al centrar su enfoque en la idea de 'cero defectos', en la importancia de realizar evaluaciones anteriores a la producción para realizar las cosas bien desde el principio.

Se distinguen, por tanto, tres fases claramente diferenciadas. En la primera el interés se enfoca en la búsqueda de la calidad del producto. En la segunda fase, el énfasis se pone en la participación de los trabajadores en los procesos, a través sobre todo de grupos autónomos de trabajo y de círculos de calidad. Y en la tercera, la actual, la prioridad es la búsqueda de la satisfacción del cliente. En esta última se impone el enfoque de la calidad total, que exige el logro de resultados y responder a las expectativas y necesidades del usuario.

Aunque el interés y búsqueda de la calidad se inicia en el sector industrial, posteriormente sus principios se han extendido a otros ámbitos, especialmente el sector servicios. De hecho, en las distintas administraciones públicas está adquiriendo un gran protagonismo en los últimos años, a pesar de las dificultades que se presentan al intentar

adecuar y adaptar los principios de la calidad total a las mismas.

IV.1.2. La calidad total como filosofía de gestión

La calidad total (total quality management) es una estrategia global de gestión. Este concepto se origina en Japón, y es producto de una filosofía que involucra e implica a todo el personal de la organización (López y Gadea, 1995). Se fundamenta en unos principios y métodos organizados que permiten implicar a toda la empresa o institución en un mejor conocimiento, ejecución y control de los procesos para la consecución del mejor producto o servicio posible, y cuyo objetivo es conseguir la satisfacción del cliente con el mínimo coste (Alonso y Blanco, 1990; Bernillón y Cerutti, 1998).

La complejidad suele caracterizar a las organizaciones prestadoras de servicios, con intereses diversos y en ocasiones contrapuestos entre las personas o grupos que la integran. Esto requiere la comprensión de las relaciones sociales que se establecen en las mismas, como elemento básico para introducir con éxito sistemas de calidad.

IV.1.2.1. Concepto clásico y enfoque actual

La evolución conceptual de la calidad permite comparar los planteamientos iniciales con las características actuales en su aplicación, estableciendo las diferencias entre el concepto clásico y el enfoque actual de la gestión de calidad total, ilustradas en el cuadro 4.1.

Frente al concepto clásico, la gestión de calidad representa un marco compuesto por valores, normas, principios y procedimientos, que tratan de lograr una nueva cultura y un mayor dinamismo en las organizaciones (López Rupérez, 1994). El primer modelo no considera las aportaciones, necesidades y expectativas de los consumidores, orientándose sobre todo a actividades de inspección y control de productos, para garantizar que se ajustan a las especificaciones técnicas. En la actualidad, por el contrario, plantear la mejora de la calidad implica una orientación hacia el cliente externo, y considerar la motivación y satisfacción de los profesionales de la organización como uno de los objetivos principales.

Cuadro 4.1. Comparación de dos modelos de calidad

Concepto clásico	Gestión de la calidad
El objetivo es alcanzar la conformidad con las especificaciones	El objetivo es alcanzar la satisfacción del cliente
La calidad es definida por los técnicos	La calidad es definida por el cliente
Afecta únicamente a productos y servicios	Afecta a todas las actividades de la empresa/organización, independientemente de que se relacionen directamente con el producto o servicio
Considera como clientes únicamente a aquellos externos a la empresa	Los clientes son externos e internos
Se fundamenta en las actividades propias del control de calidad	Incluye a las actividades de control, pero implica primordialmente a la gestión de toda la organización
Su aplicación es impuesta por la dirección	Todos participan en su aplicación. Esta participación se establece por convencimiento
Se centra en la detección y corrección de errores	Su metodología se dirige principalmente hacia la prevención. Se persigue el hacer bien las cosas a la primera
El departamento de calidad es el responsable	Responsabilidad y compromiso de todos los integrantes de la organización

Fuente: Talavera, 1999:40.

Pasar del control a la gestión de la calidad supone un salto cualitativo, en el que ha de considerarse tanto el proceso como el resultado de un servicio, y la motivación y satisfacción de los profesionales, además de su cualificación técnica (Rodríguez Fernández, 2000).

El concepto de calidad total en la actualidad requiere desarrollar una serie de principios y postulados, entre los que destacan los siguientes (Talavera, 1999; Bernillón y Cerutti, 1999; Ugalde, 2003; Fernández Villarán, 2003):

- *Liderazgo*: Corresponde a la dirección la iniciativa de introducir la cultura de la calidad y el objetivo de mejora continua.
- *Orientar la organización hacia el cliente*, buscando su satisfacción con el producto o servicio. Considerando que la satisfacción ha de ser de todos los miembros, tanto de los clientes externos como de los internos. Se trata de una orientación hacia los resultados.
- *Eficiencia*, mediante una reducción de costes que permita la competitividad del producto, considerando que el coste de la no-calidad es mayor que la inversión en calidad, pues conlleva gastos derivados de los fallos detectados, tanto internos como externos. En la medida que la inversión en prevención sea mayor, el coste

de los errores será menor.

- Gestión basada en la *prevención*, en la realización correcta de tareas desde el inicio del proceso, lo que origina a su vez una disminución de las acciones de control.
- Motivación, implicación y *participación de los recursos humanos* de la organización, aspectos imprescindibles si se pretende aplicar un plan de calidad³⁵.
- Considerar que la calidad requiere una mejora permanente y continua innovación que permitan la adaptación a las dinámicas y cambiantes necesidades y expectativas del cliente, como forma de garantizar un éxito continuado.
- *Mejora continua*, entendiendo que los procesos y resultados son siempre susceptibles de ser mejorados. Para ello será necesaria una gestión con datos rigurosos que faciliten la toma de decisiones (Ishikawa, 1990; Rosander, 1992).
- *Responsabilidad social*, mediante la implicación de la organización en la comunidad o entorno humano y social en los que tiene su ubicación.

Para poder hacer efectiva la calidad total, la iniciativa para su implantación debe corresponder a los niveles más altos de una organización (Calvo, 2011). Es decir, en otras palabras son los directivos los que proporcionando los medios adecuados, han de impulsar el cambio cultural necesario para su desarrollo.

IV.1.2.2. La mejora continua como fundamento de la calidad total

La implantación de la calidad ha de representar un proceso continuo de mejora. Debe ser un valor y formar parte de la cultura organizacional, asumiendo que nunca se llega a la calidad total absoluta porque todo es susceptible de ser mejorado.

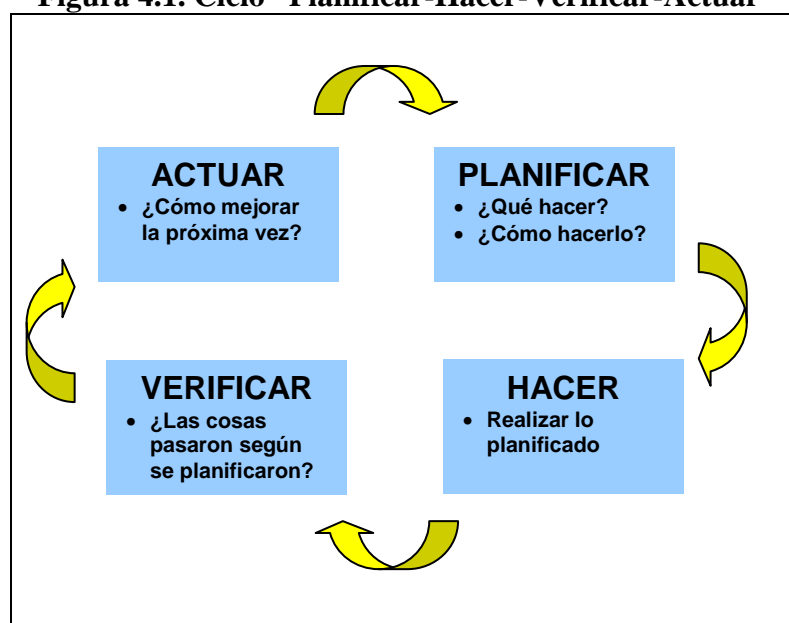
La mejora permanente es un proceso del que forman parte la planificación y la evaluación. Una planificación adecuada de la misma, en base a necesidades y percepciones de los clientes, requiere estudiar el contexto y analizar qué esperan del producto o servicio. Todo ello va a permitir la evaluación posterior y tomar las medidas necesarias por parte de la organización para su perfeccionamiento (Marzo y Muntané,

³⁵ Para un examen detallado de las teorías sobre la motivación de los recursos humanos en una organización, tanto del sector privado como del público, pueden consultarse: Pereda Marín, S. y Berrocal Berrocal, F. (2011), Fernández López, J. (2005), Rodríguez Fernández, A. (1995), y Talavera (1999:149-205).

2002a). Evaluación debe asociarse al concepto de mejora, y no al de control o inspección (Hernández, 2000).

El ciclo propuesto por Deming (1982, 1989), expuesto en la figura 4.1, ilustra el proceso de mejora continua de la calidad, en el que la evaluación es un paso fundamental. Este esquema es utilizado para la gestión de los procesos, entendidos como conjuntos de actividades.

Figura 4.1. Ciclo “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar”



Fuente: Deming, 1989

Este ciclo viene definido por las cuatro fases de planificación, realización, comprobación y modificación de las actuaciones, y puede desarrollarse en cada proceso de una organización o bien en el conjunto de todos ellos. En primer lugar, “planificar” implicará establecer los objetivos, actividades y tareas necesarias para conseguir unas metas adecuadas a los requisitos del cliente y de acuerdo con la filosofía y política de la organización. Posteriormente se debe proceder a la implementación de las actividades y procesos (“hacer”). En tercer lugar, “verificar” lleva a realizar el seguimiento, control, medición y evaluación de los resultados y requisitos para el producto y servicio, informando sobre los mismos. Por último, se deberán “actuar” prestando atención a las acciones que posibiliten mejorar el proceso.

En este marco, como forma básica de aumentar la eficacia y eficiencia, se plantea la reingeniería en la gestión de procesos. Con un carácter transformador, se fundamenta en

la simplificación y eliminación de actividades o trámites no necesarios, y acordes con la legislación vigente (Garau, 2005).

IV.1.2.3. La implicación de los recursos humanos en la organización

No siempre resulta sencillo incorporar principios de calidad total en las organizaciones. La calidad se construye y, como tal, está sujeta a resistencias del personal. Además de requerir tiempo y formación, implica un profundo cambio cultural que exige la iniciativa y máxima implicación de directivos y mandos intermedios, actitudes que no siempre están presentes. Su ausencia constituye una amenaza para poder desarrollar esta nueva gestión.

La gestión de la calidad requiere cambios importantes en el comportamiento y actitudes de los directivos y del personal. Exige incorporar nuevos modelos o conceptos de liderazgo, como el “emocional” o el “compartido”, que estimulan el trabajo colaborativo. Este último permite extender las tareas específicas de liderazgo a las distintas personas del equipo y la organización (Longo, 2004; Calvo, 2011).

Hay motivos que pueden generar insatisfacción laboral, como la escasa definición de los puestos de trabajo, falta de objetivos de la organización, escasez de medios y recursos para el desarrollo de las tareas, ambiente laboral adverso y remuneraciones o salarios no adecuados (Olivas, 1999:309). Estos aspectos aumentan las posibles reticencias de los empleados.

Dentro de la estructura de la organización, es importante evaluar las acciones llevadas a cabo para motivar al personal y conseguir su necesaria implicación. Algunas de ellas pasan por potenciar la sensación de logro, el reconocimiento de la labor desarrollada por los empleados, y la formación e información de la que disponen los trabajadores. La participación de todos los miembros de la organización, la motivación del personal y el trabajo en equipo son fundamentales para lograr prestar un buen servicio o realizar un buen producto.

IV.1.2.4. La comunicación como factor de calidad total

Es requisito fundamental para conseguir la implicación del personal que exista un clima social de confianza entre los miembros. En este sentido, el enfoque

conversacional de las organizaciones resalta la importancia de la comunicación que, con una adecuada orientación, contribuye a generar la confianza necesaria entre los trabajadores, aspecto clave para la implantación de sistemas de calidad. Una organización se transforma de manera constante, en función de las interacciones personales que se producen entre sus miembros, y que posibilitan compartir el conocimiento (González Vadillo, 2003:55).

Incorporar la filosofía de calidad total exige “implantar un mecanismo continuo de aprendizaje para mejorar de manera continua los procesos básicos de la organización y aumentar la satisfacción de los clientes y de los trabajadores de la empresa” (Fernández-Villarán, 2003:28).

La existencia de una buena comunicación en una organización, tanto a nivel interno como externo, es un elemento imprescindible para implementar la filosofía de la calidad total en una empresa o institución. En numerosas ocasiones, los ejecutivos y directivos tienen un gran desconocimiento sobre las expectativas de sus clientes, lo que puede derivar en una toma de decisiones errónea. Las percepciones de los que ocupan puestos de dirección no tienen por que coincidir con las expectativas de los usuarios (Zeithaml et al, 1993).

A ello hay que añadir los problemas de comunicación externa que se da sobre el servicio, en ocasiones con promesas exageradas que tienden a ser perjudiciales para la empresa. Informar a los ciudadanos y usuarios sobre los procesos internos de las organizaciones en la prestación de servicios puede en ocasiones constituir una buena estrategia para no crear falsas expectativas.

A este respecto, se ha constatado que la difusión informal, de boca a oído, es mayor en los casos de mala atención que en aquellos en que ésta es valorada de forma positiva. Según datos de una investigación realizada por el Instituto Superior de Estudios Empresariales (ISEE, 1995), un cliente insatisfecho con un servicio comenta la situación negativa que ha experimentado a una media de nueve personas, mientras que si está satisfecho lo comunica tan solo a cinco. Otros estudios muestran resultados parecidos. Horovitz (1992) comprobó como en caso de insatisfacción el cliente se lo contará y transmitirá como media a once personas, mientras que si está satisfecho se lo dirá solo a tres.

IV.1.3. Sistemas para el aseguramiento de la calidad: Normas ISO. Modelo de excelencia EFQM. Modelo EVAM.

Como se ha expuesto en apartados anteriores, la implantación de un sistema de calidad total y mejora continua en el seno de una institución o empresa se fundamenta necesariamente en aspectos como compromiso de la dirección, implicación de todo el personal, orientación hacia los clientes –usuarios y sociedad-, optimización de procesos y transparencia en los resultados.

Existe un interés creciente por parte de organizaciones públicas y privadas en lograr el aseguramiento y reconocimiento de calidad de sus productos, bienes y servicios. Hay dos formas fundamentales de conseguirlo: certificación y autoevaluación. En la primera un organismo externo comprueba que los servicios se ajustan a una norma dada. Por el contrario, la segunda se basa en un examen que realiza la propia organización, tomando como referencia un modelo de excelencia. Las normas ISO 9000, el modelo de excelencia EFQM, y el modelo EVAM son los más importantes y los que en mayor medida se aplican en la actualidad. Se examinan a continuación cada uno de ellos.

IV.1.3.1. Aseguramiento o certificación de calidad mediante las Normas ISO

Las normas ISO 9000³⁶ tratan sobre los requisitos y especificaciones que han de tener las organizaciones para garantizar la calidad de sus productos o servicios, planteando pautas útiles tanto para la gestión interna como la externa. Se basan en la orientación al cliente, la actuación en los procesos y la mejora continua. No definen el sistema a aplicar por una empresa o entidad, sino que describen sobre todo las recomendaciones para su diseño y valoración.

Se fundamentan en un enfoque basado sobre todo en procesos. En su apartado 3.4.1. la norma ISO 9000:2000 definió proceso como “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. Ambos elementos pueden ser tangibles o intangibles.

Los procesos se definen como conjuntos de actividades interrelacionadas que partiendo de unos inputs (entradas) genera un output (resultado) mediante unos recursos. Existen tres tipos fundamentales de procesos: *Estratégicos*, que establecen los

³⁶ ISO: International Standard Organization.

objetivos y pautas del resto de procesos; *operativos*, que afectan directamente a la producción o prestación del servicio, requiriendo la mayor parte de recursos de la organización; y *de apoyo*, que sirven de soporte para el desarrollo de los operativos (AEVAL, 2009; Garau, 2005).

Conceptos relacionados de forma directa son los mapas de procesos, que establecen e ilustran todos los que caracterizan a una organización, y los procedimientos que permiten llevarlos a cabo. Se incluyen también los procedimientos administrativos en el ámbito de las administraciones públicas.

El organismo encargado de elaborar estas normas es ISO (Internacional Standard Organization- Organización Internacional de Normalización), mediante su Comité Técnico TC/176. Creada en 1947 y con sede en Ginebra, está compuesta por una serie de organismos nacionales de normalización. ISO crea normas, pero no emite certificaciones ni posee control sobre las entidades que certifican en función de aquellas.

Las normas vienen definidas por los organismos de normalización, a nivel regional, nacional o internacional. La serie ISO-9000 representa el conjunto de normas más importantes que tratan los Sistemas de Calidad. Su origen está en las normas británicas BS 5750, de aplicación en el ámbito nuclear. La primera edición se publica en 1987, en concreto las ISO 9001, 9002 y 9003. Surgen para homogenizar la gran diversidad que existía en las referencias y pautas sobre gestión de calidad que se desarrollaban de forma creciente en distintos países. Posteriormente pasarán a norma europea (EN), y después a española (UNE). Por ello en España serán UNE-EN-ISO, si bien la referencia a ellas se efectúa como normas ISO.

Su revisión se lleva a cabo aproximadamente cada cinco o seis años. La segunda edición se realizó en 1994, denominándolas “aseguramiento de la calidad”: La tercera se publicó en diciembre de 2000, y fue orientada hacia la mejora continua y la búsqueda de la excelencia, pasando a denominarse “gestión de la calidad”. En esta revisión se consiguió su adecuación a todo tipo de organizaciones, incluidas empresas de servicios y también la administración pública. Además, las normas UNE-EN ISO 9001:1994, 9002:1994 y 9003:1994 se integraron en una, la ISO 9001:2000.

La cuarta y última revisión se desarrolló en 2008, estando actualmente vigentes las normas ISO 9001:2008 y 9004:2009. La primera se aplica cuando el objetivo es lograr

la satisfacción del cliente con el servicio o producto, siendo utilizada la segunda para incrementar las ventajas obtenidas. Ambas tienen, por tanto, un carácter complementario³⁷:

- ISO 9001:2008: *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos*. Norma de requisitos que se emplea para cumplir de manera eficaz los reglamentos aplicables y los requisitos del cliente, para así conseguir su máxima satisfacción.
- ISO 9004:2009: *Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño*. Abarca la eficacia y eficiencia del sistema de gestión de calidad, proporcionando ayuda para su mejora. Está dirigida a dar recomendaciones, y es vinculante a la anterior.

A éstas hay que añadir numerosas normas de apoyo. Se pueden destacar aquellas que tienen relación con este trabajo: *Directrices para los planes de calidad*, que intentan ser la referencia para la preparación, estudio, aceptación y revisión de los planes de calidad; *Directrices para la calidad en la gestión de proyectos*, para ayudar a entender y desarrollar una gestión eficaz de proyectos; y *Orientación sobre técnicas estadísticas*, un informe técnico que proporciona información sobre una serie de técnicas estadísticas adecuadas que pueden ser de utilidad en el desarrollo, implementación o mantenimiento del sistema de la calidad.

No obstante, la norma específica más relevante para esta investigación es la que hace referencia a la prestación del servicio al que se aplica el modelo de evaluación desarrollado: Teleasistencia Domiciliaria. Es la norma UNE 158401, publicada en 2007, que especifica los requisitos que debe tener este servicio para ser prestado con calidad suficiente (AENOR, 2007).

Las normas ISO se fundamentan en ocho principios de gestión de la calidad, indicados en el cuadro 4.2.

³⁷ www.iso.org

Cuadro 4.2. Principios de la gestión de la calidad³⁸

Principios	Descripción
1. Organización enfocada al cliente.	Las organizaciones deben comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
2. Liderazgo.	Los líderes establecen la orientación de la dirección de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. Participación del personal.	El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total implicación posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de ésta.
4. Enfoque basado en procesos.	Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. Enfoque de sistema para la gestión.	Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. Mejora continua.	La mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.	Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.	Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Fuente: AENOR.

La aplicación de estos principios llevaría a las organizaciones a obtener numerosos beneficios, y no sólo económicos. Entre otros, podemos destacar el incremento de la satisfacción del cliente, su fidelidad, la mejora de la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos, la motivación y el aumento de la implicación y compromiso del personal, una mayor comunicación entre los distintos niveles de la organización, la reducción de costos y tiempos, la integración de los distintos procesos, o la toma de decisiones basada en la información. También enfatizan en la formación de los empleados, siendo el conocimiento de necesidades formativas, la elaboración de planes de formación y las evaluaciones de los mismos mediante indicadores, imprescindibles para la certificación.

Exigen que toda la gestión sea documentada. Ello requiere la elaboración por escrito de un manual de calidad, los procedimientos que se siguen o las instrucciones de trabajo, junto a la implantación de registros rigurosos de las acciones y actividades.

³⁸ Para un examen detallado de las normas ISO y los principios de gestión de la calidad, pueden consultarse información de AENOR (www.aenor.es), e ISO (www.iso.org).

Respecto al procedimiento de obtención de la certificación, la organización deberá someterse a una serie de auditorías realizadas por personal externo, basadas en exámenes rigurosos que determinan el grado de adecuación de las actividades, procesos y resultados a las normas y especificaciones fijadas previamente. Una certificación “supone una verificación de la correcta implantación del sistema de calidad de la empresa, tanto para la empresa como para terceros, así como un argumento comercial frente a aquellos que carecen de él” (Olivas, 1999:312).

Una vez obtenida, existe un seguimiento continuo para el aseguramiento de la misma, tanto a nivel interno mediante acciones de la propia empresa o institución, como a nivel externo a través de auditorías de seguimiento y de renovación por parte del organismo que ha emitido la certificación.

En España AENOR, acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), es la entidad privada más importante dedicada al desarrollo de las actividades de normalización y certificación.

En cualquier caso, las normas ISO-9000 no están exentas de críticas, de las que se pueden señalar algunas relevantes. Suelen centrarse más en el producto o servicio, dejando en segundo plano la eficacia de la organización; pueden suponer un exceso de burocracia por el papeleo y la documentación exigida; y están más orientadas a los productos que a los servicios, lo que implica una mayor dificultad en su aplicación a éstos (Fernández-Villarán, 2003:38-9). Además existe el riesgo, en especial en los servicios públicos, que la apuesta por la calidad se convierta en la búsqueda de la acreditación o certificación correspondiente, dejando en un segundo plano la mejora continua de los servicios y de las respuestas dadas a la ciudadanía. Es decir, que se confundan los medios con los fines.

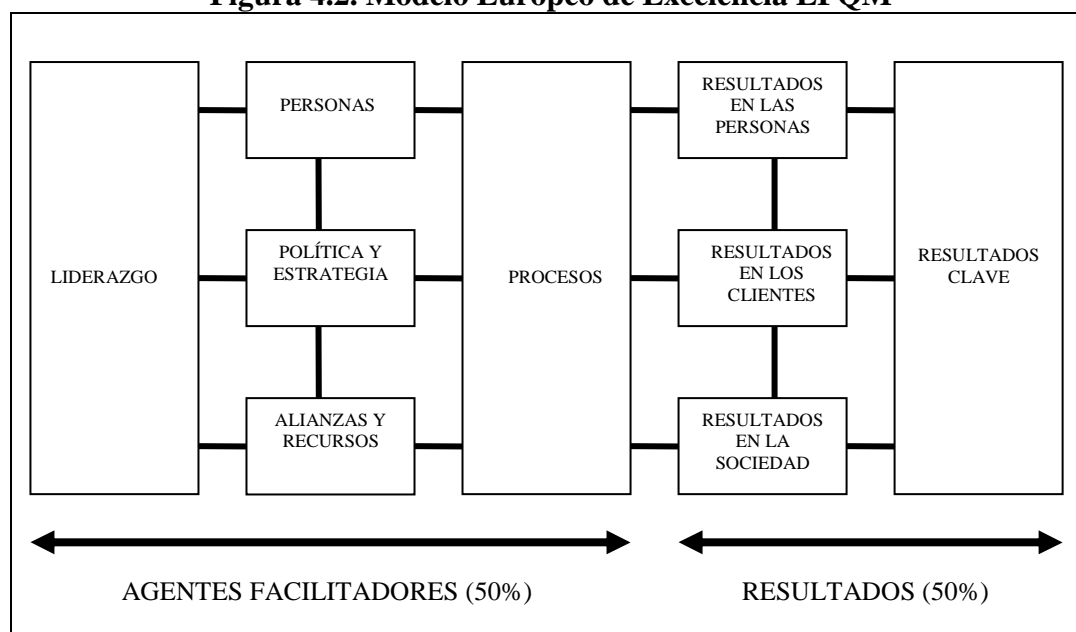
IV.1.3.2. El modelo de excelencia EFQM

Existen distintos modelos de calidad total, teniendo especial relevancia el japonés (examinado por Deming), el americano (o Malcolm Baldrige), y el europeo desarrollado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad- EFQM (European Foundation for Quality Management), en el que se centra el análisis en este apartado.

El modelo de excelencia de la EFQM, que no es una norma ni acredita, está basado en la autoevaluación, en el examen realizado por la propia organización con objeto de

comprobar qué acciones debe incorporar para su mejora. El modelo establece directrices de gestión, y pretende un análisis estructurado de todos los aspectos que afectan a la calidad. Consta de nueve elementos que representan los criterios utilizados para evaluarla, representados en la figura 4.2³⁹.

Figura 4.2. Modelo Europeo de Excelencia EFQM



Fuente: EFQM

Los elementos se encuentran divididos en dos bloques: Agentes y resultados. La ponderación de cada uno de ellos respecto a la puntuación total (1000 puntos) se distribuye porcentualmente de la siguiente forma⁴⁰:

- a) *Agentes facilitadores*: Significan las bases sobre las que la organización es capaz de conseguir unos resultados determinados.
- *Liderazgo* (10%): Se valora el compromiso y la actuación del equipo directivo de la organización en su labor para implantar la calidad total.
 - *Personas* (9%): Se refiere a cómo se planifican y gestionan los recursos humanos y se aprovecha su potencial: Participación de los trabajadores, formación, promoción, etc.

³⁹ www.efqm.org

⁴⁰ EFQM (European Foundation for Quality Management). (www.efqm.org)

- *Política y estrategia* (8%): Se evalúan los medios que se utilizan para alcanzar los logros y resultados. La elaboración de estrategias para la implantación de la calidad es el aspecto mejor evaluado.
 - *Alianzas y recursos* (9%): Eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos no humanos: financieros, materiales, de información, etc.
 - *Procesos* (14%): En quinto lugar se evalúa cómo la empresa u organismo establece, gestiona, revisa y mejora sus procesos.
- b) *Resultados*: Se refiere a los logros conseguidos en la gestión interna del personal, en los clientes, en la sociedad en general y los resultados clave.
- *Resultados en las personas* (9%): Este criterio hace referencia al grado de motivación y satisfacción del personal, imprescindible para elaborar productos o prestar servicios de calidad.
 - *Resultados en los clientes* (20%): La satisfacción del cliente representa el elemento más importante del modelo, el que más peso tiene en la ponderación
 - *Resultados en la sociedad* (6%): El impacto social es tenido también en cuenta, mediante el análisis de los beneficios obtenidos en la comunidad y de la percepción que la sociedad tiene de la actuación de la empresa o institución.
 - *Resultados clave* (15%): El último criterio está en relación con los resultados clave y beneficios económicos o sociales, según el fin de la organización y el tipo de servicio.

Sobre la base formada por estas nueve dimensiones, y considerando que en cada una de ellas se evalúan varios subcriterios, la organización obtendrá una puntuación en cada criterio y una global, que le permitirá su comparación con otras entidades similares. Los resultados indican los puntos fuertes y las áreas en las que hay que mejorar, sirviendo de base a su vez para elaborar estrategias y planes de mejora continua de la calidad en la organización.

Las autoevaluaciones deben ser periódicas, generalmente cada año. Sus principales ventajas son las que siguen (Veciana et al, 2002:142-3):

- Supone un esfuerzo estructurado y riguroso orientado a mejorar la organización.
- Es una evaluación sistemática y precisa.
- Favorece la coherencia y el consenso sobre las iniciativas a realizar dentro de la organización.

- Permite “hacer madurar” los distintos niveles de la organización.

En base a la ponderación, y con un máximo de 1000 puntos, se asigna el premio europeo de la EFQM a la excelencia. Como comparación a este modelo, sirvan los criterios utilizados en 1997 en Estados Unidos para valorar el Premio Nacional a la Calidad Malcolm Baldrige, y recogidos por Hayes (1999).

Cuadro 4.3. Criterios del Premio Nacional a la Calidad Malcolm Baldrige (1997)

Criterios	Valores en puntos
1. Liderazgo	110
1.1. <i>Sistemas de liderazgo</i>	80
1.2. <i>Responsabilidad y ciudadanía de la empresa</i>	30
2. Planeación estratégica	80
2.1. <i>Proceso de creación de la estrategia</i>	40
2.2. <i>Estrategia empresarial</i>	40
3. Enfoque en los clientes y mercado	80
3.1. <i>Conocimiento de los clientes y mercado</i>	40
3.2. <i>Satisfacción del cliente y mejoramiento de las relaciones con la clientela</i>	40
4. Información y análisis	80
4.1. <i>Selección y uso de datos informativos</i>	25
4.2. <i>Selección y uso de información y datos comparativos</i>	15
4.3. <i>Análisis y revisión del desempeño de la compañía</i>	40
5. Desarrollo y administración de recursos humanos	100
5.1. <i>Sistemas de trabajo</i>	40
5.2. <i>Educación, capacitación y desarrollo de empleados</i>	30
5.3. <i>Bienestar y satisfacción de los empleados</i>	30
6. Administración de procesos	100
6.1. <i>Administración de los procesos de los productos y servicios</i>	60
6.2. <i>Administración de los procesos de apoyo</i>	20
6.3. <i>Administración de los procesos de los proveedores y socios</i>	20
7. Resultados de la empresa	450
7.1. <i>Resultados de satisfacción del cliente</i>	130
7.2. <i>Resultados financieros y de mercado</i>	130
7.3. <i>Resultados de recursos humanos</i>	35
7.4. <i>Resultados de proveedores y socios</i>	25
7.5. <i>Resultados específicos de la compañía</i>	130
Total de puntos	1000

Fuente: Hayes, 1999:4.

En definitiva, en la búsqueda de la calidad por parte de las organizaciones existen dos sistemas básicos de evaluación y certificación de las mismas. Por un lado, el aseguramiento de la calidad a través de auditorías y acreditaciones, consistentes en certificar que la empresa es adecuada para proporcionar productos o servicios con calidad (Juran y Gryna, 1993). Por otro, los modelos de autoevaluación, de los que el

modelo de gestión de calidad total EFQM es el más representativo a nivel europeo. La utilización de la autoevaluación mediante este último puede fomentar y estimular la mejora permanente de toda la organización o bien de un servicio concreto, al permitir identificar los puntos fuertes del mismo que deben mantenerse o potenciarse, así como los puntos débiles en los que hay que intervenir para conseguir su mejora.

Mientras que las normas ISO-9000 ponen énfasis en la calidad de productos y servicios, el modelo EFQM se centra más en la gestión de la calidad y en un aprendizaje para la mejora continua. Ahora bien, consideramos que ambos modelos pueden resultar complementarios en su aplicación a una organización.

IV.1.3.3. Modelo EVAM -Evaluación, aprendizaje y mejora-

El modelo EVAM (evaluación, aprendizaje y mejora), permite realizar un diagnóstico de la organización y evaluar la calidad. Fundamentado en el ciclo PDCA (planificar- desarrollar- controlar- actuar), sirve tanto para la autoevaluación como para la evaluación externa o asistida. Desarrollado en 2006 y actualizado en 2009, lo implementa en España la Agencia estatal de evaluación de las políticas públicas y la calidad de los servicios (AEVAL). Intenta ser referente para las diferentes administraciones públicas, en sus distintos niveles, se estructura en seis ejes que incluyen una serie de dimensiones susceptibles de ser evaluadas. Estos ejes, divididos a su vez en “aspectos” y “cuestiones”, son “factores críticos básicos en el funcionamiento de una organización” y se evalúan mediante una serie de instrumentos y cuestionarios que permiten asignar una puntuación a la organización que oscila entre 0 y 500 puntos (AEVAL, 2009:10)⁴¹.

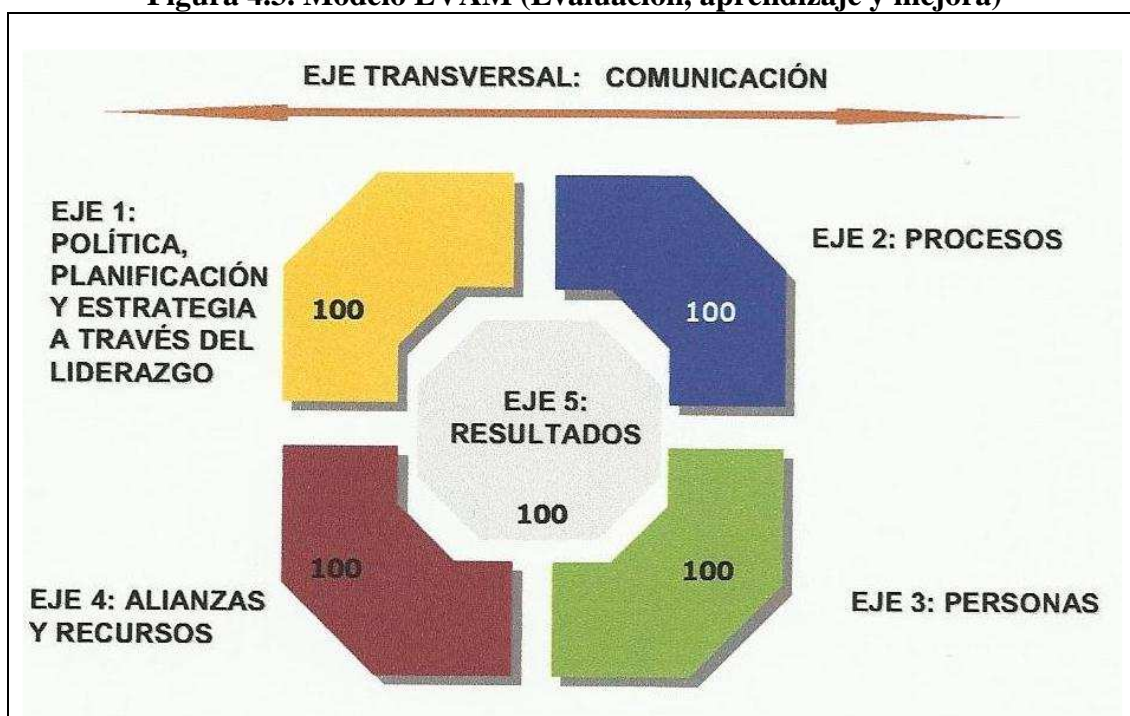
a) *Ejes:*

- *Eje 1. Política, planificación y estrategia a través del liderazgo:* Referido al desarrollo de objetivos estratégicos identificados en planes y proyectos, en función de la visión y misión de la organización.
- *Eje 2. Procesos:* Evaluación de la descripción y documentación de procesos, o la elaboración de mapas de procesos.
- *Eje 3. Personas:* Gestión y mejora de los recursos humanos.

⁴¹ www.aeval.es

- *Eje 4. Alianzas y recursos:* Valoración de las posibles alianzas externas y los recursos internos. Incluye la forma de gestionar la información y el conocimiento.
 - *Eje 5. Resultados:* Medición de forma periódica de la satisfacción de usuarios/as de los servicios, de las personas de la organización y de su rendimiento.
 - *Eje transversal. Comunicación:* Es una dimensión común a los cinco anteriores.
- b) *Aspectos:* Representan el desglose y el primer nivel de operativización de los ejes. Son 16 subdivisiones.
- c) *Cuestiones:* Son propuestas que integran cada uno de los aspectos, lo que implica un mayor nivel de concreción en esta operativización. Son 34 cuestiones directamente evaluables.

Figura 4.3. Modelo EVAM (Evaluación, aprendizaje y mejora)



Fuente: Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), 2009.

El modelo EVAM representa, en parte, una adaptación a la realidad y características de los distintos niveles de administraciones públicas del desarrollado por la EFQM. Consta además de una serie de herramientas y registros que permiten diagnosticar la situación de la organización y facilitan el desarrollo de acciones de mejora de la calidad.

IV.1.4. La evaluación de la calidad de los servicios. SERVQUAL: El modelo de Zeithaml, Parasuraman y Berry

En la evaluación de la calidad pueden distinguirse tres aspectos sustanciales que diferencian a los servicios de los productos entendidos como bienes: Los servicios en general son intangibles, siendo más difícil aplicar estándares de su calidad; son más heterogéneos, sobre todo en aquellos en que es alta la participación del cliente; y además, en muchos casos producción y consumo son inseparables al observar los usuarios la propia producción del servicio que reciben (Zeithaml et al, 1993; Palacios, 2003).

Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) desarrollan un modelo de evaluación de la calidad de un servicio en función de la comparación entre percepción y expectativas de los clientes sobre el mismo. Su enfoque supera el modelo de calidad definido por expertos, ya que presta atención al usuario, y considera el carácter intangible de los servicios. Estos autores realizaron diversas investigaciones patrocinadas por el Marketing Science Institute de Cambridge en Massachussets, lo que les sirvió para desarrollar instrumentos de evaluación, demostrando además que la apuesta por la calidad, lejos de suponer un coste adicional, es rentable para las organizaciones.

Desde esta perspectiva, lo fundamental es la mejora del servicio partiendo de la óptica o visión del cliente, es decir, la mejora en el servicio percibido. La calidad se evalúa en función de la distancia entre percepciones y expectativas de los consumidores, por lo que también es denominado modelo de desajustes (Medina, 2000).

En sus investigaciones, basadas en los grupos de discusión, estos autores detectaron una serie de dimensiones o criterios de la calidad del servicio. Ello les sirvió de base para elaborar un instrumento, el SERVQUAL, que se ha convertido en una de las escalas más utilizadas. Consta de 22 items, distribuidos en diez dimensiones que están integradas en cinco grupos, y que deben cumplirse para conseguir la satisfacción de los clientes: Fiabilidad, capacidad de respuesta y agilidad, seguridad, empatía y elementos tangibles (véase cuadro 4.4). La puntuación se basa en las diferencias entre percepciones y expectativas de los entrevistados, en escalas ordinales de 1 a 7, y ponderada según el peso otorgado a cada dimensión sobre el total.

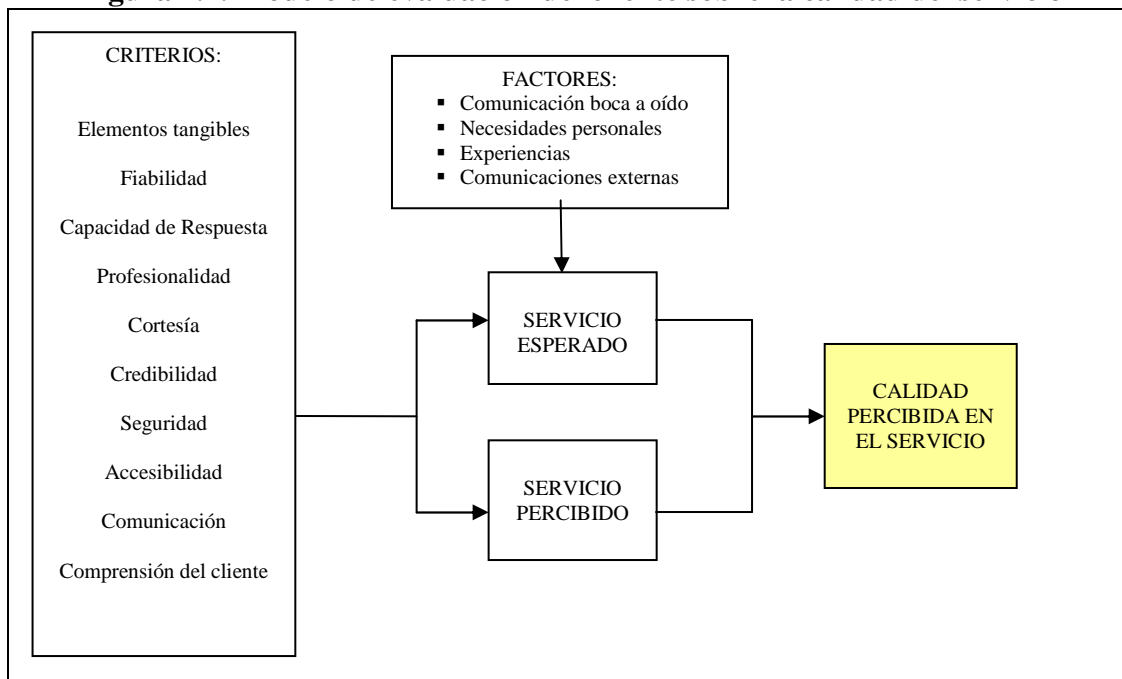
Cuadro 4.4. Dimensiones de SERVQUAL

Dimensiones	Criterios iniciales	Definiciones
1. Elementos tangibles	1. Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal, y materiales de comunicación
2. Fiabilidad	2. Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
3. Capacidad de respuesta	3. Capacidad de respuesta	Disposición de ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido
4. Seguridad	4. Profesionalidad	Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento de la ejecución del servicio
	5. Cortesía	Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto
	6. Credibilidad	Veracidad, creencia, honestidad en el servicio que se provee
	7. Seguridad	Inexistencia de peligros, riesgos o dudas
5. Empatía	8. Accesibilidad	Accesible y fácil de contactar
	9. Comunicación	Mantener a los clientes informados utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharles
	10. Comprensión del cliente	Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades

Fuente: Zeithaml et al., 1993: 24-5.

La prioridad en la prestación de servicios de calidad es la fiabilidad, entendida como la capacidad de prestar el servicio prometido con seguridad y de forma correcta. En un estudio realizado con 1900 clientes de diversas empresas, éstos otorgaron la siguiente puntuación en la importancia ponderada sobre 100 de las cinco dimensiones generales de SERVQUAL: Fiabilidad (32%); consideración (22%); garantía (19%); empatía (16%); y recursos tangibles (11%) (Berry y Parasuraman, 1993). La falta de fiabilidad destruye la confianza de los clientes o usuarios, por lo que es esencial que se cumpla lo prometido.

En base a las dimensiones anteriores, a la relación entre la percepción y las expectativas y factores que determinan o influyen en éstas, los autores plantean su modelo, ilustrado en la figura siguiente:

Figura 4.4. Modelo de evaluación del cliente sobre la calidad del servicio

Fuente: Zeithaml et al., 1993: 26.

A medida que la diferencia entre percepción y expectativa (servicio percibido y esperado) sea mayor, en un sentido negativo para la primera, habría que establecer un plan de mejora en la dimensión o factor de calidad de que se trate (Talavera, 1999).

Los autores indican cuatro deficiencias en función de las cuales puede comprobarse una inadecuada calidad de un servicio: 1) las discrepancias entre expectativas del cliente y percepciones de los directivos; 2) el diseño de normas de calidad erróneas; 3) las deficiencias en la propia realización del servicio; 4) la diferencia entre lo que promete la empresa u organismo y lo que recibe el cliente. El resultado de estas deficiencias, examinadas a continuación, se corresponde con la discrepancia entre expectativas y percepciones que sobre la calidad del servicio tienen los clientes (Zeithaml et al, 1993):

1. Las percepciones de los directivos pueden no corresponderse con las demandas y opiniones de sus clientes potenciales por varias razones, entre las que destacan la no realización de investigaciones o estudios de mercado, su mal uso, o la falta de contacto entre los niveles gerenciales y los usuarios de la organización. Los estudios de las necesidades y expectativas mediante el uso de técnicas de investigación social –grupos de discusión, entrevistas en profundidad a informantes clave, encuestas,

etc-, y una mayor comunicación con la base de la empresa, posibilitan que los gerentes posean una información más adecuada sobre el consumidor.

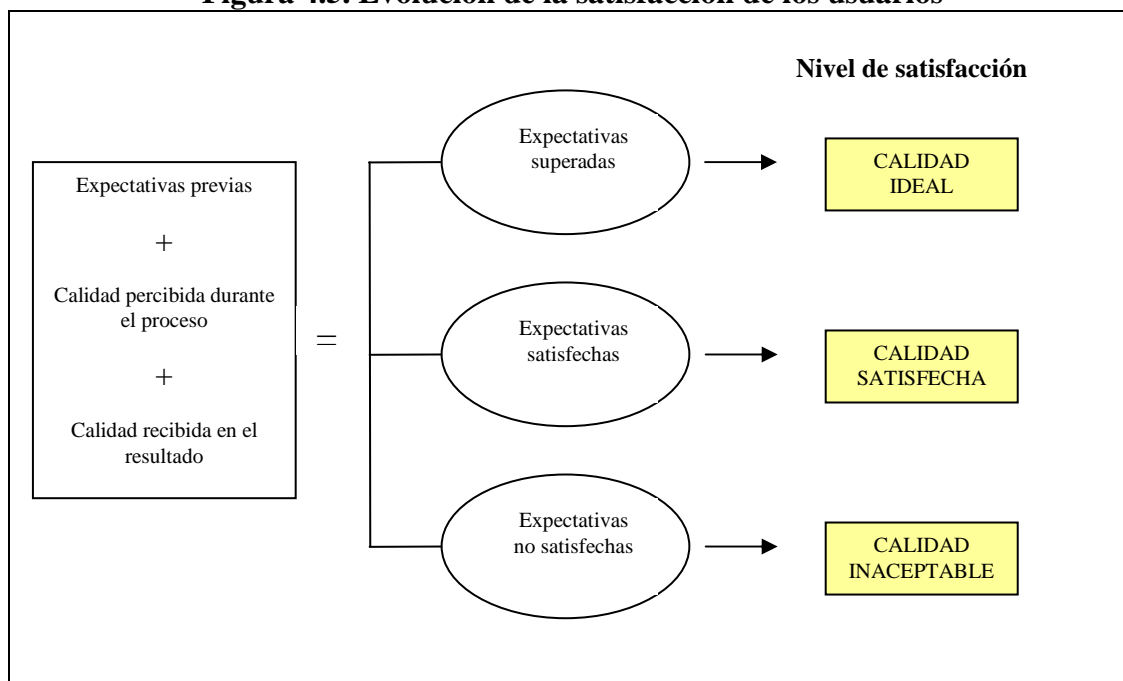
2. En ocasiones pueden plantearse normas de referencia no adecuadas a los servicios. El escaso compromiso de la dirección por el incremento de la calidad, la realización de normas imposibles de cumplir en condiciones reales, los errores en la elaboración de los estándares de actuación, o la falta de adecuación de éstos a las necesidades de los usuarios, pueden provocar esa situación. Además del interés real por implantar sistemas y referencias para aumentar la calidad de un servicio, las actividades y estándares propuestos deben ser viables para las personas que han de cumplirlos.
3. Lo más importante de todo es realizar bien el trabajo. Podemos afirmar que “mantener la calidad del servicio no depende únicamente de comprender los deseos de los clientes y establecer las normas apropiadas, sino también de mantener una fuerza de trabajo dispuesta y capacitada para alcanzar los niveles de calidad establecidos” (Zeithaml et al., 1993:102). Será imprescindible para conseguir que no existan deficiencias en la realización del servicio evitar ambigüedades en las funciones del personal, establecer sistemas de supervisión que consideren el concepto de calidad y no sólo premiar la producción, fomentar que los empleados tengan algún tipo de poder y decisión sobre su actividad, e incentivar el trabajo en equipo. Todo ello contribuye a generar motivación y satisfacción entre los trabajadores.
4. Respecto a la cuarta deficiencia, prometer en exceso a los clientes potenciales puede provocar que lo ofrecido diste mucho de lo prometido, lo que generará insatisfacción. De igual modo, es negativa la existencia de problemas en la comunicación interna, a nivel vertical u horizontal, entre los distintos departamentos o áreas de la organización.

Partiendo de estas premisas, la calidad percibida de un servicio puede mejorarse elevando el nivel de las percepciones de los clientes, o por el contrario bajando el nivel de sus expectativas. Prometer en exceso algo que no pueda cumplirse, deriva en un incremento de éstas, y como consecuencia puede disminuir la calidad percibida.

Siguiendo este planteamiento, 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” (Zeithaml et al, 1993:21). La satisfacción de un usuario va a estar en

función de la calidad esperada y la calidad recibida (figura 4.5). Las expectativas representan los puntos de referencia para evaluar las actuaciones.

Figura 4.5. Evolución de la satisfacción de los usuarios



Fuente: López y Gadea, 1995:87.

Existen dos niveles de expectativas en los clientes en relación a un servicio determinado: el deseado, que hace referencia al servicio que se espera recibir; y el adecuado, lo que encuentran aceptable. Ambos se encontrarían separados por una 'zona de tolerancia' (Berry y Parasuraman, 1993).

Son muy diversos los factores que influyen en esas expectativas. Los más importantes se enumeran a continuación (Berry y Parasuraman, 1993:76-77):

- Necesidades de los clientes, derivadas de características físicas, psicológicas y sociales.
- Percepción que tienen éstos de las alternativas u opciones similares de servicio con la misma accesibilidad.
- La valoración que hacen del grado de influencia que pueda tener sobre el servicio que reciben.
- Promesas y declaraciones, tanto explícitas como implícitas, de la entidad u organización sobre el servicio que va a prestar.
- Comunicación verbal recibida de personas o fuentes ajenas a la compañía.

- Experiencia de otras situaciones similares.

Por tanto, la información recibida vía formal e informal sobre el servicio y la organización, las necesidades personales, o las experiencias previas que se hayan tenido con el servicio, son factores que afectan a las expectativas de los clientes o usuarios.

Teniendo en cuenta los postulados teóricos examinados, así como las investigaciones empíricas, Zeithaml et al (1993) señalan los factores imprescindibles para el desarrollo de la calidad en una empresa u organización prestadora de servicios: a) Implicación de todos los niveles -directivos, medios y personal de base o atención directa- con el impulso e iniciativa imprescindibles del nivel gerencial; b) Incrementar la posibilidad de creatividad de los empleados; c) Fundamentar las decisiones en estudios que complementen métodos de investigación cuantitativos y cualitativos.

Este enfoque ha sido y continúa siendo utilizado por numerosas administraciones públicas de nuestro país. La Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Barcelona fueron instituciones pioneras en la incorporación de instrumentos basados en la escala SERVQUAL. La Comunidad de Madrid en la evaluación de las OAC's (Oficinas de atención al ciudadano), lo que les permitió la obtención de un Índice de Percepción de la Calidad de Servicio (IPCS), que establece las diferencias entre percepciones y expectativas. El Ayuntamiento de Barcelona, a través del Observatorio de Calidad, ha estudiado también la valoración de los ciudadanos sobre distintos servicios, prestando atención al grado de satisfacción y a la percepción de la evolución del servicio (en términos de mejor-igual-peor).

También se ha utilizado en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, si bien en este ámbito se han realizado numerosas adaptaciones. Es el caso de Prieto et al (1994), y De Pedro y Rodrigo (1994). En servicios sociales, tiene bastante interés la aplicación que realiza Medina (2000) en la evaluación de la calidad del servicio de ayuda a domicilio del ayuntamiento de Murcia.

Con el objeto de adecuar este modelo a las características de los servicios prestados por las administraciones públicas, distintos autores han añadido otras dimensiones a las establecidas por SERVQUAL. Así, Talavera (1999) introduce dos criterios más: *inteligibilidad*, referida a la simplificación de formularios y documentos; y *transparencia*, entendida como claridad de la información que da la institución tanto a los usuarios como al conjunto de la ciudadanía. Por otro lado, López y Gadea (1995)

añaden otros dos criterios: *igualdad*, definida como la percepción de que todo el mundo es tratado de la misma forma; y *honradez*, entendiendo ésta como la visión por parte de los ciudadanos de que los profesionales actúan por el bien general y no movidos por intereses particulares o de grupo.

Complementarias son también las dimensiones para la evaluación de la calidad de los servicios propuestas por distintos autores, tanto anteriores como posteriores al modelo propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), y que se refieren tanto a procesos como a resultados: Competencia, profesionalidad, equipamiento técnico y recursos, seguridad, accesibilidad (conveniencia de horarios, tiempo en la atención, accesibilidad telefónica), disponibilidad, elección, confortabilidad, confianza, efectividad, cortesía, precisión, o empatía.

Horovitz (1992), por ejemplo, indica algunas dimensiones de las variables de la calidad del servicio: puntualidad, prontitud, atención, amabilidad, cortesía, honradez, rapidez de respuesta, precisión de la respuesta, respeto al cliente, y solicitud de consejo al cliente. También señala algunos de los principios que han de regir la calidad del servicio: el cliente como juez de la misma, la necesidad de participación de todos los miembros de la organización para eliminar errores, y la responsabilidad de la organización en reducir la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.

Para Medina (1999b), accesibilidad y aceptabilidad son dos conceptos fundamentales de calidad de servicios asistenciales. En el primero de ellos se considerarían aspectos como los horarios de visita y de atención al público, la ubicación del centro o el tiempo que transcurre en el sistema de cita previa. En el segundo, se plantea como principal factor la actuación del profesional con aspectos como la acogida, información, preocupación por el usuario, amistad o cortesía.

Por su parte, para Bengoa y Velorio (2003) la calidad de un servicio depende de factores como honestidad profesional, confiabilidad, sensibilidad, privacidad, veracidad, competencia técnica, atención, amabilidad, seguridad, información comprensible, o estética ambiental.

Todas estas ampliaciones y adaptaciones descritas no invalidan el hecho de que el modelo propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry es muy adecuado para evaluar la calidad de un servicio desde la percepción del usuario o cliente, por ser un modelo

completo y estructurado. No obstante, en su aplicación resulta imprescindible adaptarlo a las características de la organización, del servicio evaluado, y de las personas a las que se pide opinión. En el ámbito de los servicios sociales comunitarios, el modelo se podrá emplear considerando las características específicas y peculiaridades de estos servicios, de los usuarios o beneficiarios, y de las instituciones o entidades que los prestan.

Y este es precisamente uno de los propósitos de esta tesis doctoral: adaptar el modelo para aplicarlo a personas mayores con bajo nivel de formación e información. Para ello será necesario obtener datos válidos y fiables que permitan la medición de la calidad percibida del programa objeto de análisis desde la perspectiva subjetiva de los propios usuarios.

IV.2. CALIDAD Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La calidad como herramienta de gestión ha venido aplicándose en mayor medida en el ámbito de la empresa privada donde, como se ha comprobado al inicio del capítulo, se sitúan sus orígenes. En la administración pública existe un creciente interés por la incorporación de la mejora continua de la calidad en los servicios. No obstante, en el campo más específico de los servicios sociales se está implantando más lentamente, en parte por tratarse de un área menos consolidada en relación a otros ámbitos de acción de la Administración.

IV.2.1. El reto de la modernización de la Administración Pública

La administración pública ha de entenderse con un doble significado. Desde un punto de vista orgánico, referido a las características propias como organización; y desde la perspectiva funcional, atendiendo a las actividades y actuaciones que desarrolla a través de las políticas públicas (Pérez Sánchez, 2000). La incorporación de sistemas de calidad afecta tanto a nivel organizativo como a los servicios que se prestan.

Una política pública sigue un proceso determinado para su desarrollo, configurado por una serie de fases conectadas entre sí: Toma de decisiones, implementación, ejecución y evaluación. Se puede definir como “una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos –cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo” (Subirats et al, 2008:38). Tras adoptar una decisión, deben asignarse una serie de recursos, que permiten llevar a cabo o ejecutar los programas y proyectos fijados, para posteriormente ser evaluados.

Al implementar una decisión hay que considerar que ésta puede cambiar a lo largo del proceso, tanto porque intervienen en ella actores muy diversos con racionalidades también distintas, como porque el entorno o contexto puede influir de forma determinante. En esta complejidad se basa el modelo de análisis de las políticas públicas ‘bottom-up’ (de abajo-arriba), fundamentado en una relación continua entre decisión y acción que dura todo el proceso; y en contraposición al tradicional modelo analítico

‘top-down’ basado en la definición de programas hacia abajo y el estricto control sobre los ejecutores (Arenilla Sáez, 2000).

El análisis clásico de Max Weber contemplaba las administraciones públicas como organizaciones fundamentadas en la racionalidad. Sin embargo, el modelo burocrático como tipo ideal imaginado por Weber, útil en otro contexto histórico, hoy tiene dificultades para dar respuestas a las exigencias y necesidades de los ciudadanos de las sociedades occidentales desarrolladas (López y Gadea, 1995).

La incorporación de nuevas formas de gestión en la Administración es un hecho de creciente relevancia, más aún en el contexto actual de crisis económica y financiera. La modernización y búsqueda de eficiencia en la administración pública son imprescindibles (Subirats, 1994, 2008). Son diversos los aspectos que explican la necesidad de esta modernización. Entre ellos, destacan los que expone Villoria (1998:78-9):

- a) El cuestionamiento creciente del logro de eficacia y eficiencia en los servicios, así como del objetivo de dar respuesta al interés general de todos los ciudadanos.
- b) La dificultad de trazar los límites de actuación de la Administración, mucho menos precisos que en el apogeo del Estado de Bienestar. Las privatizaciones, la constitución de nuevas entidades públicas y mixtas, o el aumento de la contratación de servicios a empresas externas, hacen si cabe más complejo delimitar los ámbitos de trabajo de lo público.
- c) Los continuos debates a los que están sometidos los servicios públicos en relación a aspectos como los modelos de gestión más adecuados, la optimización de recursos humanos, económicos y técnicos, o la importancia de lo técnico sobre las decisiones políticas.

Estos factores exigen que la incorporación de los principios de la planificación estratégica y la apuesta por la calidad sean pilares fundamentales en la modernización de la Administración (Díaz y Buñuel, 2000), que posibilite incrementar su legitimación social.

La modernización requiere nuevos modelos de gestión pública. Frente al enfoque garantista predominante en el que la base de la oferta de servicios está en el ‘procedimiento administrativo’, en el nuevo modelo la actividad administrativa es un proceso de producción fundamentado en dos principios básicos: “que la administración

pública es una organización dirigida a la prestación de servicios; y que el sujeto receptor de esos servicios, generalmente el ciudadano, debe ser conceptualizado como cliente” (Alemán y Pérez, 2000:54). Estas dos premisas son esenciales en la implantación de sistemas de calidad.

Frente al modelo clásico de la gestión en la Administración, y el modelo de la eficacia-eficiencia que busca obtener los mejores resultados mediante la racionalización de los recursos, debe imponerse el modelo de gestión basado en la calidad, orientado de forma directa al ciudadano-cliente. Para ello, los gestores deberán buscar un equilibrio dinámico entre tres sectores con intereses distintos: responsables políticos, profesionales y usuarios (Rodríguez Fernández, 2000).

Así mismo, la gestión debe contemplar actuaciones en la comunicación tanto interna como externa. A nivel interno, una organización debe concebirse como una red de conversaciones. Uno de los obstáculos para cambiar una organización pública está en la falta de habilidades o competencias conversacionales, es decir, saber escuchar y proponer (Sacanell, 2002). A nivel externo, un elemento de insatisfacción viene representado por la deficiente comunicación externa del servicio, clave para la formación de las expectativas de los usuarios. Prometer algo que sabemos que es imposible cumplir terminará generando insatisfacción.

En cualquier caso, la sociedad española es básicamente de servicios (Beltrán, 2000). Este es uno de los elementos que configuran la sociedad postindustrial o sociedad postmoderna (Bell, 1976; Bericat, 2002). Ahora bien, como las administraciones prestan servicios a la ciudadanía, les resulta más difícil conseguir “cero defectos”, principio básico de la calidad; sin embargo es más fácil lograr este objetivo cuando se aplica a los productos. Un servicio público es aquel dirigido a los ciudadanos y que está suministrado por la Administración, bien de forma directa o indirecta. Las exigencias de la población para que esas actuaciones sean de calidad se incrementan paulatinamente.

A esta dificultad contribuye el menor tiempo transcurrido entre la producción y la prestación del servicio, facetas que en numerosos casos se desarrollan de forma simultánea con una presencia directa de la persona que la recibe (Beltrán, 2000). Además, como consecuencia de la intangibilidad de los servicios, es mayor la subjetividad de los criterios de los clientes o ciudadanos cuando los evalúan (Berry y Parasuraman, 1993).

IV.2.2. La implantación de sistemas de calidad en la Administración y las políticas públicas

IV.2.2.1. El desarrollo de la calidad en los servicios públicos

El modelo de gestión de calidad total, creado para la empresa privada, requiere una adaptación importante para introducirlo en la Administración, debido a que las organizaciones públicas generalmente no persiguen un beneficio económico (Talavera, 1999). Su incorporación exige considerar las peculiaridades de las entidades públicas, en especial la existencia de numerosos agentes con intereses diferenciados e incluso contrapuestos; la comprensión de esa realidad resulta imprescindible para instaurar un sistema de calidad.

Implantar este sistema ayudará a optimizar los recursos, dar cabida a la participación de los ciudadanos en el diseño de políticas que den respuesta a sus necesidades, responder de forma adecuada a la presión de la ciudadanía, lograr una mayor transparencia de las instituciones, y aumentar la legitimación de lo público por parte de la sociedad (Talavera, 1999; Marzo y Muntané, 2002a).

El general, los ciudadanos demandan de la Administración una serie de aspectos, entre los que destacan la simplicidad y sencillez de trámites, claridad en la información recibida, profesionalidad –preparación y competencia- de las personas que atienden al público, amabilidad y buen trato, rapidez en la resolución de la demanda, facilidad en formular quejas y reclamaciones, flexibilidad en los horarios de atención y proximidad en las oficinas (Díez, 1995). La incorporación de nuevas tecnologías, y en especial las relacionadas con internet, posibilita una mayor rapidez, proximidad y accesibilidad a los servicios. No obstante, el propio desarrollo de la sociedad de la información y del conocimiento genera un nuevo tipo de exclusión social en aquellos grupos y sectores sociales que no tienen acceso a estas tecnologías.

La calidad implica satisfacer necesidades y expectativas de usuarios o beneficiarios de un servicio, así como mejorar los procesos. La gestión de la calidad es “la calidad puesta en acción” (Medina, 1999b:545), lo que abarca procesos de planificación, organización y evaluación de la misma (Medina, 1999a).

En este sentido, un sistema de calidad comprendería a la dirección, los procedimientos, las relaciones internas, las relaciones con los proveedores y los

servicios al ciudadano (López y Gadea, 1995; Talavera, 1999). De igual modo, será necesario adaptarlo al tipo de servicio. No es igual un servicio de atención a la dependencia -el caso de ayuda a domicilio-, que un programa de prevención comunitaria en el ámbito de la salud, o un servicio administrativo de catastro o de recaudación de impuestos.

Centrando en análisis en la administración pública local, pueden establecerse distintas etapas en la evolución seguida en las últimas dos décadas en la implementación de la gestión de calidad por aquellas organizaciones que en algún momento la han incorporado a su funcionamiento. Siguiendo a Barbero y Díez (2009:41), se ha pasado del control en la gestión -propio de principios de la década de los noventa-, a una segunda etapa centrada en la búsqueda de certificaciones basadas en normas ISO, la elaboración de cartas de servicio o la aplicación de modelos de autoevaluación de la organización. Y de ahí a la etapa actual, en la que se incorporan elementos como la participación de la ciudadanía o la evaluación de la satisfacción con el servicio por parte de los propios usuarios (cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Evolución de la gestión de la calidad en la administración local (tendencias)

Últimos años ochenta y principios de los noventa	Control de la gestión: <ul style="list-style-type: none"> - Dirección por objetivos. - Control de costes.
Segunda mitad años noventa	ISO 9001: Certificaciones. Cartas de servicio: Compromisos. Modelo EFQM: <ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluaciones. - Planes de mejora.
Principios de siglo XXI	Participación ciudadana. Satisfacción de la ciudadanía. Gestión de competencias de recursos humanos. Nuevas tecnologías.

Fuente: Barbero y Díez, 2009:41.

IV.2.2.2. Principios y fases en la implementación

En general, la gestión de la calidad en la administración pública debe basarse en una serie de principios (Medina, 1999a:14):

- La rentabilidad y mejora continua como principal objetivo.
- Satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Importancia fundamental de los recursos humanos de la organización, con la participación e implicación de todos los niveles.

- Trabajo en equipo.
- Prevención de anomalías y fallos.
- Necesidad de una mejora permanente, con evaluaciones periódicas.

Las nuevas fórmulas de gestión de lo público se están interesando por estos principios, elemento esencial para construir una organización centrada en la confianza, frente a la cultura del control basada en el miedo a la sanción (Sacanell, 2002).

La implementación de proyectos de mejora de la calidad suele contemplar las siguientes etapas (Talavera, 1999:215-20):

1. Comprensión del problema, mediante la recogida, sistematización y análisis de datos.
2. Establecimiento de objetivos de mejora, que deberán ser claros y operativos.
3. Diagnóstico del problema, a través del análisis de las causas.
4. Fijar soluciones, mediante un diseño de un plan que incorpore las mejoras.
5. Aplicación del Plan de mejora
6. Evaluación de resultados, mediante la recogida de información relevante.
7. Valorar el cumplimiento de los objetivos.
8. Valoración de la necesidad de mejora de las especificaciones fijadas. Si los resultados no se corresponden con éstas, habrá que establecer nuevos objetivos de mejora e iniciar el proceso.
9. Implementación y estandarización de la mejora.

IV.2.2.3. Marco legislativo de la calidad en la Administración

Distintos países de nuestro entorno tienen una amplia tradición en implantación y evaluación de calidad. Francia, por ejemplo, inició hace más de dos décadas importantes reformas de la Administración orientadas a modernizar y acercar las instituciones a los ciudadanos (López de Foronda, 2000).

En España será a finales de la década iniciada en 1990 cuando comienza de manera formal a incorporarse en los servicios públicos. La Ley 6/1997 de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado –LOFAGE- inicia el cambio, al introducir principios relacionados con la calidad y la efectividad de los derechos a la ciudadanía. Con posterioridad se ha efectuado un amplio desarrollo legislativo, así como planes y modelos de actuación, teniendo especial relevancia los siguientes:

- Mención especial requiere el Real Decreto 1.259/1999, mediante el que se regulan por primera vez las cartas de servicios y los premios a la calidad en la Administración General del Estado (actualmente derogado).
- Real Decreto 951/2005, de 29 de julio, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado.
- Real Decreto 1418/2006, de 1 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL).
- Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.
- Resolución de 18 de junio de 2009, del Consejo Rector de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, por la que se aprueba el procedimiento de certificación del nivel de excelencia de las organizaciones de las Administraciones Públicas.
- Resolución de 29 de julio de 2009, del Consejo Rector de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, por la que se aprueba el procedimiento de certificación de las Cartas de Servicios de las organizaciones de las Administraciones Públicas.
- Real Decreto 1671/2009, de 6 de noviembre, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

El libro blanco para la mejora de los servicios públicos, publicado en el año 2000, dedicó su capítulo 7 a la gestión de la calidad en las administraciones públicas, mediante la implantación de sistemas de mejora continua, estableciendo compromisos de calidad, y evaluando los servicios tanto a nivel de procesos como de resultados. Apuesta en ese momento por el uso del modelo Europeo de Gestión de Calidad EFQM (MAP, 2000). Insiste también en la importancia de escuchar las opiniones e intereses de los usuarios, objetivo que se puede conseguir desde la investigación social aplicada.

Será en 2006, como se ha expuesto en apartados anteriores, cuando se elabore desde la AEVAL el modelo EVAM (evaluación, aprendizaje y mejora), actualizado en 2009. Permite la autoevaluación de la calidad total de la organización.

La Comunidad Autónoma de Andalucía ha desarrollado también un marco, tanto a nivel legislativo como de planificación, para el desarrollo de sistemas y herramientas de calidad de los servicios que presta la Administración. En concreto el Decreto 317/2003, de 18 de noviembre, por el que se regulan las Cartas de Servicios, el sistema de evaluación de la calidad de los servicios y se establecen los Premios a la Calidad de los Servicios Públicos; ampliando su ámbito de actuación el Decreto 177/2005, de 19 de julio. A ello hay que unir la estrategia de Modernización de los Servicios Públicos, para el periodo 2006-2010.

IV.2.2.4. Cartas de servicio y sistemas de reclamaciones

El desarrollo de cartas de servicio representa una importante vía de garantía de calidad. Son documentos escritos mediante los que una entidad pública informa a la ciudadanía sobre uno o varios servicios o programas y los compromisos que adquiere en su prestación. Son instrumentos que especifican los derechos de los ciudadanos y usuarios en relación con un servicio. Las hay convencionales, interadministrativas y de servicios electrónicos (AEVAL, 2009).

Permiten a los ciudadanos obtener una información bastante precisa. En este sentido, son expresión de los derechos y deberes de éstos en relación con los servicios ofrecidos por las administraciones públicas, sirviendo así para reforzar la efectividad de los derechos de la ciudadanía (Salvador, 2000a; López de Foronda, 2000).

Las cartas de servicio han tenido, desde hace dos décadas, un importante desarrollo en países europeos de nuestro entorno como Bélgica, Francia o Reino Unido (Aznar López, 1999). En España, administraciones como la Comunidad de Madrid o el Ayuntamiento de Barcelona fueron pioneras hace varios años en su elaboración, con un gran interés por el desarrollo de estándares de calidad. En la actualidad son instrumentos habituales de los que disponen numerosas administraciones públicas para establecer sus compromisos con la ciudadanía.

Por otro lado, las reclamaciones constituyen también un indicador sobre insatisfacción y problemas de un servicio, si bien en el campo de los servicios sociales se trata de una práctica muy poco extendida. Las propias características de los usuarios así como el tipo de prestaciones ofertadas hasta ahora explican en parte la escasa presencia de quejas. Sin embargo, a medida que se universalicen los servicios y el perfil

del usuario de los mismos cambie, es previsible una mayor importancia de estas reclamaciones.

El cualquier caso, las organizaciones públicas deben gestionar las reclamaciones o quejas de los ciudadanos. También la implantación de buzones de sugerencias, tanto para los profesionales como para los usuarios, puede contribuir a la mejora de la calidad de los servicios.

IV.2.2.5. Herramientas de gestión y evaluación

Para la implantación de sistemas de calidad pueden utilizarse diferentes herramientas de evaluación y gestión. Siguiendo a Marzo y Montané (2002b:117) pueden distinguirse varios tipos: De recogida y análisis de datos (brainstorming, diagrama de Pareto, cuestionarios, sistemas de indicadores), de control estadístico, las dirigidas a encontrar soluciones a los problemas (diagrama causa-efecto, diagrama de árbol), y para la mejora de los procesos (diagrama de flujos). Una técnica adecuada para comprobar estándares es el cliente fingido o “mystery shopper”. El control estadístico de la calidad, aunque tiene su origen en la producción de bienes tangibles, es muy adecuado para implementarse en la producción de servicios sociales (Palacios, 2003).

A estas herramientas hay que añadir las técnicas de investigación social, tanto cualitativas que permitan otorgar voz y participación a los actores que forman parte de los procesos de prestación de los servicios públicos, como cuantitativas que posibiliten una medición estadística del objeto o realidad estudiada. De las primeras las más utilizadas son las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, mientras que el segundo caso la técnica de encuesta es la más relevante.

La Sociología, como ciencia social caracterizada por una aproximación holística al estudio de los fenómenos sociales, contribuye al diseño de modelos en los niveles teórico-conceptual y metodológico para la investigación evaluativa, que permitan el análisis y valoración de los distintos aspectos que engloban la implementación y desarrollo de la calidad en los servicios públicos. Y lógicamente, en este campo del saber se asienta esta tesis doctoral para recurrir a sus métodos y técnicas, por una parte, y a los modelos teóricos por otra.

IV.2.3. Hacia un nuevo concepto de ciudadano como “cliente”

Los términos ciudadano, usuario, consumidor, administrado y cliente suelen utilizarse en ocasiones de manera indistinta. Sin embargo, existen matices esenciales que los diferencian. Siguiendo a López y Gadea (1995), se puede establecer la distinción entre cuatro tipos de ciudadanos: el ‘administrado’ se caracteriza fundamentalmente por no tener posibilidad de elección en los servicios que recibe; el ‘usuario’ tendría una mayor capacidad de elección; el ‘consumidor’ puede escoger entre diferentes ofertas; el ‘cliente’, por último, posee un poder de elección elevado. En sentido estricto, el ciudadano será cliente de la administración cuando pueda optar por diversas ofertas, públicas y privadas, y pagar lo que corresponda por los servicios.

Ello obliga a aplicar el concepto de cliente en el sentido de usuario exigente con un servicio que le corresponde. Al entenderlos como un derecho, independientemente de que exista una aportación económica, los usuarios o beneficiarios están legitimados para exigir; considerando además que son precisamente los ciudadanos los que pagan los servicios mediante los impuestos. Por tanto, hemos de utilizar el concepto de cliente de forma amplia y aplicarlo a las personas que reciben un servicio de la Administración.

Pensar en el ciudadano como cliente requiere “un enorme cambio en las bases políticas de las administraciones” (Medina 1999b:555). Éstas deberán lograr una mejora de los servicios públicos, considerando como derechos las demandas de los ciudadanos y buscando su satisfacción. La satisfacción del usuario con un servicio estará en relación a las características y peculiaridades de éste, con la percepción de cómo se presta y con las expectativas generadas.

Ello supone un cambio sustancial de rol, que exige a su vez un cambio de las instituciones públicas que, en nuestro caso, prestan servicios sociales. Implica modificar la forma de concebir a los usuarios. Entre otros aspectos, será imprescindible reducir la burocracia y dar un carácter más ágil y flexible a las prestaciones que se ofertan (Fernández y Martínez, 1999).

En un primer momento los usuarios fueron personas pertenecientes a colectivos marginados y excluidos y las intervenciones tenían un carácter asistencial basado en la filosofía propia de la beneficencia, primeros usuarios que se caracterizaron por su nula o escasa capacidad de exigencia. La incorporación paulatina de las clases medias, con un mayor nivel educativo, está provocando un cambio en la condiciones de prestación de

los programas y servicios; los ciudadanos demandan en mayor medida prestaciones de calidad que cubran sus expectativas, ejerciendo cada vez más este derecho de manera efectiva. Se sustituye así la concepción de beneficiario por la de cliente que exige, pues recibe los servicios a cambio de un pago, sea éste directo o indirecto a través de los impuestos (Fernández y Martínez, 2003).

Se está produciendo un importante cambio cultural en relación a la concepción del individuo-usuario de los servicios sociales: “De la idea de individuo aislado -propia de la concepción benéfico-asistencial-, se pasa a la idea de ciudadano, a la persona dentro de la comunidad; y en última instancia al ciudadano-cliente, con derecho a exigir al sistema público de servicios sociales, no sólo cobertura de toda la población en virtud del principio democrático de justicia o equidad, sino también calidad, satisfacción, eficacia y eficiencia en la prestación de estos servicios” (Alemán y Pérez, 2000:50-1).

Por otro lado, al evaluar la satisfacción del usuario, hay que considerar en el caso de los servicios públicos lo que el profesor Beltrán (2000) denomina “elasticidad” o “insaciabilidad”, que puede conducir a determinadas personas a tener aspiraciones sin límites.

En cualquier caso, el término ‘cliente’ es complementario y nunca sustituto de ‘ciudadano’. La incorporación de sistemas de calidad debe significar el paso de una administración orientada hacia la producción a otra orientada hacia el cliente, en el sentido de ciudadano que exige recibir un buen servicio. En consecuencia, un nuevo modelo que considere también, y de forma prioritaria, las opiniones de los beneficiarios de las políticas públicas, entre las que se incluyen las políticas sociales.

IV.3. LA CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS

La exposición de ideas y reflexiones que se presentan en este apartado del capítulo están centradas en los servicios sociales comunitarios, -también llamados generales, de base o de atención primaria-, de responsabilidad pública. Considerando los cambios e incertidumbres de un contexto complejo como el actual, las instituciones también deben dar respuestas rápidas, eficaces y eficientes a los usuarios del sistema de servicios sociales.

Como se ha comprobado en apartados anteriores, la calidad es un concepto complejo. Tiene diversas acepciones, y puede referirse a distintos aspectos de un mismo producto o servicio. Su delimitación es más compleja aún en el ámbito de los servicios sociales personales, caracterizados por su singular naturaleza y las peculiaridades que presenta su evaluación.

No obstante, aunque el discurso de la calidad proceda de otros ámbitos, los “principios, valores, conceptos, sistemas, técnicas e instrumentos aplicables a la gestión de calidad total pueden servir de referencia en el contexto de los servicios de atención a las personas” (Salvador, 2003: 174).

IV.3.1. Especificidades de la calidad en servicios sociales

Los servicios sociales no quedan al margen del movimiento de modernización de las administraciones públicas, pudiendo aplicarse la calidad “a la forma en que se prestan, a la manera en que se gestionan y a los resultados que se obtienen” (Sacanell, 2002:62).

Como elementos con mayor relevancia que contribuyen a prestar servicios sociales de calidad se pueden considerar los siguientes: ofertar servicios pertinentes, prestarlos en puntos accesibles, tener un personal cualificado y motivado, comunicar la oferta a los ciudadanos, facilitar los servicios según procedimientos o criterios establecidos, y establecer sistemas de recogida de información para evaluar la eficacia, efectividad y/o eficiencia de los servicios (Salvador, 2000a:233). Todo ello favorece el cambio de cultura organizacional, ayuda a organizar y protocolizar el trabajo, y potencian el protagonismo de los usuarios y familiares sobre todo en la calidad orientada a la satisfacción del cliente.

Los servicios sociales tienen peculiaridades importantes que los diferencian de otras áreas de la administración pública. El objetivo es en numerosas ocasiones la persona en sí misma, más que la propia demanda efectuada por el usuario, por cuanto la interacción profesional-demandante que exige el proceso técnico de intervención puede derivar en una reconversión de esa demanda inicial.

Deben considerarse también en las evaluaciones las singularidades de los organismos y entidades dedicados a la prestación de servicios sociales, así como desterrar la idea de “control” para fomentar su utilidad.

La medición de la calidad se caracteriza por la complejidad. El proceso de formación de opinión es complejo, porque influyen simultáneamente factores personales, sociales y culturales.

Al evaluar la calidad los planteamientos serán diferentes, y el peso otorgado a los criterios técnicos también, dependiendo del motivo o factor por el que un usuario recibe un servicio. Podemos establecer varios tipos:

- Aquellos que solicitan por iniciativa propia un servicio determinado.
- Aquellos en los que es la Administración la que les propone el servicio e intenta convencer al usuario de la bondad de éste.
- Situaciones en que la Administración actúa para garantizar una serie de derechos.

Además, algunos servicios –el caso del programa objeto de evaluación en este trabajo, teleasistencia domiciliaria- requieren una implicación de los usuarios, que han de ser “coproductores” del servicio para que se desarrolle de conformidad a lo establecido a nivel técnico. Es sin duda un factor a considerar en el estudio de la calidad.

Los cambios sociales requieren también transformaciones en la filosofía y aplicación de los servicios sociales. Han de adecuarse de forma permanente a necesidades heterogéneas y cambiantes de segmentos de usuarios potenciales que se amplían, no sólo en términos cuantitativos, sino también en el nivel de exigencia de calidad y profesionalidad. Y más aún en la medida en que cada vez son percibidos en mayor medida por la ciudadanía como un derecho (Martínez del Olmo, 2003; Fernández y Martínez, 2003).

La implantación de un sistema de calidad en este ámbito requiere, según Fernández (1999), dos elementos fundamentales: Gestión y análisis-investigación de calidad. Un modelo de gestión sería el representado por el “ciclo de Deming”, mientras que en el análisis los más representativos son el modelo de excelencia EFQM y el EVAM, así como el instrumento SERVQUAL para la evaluación de satisfacción. Todos ellos analizados en apartados anteriores de este capítulo.

En cualquier caso, es necesario el desarrollo de metodologías que permitan recabar las opiniones de los usuarios o clientes. Se trata de investigar la calidad percibida que incluye, entre otros factores, la satisfacción con el servicio o prestación recibidos.

IV.3.2. Estudios e investigaciones sobre calidad en servicios sociales

En España, en comparación con otros países europeos, existe una menor tradición en la aplicación y evaluación de la calidad, especialmente en lo que se refiere al ámbito social.

Hasta el momento, si se compara con áreas como la educación y la sanidad donde la investigación es más prolífica, no ha existido una masiva producción de documentos ni de estudios sobre calidad en servicios sociales. No obstante, se comprueba como en los últimos años han aparecido diversas publicaciones. Algunas de ellas tratan temas teóricos sobre calidad sin entrar en su evaluación; otras plantean temas relacionados con la gestión de las entidades que prestan servicios, o experiencias concretas de gestión; otras sobre calidad en servicios sociales especializados; y por último, las que se centran en los programas de servicios sociales comunitarios.

Los primeros trabajos relacionados con la evaluación de la calidad en los servicios sociales se desarrollaron en la segunda mitad de la década de los noventa del siglo XX. En esos años destacan trabajos sobre la gestión y cultura de calidad en las organizaciones, como los de Sacanell (1996; 2000), Medina (1997, 1999a, 1999b), Porcel (1997), Bengoa y Celorio (2000), López de Foronda (2000), Salvador (2000a, 2000b, 2003). Asimismo se llevan a cabo experiencias concretas sobre gestión de calidad en centros de servicios sociales; podemos señalar trabajos como los de Herrera (1996) o Moya (2000). En el área de los servicios sociales especializados también en esas fechas hay destacadas publicaciones como las de Suárez et al (1991), INSERSO (1992); Medina (1993), Forteza et al (1996), Aguiriano (1997), Ruipérez (1998),

Fernández del Valle (1999), Casals (2003) y Córdoba (2003). Menos numerosos fueron los trabajos publicados sobre evaluación de calidad en programas de servicios sociales comunitarios, destacando los de Medina (1996, 2000) e IMSERSO (1997).

En la última década sí se ha desarrollado una mayor producción de investigaciones centradas en este ámbito. A ello han contribuido el auge de publicaciones y revistas especializadas que han centrado las temáticas en la calidad en las organizaciones, incluidas las administraciones públicas y los servicios relacionados con las diferentes áreas de las políticas sociales.

IV.3.3. El factor humano y la interacción profesional-usuario

Una organización no es estática, es una realidad dinámica que está formada por una serie de actores o agentes que tienen unos valores, unos intereses determinados, e interaccionan entre sí, otorgando un importante significado a las relaciones informales.

Las organizaciones humanas son “sistemas de comunicaciones” (Fantova, 2002, 2003). En la gestión de la calidad es imprescindible prestar atención a los factores relacionados con la comunicación y la información. En la administración pública en general, y en los centros de servicios sociales en particular, la fluidez en la información entre el personal de distinto nivel y los sistemas de comunicación facilitan la búsqueda de la excelencia (Medina 1999b).

En la producción de un servicio, la interacción entre productor y cliente o usuario determina en muchos casos la creación de valor, la valoración que se realiza de ese servicio recibido (Shaw, 1991; Palacios, 2003). En muchas ocasiones se producen “bienes relacionales” (Barbero y Díez, 2009).

La calidad, debido a su amplitud y complejidad, implica una mejora continua en la atención a los clientes, pero también significa mejora de procesos y procedimientos, de su sistematización, y satisfacción de los profesionales implicados (Salvador, 2000a, 2003; Garau, 2005).

En servicios sociales, al igual que en campos como sanidad y educación, la calidad del trabajo profesional y técnico es un pilar básico de la calidad del servicio (Aguiar y Sáez, 1999). La actitud, participación e implicación de los trabajadores resulta imprescindible para la consecución de unos estándares de calidad (Aznar López, 1999; Salvador, 2000a). Para ello es importante la elaboración de manuales de procedimiento

sobre los procesos de intervención que sirvan de referencia a los profesionales.

En el ámbito de estudio objeto de este trabajo, la satisfacción de los usuarios se debe en gran parte a la relación interpersonal que se establece durante la prestación (Bengoa y Celorio, 2003; Fantova, 2003). Fernández del Valle (1999) constata como en la intervención psicosocial con la infancia y familia, una buena interacción entre familia y profesionales, basada en la confianza y transparencia, es el mejor predictor de la calidad y del éxito.

Por tanto, el personal técnico que en su trabajo cotidiano están en contacto directo con los usuarios tienen una importancia crucial en la prestación de servicios, influyendo sobre la percepción que puedan tener los usuarios. De esta forma, en estudios sobre calidad técnica se deben contemplar los ámbitos de cultura organizacional y clima, y aspectos y variables actitudinales como el nivel de satisfacción laboral, burnout y compromiso e identificación de los trabajadores con la organización a la que pertenecen (Medina 1999b, 2000, 2003).

La satisfacción laboral incluye aspectos como el interés intrínseco del trabajo, las posibilidades de éxito, el reconocimiento del esfuerzo realizado, satisfacción con el salario y otros beneficios adicionales, las condiciones de trabajo, la percepción sobre el estilo de supervisión, las relaciones con los compañeros, y la satisfacción con la empresa y la dirección. Tiene una relación directa con la inexistencia de burnout – síndrome del quemado- y con el compromiso organizacional (Locke, 1976; Peiró, 1990; Medina, 2003).

Son factores causantes de estrés laboral el ambiente físico de trabajo, los contenidos del puesto, el desempeño de roles, las interacciones con otros miembros de la organización, aspectos organizacionales, o elementos externos como las relaciones trabajo-familia (Peiró, 1992).

El término burnout, o síndrome de ‘quemado’ en el trabajo, se comenzó a utilizar en Estados Unidos en los años setenta del pasado siglo. Tiene importantes consecuencias en los trabajadores: problemas de salud física y psíquica, deterioro de las relaciones sociales y familiares, actitudes negativas hacia los clientes, insatisfacción laboral, menor rendimiento, baja autoestima, o menor compromiso con la organización, son las más relevantes (Gil-Monte y Peiró, 1997; Medina, 2003). La mayor incidencia del mismo se da en profesionales que tienen funciones asistenciales o en contacto directo con la

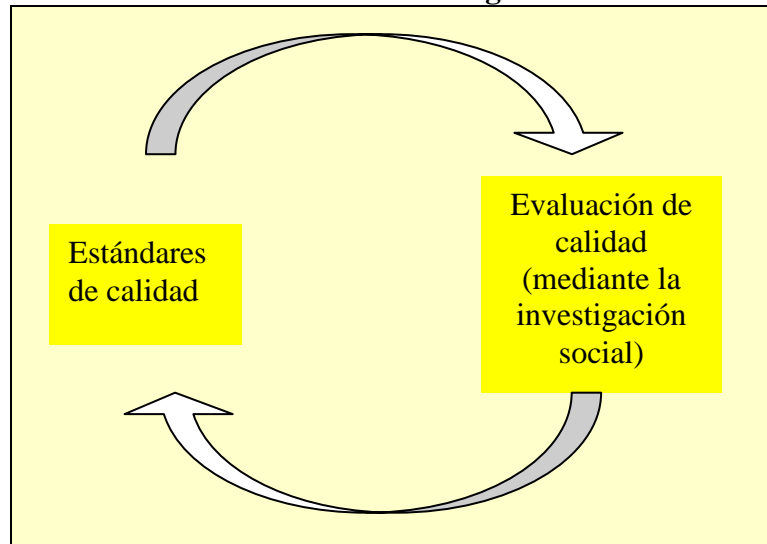
población, repercutiendo todo ello en la organización y la calidad de prestación del servicio, de forma más intensa en el campo de los servicios sociales.

IV.3.4. Criterios de calidad e investigación social

Desde un punto de vista objetivo, la medición de la calidad de un servicio se caracteriza por la complejidad. Para que sea posible es preciso definir unos estándares de referencia para su posterior valoración, o bien establecer comparaciones con otras evaluaciones de servicios similares (Beltrán, 2000). Siguiendo a Scriven (1980), habrán de fijarse previamente para así obtener juicios lo más rigurosos posible, a lo que deberá contribuir la investigación social.

Pueden surgir de la aplicación de los métodos y técnicas de investigación, al igual que la evaluación e investigación deben tomar como referencia estos estándares, estableciendo así un proceso circular que ilustra la figura 4.6, fundamentado en una relación bidireccional o de retroalimentación entre ambos.

Figura 4.6. Relación de los estándares de calidad con la evaluación e investigación social



Una tarea básica es el establecimiento de unos estándares de calidad en los programas de intervención social. Para tal fin, es necesario definir lo máximo y más rigurosamente posible las actividades de la prestación (Aznar López, 1999; Fernández del Valle, 1999). Existen dos tipos fundamentales: externos, establecidos mediante la evaluación de los clientes; e internos, que son los que define la propia organización.

Deben ser precisos y operativos, y no principios generales de actuación.

El establecimiento de estos criterios puede realizarse desde la percepción de los profesionales, los usuarios, la población general u otros actores sociales implicados (Alvira, 2000), contribuyendo a su vez a superar el carácter graciable de los servicios sociales y considerarlos como un derecho (Fernández del Valle, 1999).

Su sistematización requiere la elaboración de procedimientos escritos, guías de organización y protocolos de atención, de forma similar a como han sido desarrollados en el ámbito de la salud (Muñoz Cano et al, 1998; López Cabanas et al, 1999; Garau, 2005).

No obstante, un aspecto que condiciona en parte la determinación de estándares es que muchos procesos puedan verse afectados por factores humanos o emocionales no previstos. Es por este motivo que deberán tener la flexibilidad suficiente para adaptarse a estas situaciones (Salvador, 2000a, 2003).

En los servicios sociales especializados, como es el caso de centros residenciales, sí es frecuente encontrar disposiciones y normas para prestar servicios de calidad, con recomendaciones específicas de organismos e instituciones. Sin embargo, en servicios sociales de atención primaria el desarrollo ha sido menor (Medina, 1997, 1999b).

Otra forma de realización de estándares viene determinada por el consenso profesional, mediante el establecimiento de los criterios por parte de expertos. Es quizás este procedimiento el que en numerosas ocasiones permite iniciar el proceso, hasta que la investigación sea capaz, por su desarrollo, de aportar nuevos requisitos.

En cualquier caso, aunque puedan establecerse criterios o estándares de calidad de servicios sociales mediante distintos procedimientos, la investigación evaluativa permite fijarlos de forma rigurosa y sistemática, mediante la aplicación de métodos y técnicas de investigación social. La Sociología, como ciencia social, deberá contribuir a generar modelos teóricos y metodológicos que faciliten su desarrollo.

IV.3.5. Calidad recibida y calidad percibida

Una diferenciación importante es la que se establece entre dos tipos de calidad, recibida y percibida, que servirá de base para la definición de los postulados teóricos y metodológicos en los que se fundamenta esta Tesis.

La calidad recibida contempla desde el diseño hasta la prestación del servicio, por lo que afecta a toda la organización. La calidad percibida o externa depende de las opiniones y valoraciones subjetivas de los usuarios, y va asociada a aspectos como la calidad física, la interactiva, la incorporada en el diseño del servicio y la latente. La calidad latente está referida a situaciones en que se presta un servicio que el cliente no espera, por lo que es “generadora neta de satisfacción” (Salvador, 2003:164). Numerosos autores se refieren a ambos tipos distinguiendo entre calidad técnica del trabajo, por un lado, y calidad percibida por parte de los usuarios, por otro (Martínez del Olmo, 2000; Cabrera et al, 2010). En este sentido, conviene resaltar que la tradición en evaluación de servicios sociales ha ido más unida a indicadores de calidad técnica (Fantova, 2004, 2006).

El concepto de la calidad de los servicios ha evolucionado desde planteamientos de adaptación a las especificaciones definidas por los profesionales, hacia nuevos enfoques centrados en la calidad percibida y la satisfacción del cliente, fundamentada en opiniones y expresiones de usuarios y grupos implicados.

Se ha pasado de una concepción centrada en el carácter pasivo de los usuarios a otra más centrada en la participación, asumiendo un rol social más activo (Tamarit, 2002; Pallinger, 2002). Se evalúa de manera creciente la satisfacción del usuario con el objetivo de mejora de las actuaciones de los profesionales, complementando la evaluación de la calidad técnica, bastante relevante en ámbitos como los servicios sociales personales.

La calidad deja cada vez más de definirse exclusivamente como ajuste o conformidad a una norma para pasar a fundamentarse también en el conocimiento propio de la sociedad postindustrial, en el que se miden los resultados en relación a la persona o cliente (Gardner, 1999).

La satisfacción de los usuarios forma parte del control de calidad. La UNESCO y la OMS han enfatizado en la importancia de evaluarla, como complemento de otras

actividades o factores. Frente a posturas que plantean que la evaluación ha de ser exclusiva de los profesionales alegando que los usuarios no poseen el conocimiento técnico suficiente para hacerlo, los beneficiarios de servicios sociales sí estarían capacitados con conocimientos y criterios adecuados para evaluar los servicios (Medina 1999a).

Se parte de la idea de hacer partícipe al ciudadano, permitiendo que valore una prestación y si ésta da respuesta a sus necesidades (Salvador, 2000a, 2003). Además, cada vez resulta más difícil conseguir la satisfacción del cliente centrandolo exclusivamente el interés en las características técnicas del programa o servicio, creciendo en importancia las dimensiones relacionadas con la atención (Fernández, 1999).

Prestar servicios adecuados implica adaptarlos a las necesidades de la población, situando en un nivel muy importante su opinión sobre la atención recibida. A este respecto, existe una tendencia creciente a utilizar mediciones más subjetivas como indicadores de la calidad (Hayes, 1999; Tamarit, 2002). Estos indicadores deben ser útiles, cuantificables, específicos, representativos y fiables (Rico et al, 2006).

La propuesta teórica y metodológica que se propone en esta tesis se centra en la calidad percibida, la opinión de diferentes aspectos, tanto objetivos como subjetivos, de los usuarios del programa o servicio. Incluye el nivel de satisfacción, pero también está formada por otras dimensiones o factores, que serán tratados en el capítulo de metodología y en la exposición de resultados obtenidos en esta investigación.

PARTE II

DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

CAPÍTULO V

DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La obtención de información sobre aquello que los usuarios esperan del servicio y la percepción que actualmente tienen del mismo es la base para comenzar un proceso de mejora. Para que exista calidad en un programa social, los procedimientos de intervención utilizados deben ser sistemáticos, rigurosos, y estar fundamentados en metodologías y técnicas de investigación (Fernández, 1999).

Y precisamente la sociología, como disciplina y ciencia social, “aporta el conocimiento de la realidad social, punto de referencia imprescindible para planificar y organizar unos servicios sociales asentados en su triple vertiente a nivel de intervención: preventiva, asistencial y rehabilitadora” (De la Fuente, 2002:61). El objeto de estudio, la realidad social, se caracteriza por la complejidad y demanda una pluralidad metodológica (Latiesa, 1991, 2003b).

Como consecuencia de lo expuesto, es necesario plantear el modelo teórico y metodológico que permita abarcar la diversidad de perspectivas y que sea capaz de exponer la conexión entre la teoría, la metodología y la empiria de la investigación que se ha llevado a cabo.

Para cumplir con estos objetivos, se ha estructurado el capítulo en los siguientes apartados: primero el modelo teórico desarrollado para la evaluación de la calidad percibida en programas de servicios sociales de atención primaria y, en particular, del programa de teleasistencia; segundo, se presentan los objetivos; tercero, la metodología de la investigación; cuarto, la validez y fiabilidad en la producción de la información en ciencias sociales; quinto, se expone la prueba de test-retest realizada para comprobar la fiabilidad de los datos obtenidos mediante el cuestionario a usuarios; y en sexto lugar, la conceptualización y características fundamentales del programa objeto de análisis, teleasistencia domiciliaria.

V.1. MODELO TEÓRICO

El desarrollo de metodologías e instrumentos que permitan valorar la percepción de los beneficiarios sobre el servicio recibido, y descubrir los elementos y factores con los que tiene relación, es el propósito del modelo holístico de evaluación de la calidad percibida que se defiende en esta investigación. Todo ello en el ámbito de actuación de los servicios sociales comunitarios.

Distintos modelos sobre calidad total aplicados en la administración pública, como EFQM o EVAM que se examinaron en un capítulo anterior, contemplan distintas dimensiones para ser evaluadas en una organización: política y estrategia, liderazgo, alianzas y recursos, procesos, recursos humanos, etc. Entre ellas, incluyen las referidas al estudio de los resultados, impacto, o grado de satisfacción conseguidos en usuarios o clientes.

En servicios sociales, algunos planes desarrollados por distintas administraciones introducen estos sistemas de calidad. Si bien se han centrado más en realizar evaluaciones que priorizan los factores científico-técnicos o profesionales, que en otorgar la importancia debida a las percepciones y valoraciones de las personas a las que van dirigidos.

En consecuencia, el importante desarrollo experimentado por los servicios sociales comunitarios en nuestro país en las dos últimas décadas, y de manera muy especial los dirigidos a personas mayores o con problemas de dependencia, no ha ido seguido en la misma proporción de los análisis y evaluaciones necesarias para comprobar aspectos como resultados obtenidos, impacto, utilidad o satisfacción. Desarrollar y aplicar un modelo teórico y metodológico que facilite la evaluación desde la perspectiva de las personas beneficiarias es precisamente una pretensión de este trabajo.

V.1.1. Fundamentos teórico-conceptuales y metodológicos del modelo de evaluación

La elaboración de la estructura conceptual de partida requiere una primera diferenciación entre calidad recibida y calidad percibida. De forma operativa, la *calidad recibida* incluye indicadores de eficiencia, de proceso, o de prestación del servicio, como tiempos de espera, tiempo medio de atención, reclamaciones, o beneficiarios a los que se ha resuelto su necesidad desde una perspectiva técnica. La *calidad percibida*

hace referencia a aspectos como los indicadores de satisfacción, la valoración de elementos tangibles o la calidad interactiva entre usuario y profesional (Salvador, 2003).

Ahora bien, aunque la calidad técnica de un programa resulte fundamental, no lo es menos la percepción de usuarios o 'clientes'. La medición que se centra de forma exclusiva en los compromisos establecidos previamente por la organización resulta insuficiente. Es necesario también estudiar y comprender la perspectiva y opinión de las personas a las que va dirigido, al defender que la noción de calidad de un servicio ha de ir más allá de su eficacia y eficiencia (Beltrán, 2000).

Tratar de construir un modelo único para la evaluación de la calidad percibida de servicios sociales generales es complejo. Lo dificulta la diversidad de programas y actuaciones que se llevan a cabo, así como las distintas necesidades y demandas a las que intentan dar respuesta. Requeriría, en consecuencia, una adaptación a las peculiaridades de cada una de ellas. Por ello el objetivo de este apartado se concreta en exponer y tratar una serie de aspectos conceptuales que tendrán que adecuarse a cada evaluación específica.

Algunas de las diferencias más destacadas entre los diversos programas y servicios son:

- Quién efectúa la solicitud: Hay casos en los que es la persona interesada la que solicita un servicio, en otros son los familiares, y en otras situaciones la iniciativa es de los técnicos o profesionales.
- Hay programas que conllevan intervenciones en que el usuario puede estar disconforme. Es el caso, por ejemplo, de las intervenciones relativas al maltrato infantil, pero también en otros programas como la ayuda a domicilio, donde las tareas no tienen por qué coincidir con los deseos, lo que genera insatisfacción.
- En ocasiones la actitud y el comportamiento de la persona que recibe el servicio es fundamental para que pueda prestarse de forma óptima. En algunos es 'coproductor' de los mismos, por lo que la valoración objetiva de la calidad no tiene por qué coincidir con su satisfacción, puesto que ha de cooperar para que el servicio se desarrolle conforme a lo previsto (Beltrán, 2000).
- El distinto grado de complejidad en la aproximación a la realidad estudiada por la diversidad de agentes, -grupos sociales, colectivos profesionales, entidades-, que intervienen directa o indirectamente en el proceso de prestación. Si bien el

objetivo último es dar una buena atención y respuesta rápida a necesidades o demandas de los ciudadanos, en ocasiones existen intereses contrapuestos entre todos ellos.

En servicios sociales es importante valorar el ‘qué’ y ‘cómo’ se prestan. Esta idea, básica, complementa el procedimiento SERVQUAL, y requiere ser incorporada en la construcción de metodologías de evaluación de la calidad. Examinar la satisfacción es imprescindible, pero a su vez insuficiente para comprobar la calidad de un programa en el ámbito de intervención en el que se centra esta tesis doctoral.

El programa de teleasistencia se traduce en la prestación de un servicio a la población. En relación a las consideraciones anteriores se formulan a continuación los principios que, a nivel conceptual y teórico, definen la propuesta evaluativa que se lleva a cabo:

- a) La **relevancia de la calidad percibida**. Es imprescindible partir de la idea que la evaluación de la calidad de un servicio es útil principalmente para los propios usuarios, si se tienen en consideración los resultados por parte de los responsables políticos y técnicos.

Recabar información sobre su opinión es la base para comenzar el proceso de mejora de un programa, siendo imprescindible conocer qué quieren los propios clientes o beneficiarios. Se trata de una valoración centrada en la percepción subjetiva (Cabrera et al, 2010).

Dar importancia a la calidad percibida no significa restar relevancia a la calidad científico-técnica. Las dos son importantes, y dependerá tanto del programa a evaluar como del planteamiento teórico del que parta la evaluación el otorgar preferencia a una de ellas. Además, ambas no tienen necesariamente por qué corresponderse, pudiendo un programa demostrar una alta calidad técnica y a su vez ser muy criticado por los usuarios, y viceversa. En cualquier caso, en el caso de los servicios sólo pueden medirse de forma objetiva algunas dimensiones (Palacios, 2003).

- b) La **complejidad de los estudios de evaluación de calidad requieren un pluralismo metodológico** basado en la complementariedad de diferentes técnicas de investigación social. Son importantes los instrumentos cuantitativos, pero a su vez

sin el uso de técnicas cualitativas resulta prácticamente imposible realizar una valoración de la calidad de los servicios.

El modelo de evaluación de calidad percibida, propuesto en este trabajo ha de basarse en un pluralismo metodológico, debido fundamentalmente a que la calidad es un constructo multidimensional, tiene componentes objetivos y subjetivos, y conlleva evaluar tanto procesos como resultados. Estos tres motivos son suficientes para pensar en la necesidad de una aproximación plural, con un carácter complementario de todas las técnicas de investigación social utilizadas.

Este planteamiento exige la triangulación en el análisis de la información producida por técnicas cuantitativas y cualitativas.

- c) El **desarrollo de instrumentos**, como es la pretensión del cuestionario elaborado “ad hoc” para este trabajo, que permitan obtener datos validos y fiables adaptando las escalas de medida utilizadas a las características de los usuarios de los servicios. En este caso, en general se trata de personas mayores con niveles bajos de formación, y en algunos casos con dificultades para realización de actividades de la vida diaria o con problemas de salud que pueden hacer compleja la comunicación.
- d) La medida de **la satisfacción de los usuarios como una dimensión básica y transversal** de la calidad percibida, pero no suficiente. El nivel de satisfacción forma parte del modelo, pero también hay que tratar otros aspectos o factores. Tiene una relación directa con las expectativas, como han puesto de manifiesto numerosos modelos sobre calidad de los servicios, pero también pueden existir otras variables explicativas que será necesario descubrir a través de la investigación. Un bajo grado de exigencia con el servicio o expectativas iniciales poco definidas respecto a lo que se espera recibir, sobre todo en personas mayores, puede conllevar a una satisfacción más alta.
- e) **Operativización** de la calidad **en dimensiones e indicadores concretos y evaluables**. El objetivo no es establecer un índice global o general mediante la ponderación de los resultados de los indicadores que se establezcan, aspecto que significa una excesiva reducción de la realidad investigada, solo válida para posibles comparaciones. Todas las dimensiones tienen la suficiente entidad como para presentar su análisis por separado. Estos indicadores habrán de ser fiables, relevantes y cuantificables (Rico et al, 2006).

Las dimensiones que se proponen son una adaptación de las establecidas por Parasuraman, Zeithalm y Berry (1988), en la escala SERVQUAL, a los programas y prestaciones que se desarrollan desde los servicios sociales de atención primaria y de manera particular al programa de teleasistencia domiciliaria. Por otro, la metodología cualitativa empleada permite incorporar otras dimensiones de calidad específicas no previstas de forma inicial.

- f) Los **efectos en el bienestar personal y social**. Un elemento fundamental en programas de atención a los problemas relacionados con la dependencia debe ser el logro de la sensación de bienestar.

La dificultad para evaluar calidad exclusivamente en función de expectativas en el caso de los servicios sociales, requiere incluir también en el modelo propuesto el análisis del bienestar percibido por los propios usuarios y su entorno.

De esta forma, tan importante debe ser evaluar si se ha dado respuesta a las necesidades del usuario o cliente como la propia atención que recibe (amabilidad, cortesía, etc). Si solo se considera esto último, hay riesgo de incurrir en la “trampa de la calidad”, en términos de Alvira (2000). Por ello, es importante incorporar la valoración sobre la respuesta del servicio a determinadas necesidades, considerando que la finalidad última tanto de un programa como de un sistema de calidad es la mejora de la calidad de vida de las personas (Barriga, 2000; Pérez Menayo, 2005).

Esta consideración es más importante si cabe en los programas de servicios sociales generales, en los que se enmarca teleasistencia, al constituir la mejora del bienestar social su principal objetivo. Por tanto, en una evaluación de este tipo deberá contemplarse la valoración subjetiva del logro de este bienestar, y no solo atender a aspectos de cortesía y trato de aquellas personas que prestan la atención requerida. En definitiva, se trata de incorporar los logros y efectividad del programa.

V.1.2. Modelo de análisis para la evaluación de la calidad percibida del programa de Teleasistencia Domiciliaria

En general, hay una ausencia de propuestas metodológicas que, combinando los paradigmas comprensivo y explicativo, permitan evaluar la calidad percibida en programas de servicios sociales. En cualquier caso, sobre los sistemas expuestos en los capítulos de desarrollo teórico de la tesis, se requiere la elaboración de modelos

concretos, fundamentados o adaptados en aquellos, que permitan su adecuación a las características específicas de la organización o servicio (Fernández-Villarán, 2003).

La propuesta desarrollada se construye sobre los fundamentos teóricos y metodológicos descritos en el anterior epígrafe. Se centra básicamente en el estudio de la percepción de usuarios sobre el funcionamiento del programa, atendiendo a las dimensiones de SERVQUAL, y a otras nuevas obtenidas mediante procedimientos inductivos en la fase cualitativa de la investigación. Incluye también cómo inciden los factores sociales y culturales en esa percepción.

Además, teleasistencia domiciliaria exige que el usuario desempeñe un rol activo y realice un uso adecuado. Es decir, que sea ‘coproductor’ del servicio. Se trata de una característica fundamental que se incorpora en este modelo de investigación evaluativa.

En concreto, la estrategia metodológica está basada en tres elementos esenciales, respondiendo a los objetivos de este trabajo.

1. Análisis de las dimensiones que conforman la calidad del servicio de teleasistencia desde la percepción de los usuarios, tomando como referencia las identificadas por el instrumento SERVQUAL. Para ello se ha diseñado un cuestionario adaptado y adecuado para la población objeto de estudio, personas mayores con bajo nivel de información y formación, que ha permitido la producción de información válida y fiable de un conjunto de variables e indicadores (véase cuestionario en Anexo I). Incluye temas como la satisfacción con distintos componentes del servicio, la respuesta y trato recibidos, el estudio de expectativas y satisfacción general, o el uso del servicio por parte del usuario como factor de coproducción.
2. La búsqueda de nuevas dimensiones de calidad mediante una aproximación comprensiva al funcionamiento y valoración del programa, indagando en las atribuciones dadas por los propios actores o usuarios. La más importante es la contribución al bienestar personal y social, que permite identificar el valor “social” del programa evaluado. Para ello se han realizado entrevistas en profundidad y grupos de discusión con usuarios y familiares, y entrevistas a profesionales.
3. Estudio de las relaciones entre la satisfacción con el servicio de teleasistencia y otras variables intrínsecas y extrínsecas al mismo: Indicadores de calidad recibida; características demográficas, sociales y familiares; situación personal -salud y dependencia-; o desempeño de rol de usuario como coproductor del servicio.

Diversas investigaciones sobre calidad percibida establecen índices, a nivel cuantitativo, que intentan reflejar el nivel alcanzado de excelencia del servicio examinado. Si bien ese procedimiento metodológico permite hacer comparaciones tanto en la evolución temporal como con otros servicios similares, supone una simplificación de la realidad estudiada.

Este trabajo no tiene como objetivo construir un índice general sobre la calidad del programa objeto de investigación, sino el estudio y análisis de cada una de las dimensiones de calidad establecidas, mediante el análisis de variables e indicadores y su relación entre sí. No es un propósito, por tanto, la ponderación de éstas.

Las variables e indicadores propuestos se exponen en cuadro 5.1, agrupados en distintas dimensiones o factores.

Cuadro 5.1. Variables e indicadores del modelo		
Dimensiones/Criterios	Variables empíricas	
Dimensiones de SERVQUAL	1. Elementos tangibles	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobación previamente del funcionamiento en otros usuarios - Dificultad en el manejo del equipo - Resolución problemas de funcionamiento de equipo
	2. Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio da compañía - El servicio es cómodo - El servicio da seguridad - El servicio da tranquilidad - Satisfacción con la ayuda/atención recibida
	3. Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo transcurrido entre solicitud e instalación - Valoración del tiempo transcurrido entre solicitud e instalación - Rapidez en la atención ante una emergencia - Satisfacción con la rapidez en la recepción de la llamada - Satisfacción con el tiempo transcurrido para dar solución a una demanda o problema
	4. Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de la preocupación de los profesionales por los usuarios - Atención de las/os teleoperadoras/es - Satisfacción con el trato recibido por las/os teleoperadoras/es - Satisfacción con el trato recibido por el/la trabajador/a social del Ayuntamiento - Satisfacción con el trato recibido por el/la coordinador/a de la empresa que presta el servicio

	5. Empatía	<ul style="list-style-type: none"> - Información inicial sobre uso del medallón - Fuente de información - Motivo de solicitud - Persona que realizó los trámites - Comprensión de funcionamiento equipo - Valoración explicación del funcionamiento de equipo - Sencillez de trámites de solicitud - Dificultades para contactar - Satisfacción con la forma en que le expresan las cosas
Cobertura de expectativas y satisfacción general		<ul style="list-style-type: none"> - El servicio responde a lo esperado - Satisfacción general - Aspecto más positivo - Aspecto más negativo - Percepción del coste económico
Uso del servicio por el usuario como factor de coproducción		<ul style="list-style-type: none"> - Situación de enfermedad y uso del servicio - Situación de soledad y uso del servicio - Situación depresiva y uso del servicio - Situación de emergencia (caída) y uso del servicio - Motivos por los que no se utiliza - Uso del medallón por parte del usuario
Calidad recibida del servicio		<ul style="list-style-type: none"> - Antigüedad en el servicio - Tiempo desde solicitud hasta instalación - Número de llamadas emitidas - Número de llamadas recibidas - Visita del técnico en el domicilio. Motivo de la visita - Visita de la coordinadora en el domicilio. - Últimas 3 llamadas emitidas por el usuario: tiempo transcurrido, duración de la llamada, motivo.
Bienestar personal y social		<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la situación personal y social atribuibles al servicio - Valoración de la ausencia del servicio
Autonomía personal, problemas de salud y apoyo social		<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de realización de actividades de la vida diaria (AVD) - Necesidad de ayuda en la realización de AVD - Apoyo sociofamiliar - Existencia de problemas de salud - Puntuación de baremo de acceso al programa
Características sociodemográficas y tipología de usuarios		<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estado civil - Nivel de estudios - Personas con las que convive - Situación convivencial - Tamaño del municipio - Aportación por el servicio - Usuario e intensidad de ayuda a domicilio

V.2. OBJETIVOS

La investigación parte de un objetivo general, desglosado u operativizado en varios objetivos específicos.

V.2.1. Objetivo general

Desarrollar y aplicar un modelo teórico y metodológico que permita evaluar la calidad percibida de programas de servicios sociales comunitarios, mediante la determinación de dimensiones del servicio, y el análisis de la relación entre la percepción de los usuarios y los elementos extrínsecos e intrínsecos del programa.

La propuesta se ha desarrollado en el programa de teleasistencia domiciliaria en la provincia de Granada, en concreto en los municipios menores de 20.000 habitantes.

V.2.2. Objetivos específicos

1. *Analizar, en base al modelo desarrollado por Parasuraman, Zeithalm y Berry, la percepción de los usuarios del programa sobre las dimensiones que conforman la calidad percibida del servicio.*

Mediante la construcción de un cuestionario “ad hoc”, fundamentado en los criterios que establece el instrumento elaborado por estos autores: SERVQUAL, y adaptado al nivel de formación e información de la población objeto de estudio.

2. *Indagar en nuevas dimensiones de calidad, específicas para los programas de servicios sociales comunitarios, a través de una aproximación comprensiva a la valoración del funcionamiento del programa por parte de los grupos implicados en el mismo.*

Y ello a través de la realización de entrevistas en profundidad, grupos de discusión, y la inclusión en el cuestionario de preguntas abiertas relacionadas con la valoración de las respuestas que da el servicio a las necesidades de los beneficiarios, así como su efecto en el bienestar personal y social. Examinado desde el punto de vista de los propios usuarios, sus familiares, y los profesionales que intervienen, contribuirá a establecer distintas dimensiones del concepto de calidad.

3. *Estudiar la relación entre determinados factores internos y externos al servicio-características sociodemográficas de los usuarios, autonomía personal, salud,*

variables de calidad recibida- y la percepción subjetiva, la satisfacción, y los factores de coproducción del servicio.

4. *Establecer los perfiles de usuarios, atendiendo a características sociodemográficas y personales, que permitan una mejora continua de la intervención técnica en el programa, y en consecuencia de su calidad.*
5. *Elaborar un sistema de indicadores con unos estándares de calidad que, integrados en un modelo, sirvan para evaluar la calidad del programa de forma periódica, permitiendo analizar su evolución.*

V.2.3. Hipótesis

Los objetivos específicos orientan la labor investigadora. En cuanto a las hipótesis, al ser muy numerosas las variables empíricas del estudio, se establecen de forma más general. Se dejan para los capítulos sobre resultados las afirmaciones o proposiciones previas sobre los distintos aspectos de la realidad estudiada y que relacionan de forma concreta distintas variables analizadas.

En concreto hay una hipótesis general y tres específicas. La **general** es la siguiente: *La evaluación percibida del programa de teleasistencia permite establecer los factores positivos y las propuestas y estrategias de mejora del servicio, desde la perspectiva subjetiva de los propios usuarios.*

Las **específicas** se presentan a continuación:

1. *El grado de satisfacción de los usuarios es un factor básico en la evaluación de la calidad percibida, pero por sí solo no es suficiente. La inclusión de otras dimensiones complementan la comprensión de las valoraciones de los usuarios.*
Algunas de estas dimensiones o factores se refieren a las opiniones sobre la burocracia, el funcionamiento del equipo tecnológico instalado en la vivienda, las aportaciones del servicio, su contribución al bienestar, etc.
2. *La percepción subjetiva va a depender de factores sociales, personales, y de condiciones de coproducción y uso del servicio por los propios beneficiarios.*
3. *El desarrollo de las interacciones profesional-usuario tiene una relación directa con el grado de satisfacción manifestado.*

V.3. METODOLOGÍA

Se expone en este apartado el proceso metodológico que ha caracterizado a la investigación evaluativa llevada a cabo; las fases de la investigación; las técnicas de producción de datos; el proceso de elaboración del cuestionario; el trabajo de campo, y por último, las técnicas de análisis de la información que representan sus contenidos básicos.

V.3.1. Evaluación de la evaluabilidad

Antes de iniciar el proceso investigador se efectuó la evaluación de la evaluabilidad del programa de teleasistencia domiciliaria. Esta actividad es un requisito imprescindible a fin de decidir si es o no viable que un programa sea evaluado (Rutman, 1980; Wholey, 1994; Alvira, 1997; Reboloso et al, 2008). Para ello, se comprobó la definición, conceptualización, objetivos y metas del mismo. Afortunadamente la colaboración de las entidades y personas implicadas en el desarrollo del programa fue muy favorable y ha permitido definir esta tarea en todos sus aspectos.

En primer lugar se procedió al conocimiento del programa para desarrollar una evaluación útil, orientada al análisis, que descubra sus fortalezas y debilidades; en segundo lugar se examinaron los documentos escritos existentes -documentos técnicos, memorias-; en tercero se llevó a cabo la comprobación in situ de su funcionamiento, se identificaron a los participantes de la evaluación, y se estableció un acuerdo con los gestores y responsables del mismo para el desarrollo de todo el proceso. Todas estas actividades han llevado a afirmar que el programa permitía su evaluabilidad.

V.3.2. Fases del proceso investigador

El proceso investigador tiene un carácter dinámico y está constituido por el conjunto de fases de una investigación, desde el inicio, la formulación del problema, hasta el informe final (Latiesa, 2003b). Las fases generales seguidas se presentan a continuación.

- *Planteamiento y delimitación del problema.* Incluye la revisión bibliográfica y documentación sobre servicios sociales, evaluación de programas, evaluación de la

calidad, y de manera más específica la calidad percibida por los usuarios. Todo ello ha permitido la redacción del marco teórico.

- *Elaboración de objetivos.* Se han elaborado los objetivos generales y específicos, los conceptos de partida, las hipótesis y la determinación de variables a investigar, delimitando la población objeto de estudio.
- *Diseño metodológico.* Ha consistido en la selección de las técnicas de producción y análisis de datos y la elaboración del diseño muestral. La construcción del cuestionario, la selección de la muestra, la estructuración del contenido de las tres fichas de datos utilizadas, la planificación de entrevistas en profundidad y grupos de discusión, y la aplicación del método de fiabilidad por estabilidad test-retest a la medición efectuada mediante la encuesta, han constituido las principales tareas de esta fase.
- *Producción de la información.* Mediante la preparación, desarrollo y control del trabajo de campo, el cierre de preguntas abiertas, y la realización de transcripciones de entrevistas y grupos de discusión.
- *Análisis e interpretación de datos y elaboración de conclusiones.* Incluye en primer lugar la elaboración de un plan de análisis para el tratamiento estadístico de la información cuantitativa. En segundo término, el análisis de contenido de la información cualitativa. Y, por último, la redacción de todo el proceso en un informe final.

V.3.3. Técnicas de producción de datos

La investigación pretende obtener información sobre la calidad percibida de los usuarios del programa de teleasistencia domiciliaria. Para ello, se han utilizado diversas técnicas de investigación social, buscando el mayor rigor posible en la aproximación a un fenómeno complejo y multidimensional como es la evaluación de la calidad en programas de servicios sociales generales. La metodología se ha fundamentado, por tanto, en la utilización con un carácter complementario de técnicas cualitativas y cuantitativas, mediante la denominada triangulación (Ruiz Olabuenaga, 1999).

Las técnicas de producción de datos cuantitativos y cualitativos utilizadas han sido las siguientes:

- **Encuesta** a usuarios del servicio.

- **Grupos de discusión** a usuarios y familiares.
- **Entrevistas en profundidad** a usuarios, familiares, profesionales y responsables técnicos.
- **Obtención de datos secundarios**, de diferentes bases de datos que sirven para la monitorización y gestión del programa. Han sido sistematizados en tres fichas de registro correspondientes a cada usuario entrevistado, garantizando siempre su anonimato.

1. Encuesta a usuarios: La encuesta es una técnica de investigación social que obtiene mediciones cuantitativas de la realidad objeto de estudio mediante procedimientos estandarizados de interrogación (García Ferrando, 2003; Alvira, 2004). Ha permitido obtener la opinión de los usuarios sobre el servicio. Las características técnicas de la encuesta se ilustran en el cuadro 5.2. El cuestionario consta de un total de 47 preguntas, tanto abiertas como cerradas, y está formado por más de 100 variables (se adjunta en anexo I). Las preguntas se han referido a los siguientes temas:

- *Conocimiento del servicio y preguntas iniciales:* quién le informó, comprobación previa del servicio con otras personas allegadas, motivo de solicitud, complejidad de trámites y papeleo, tiempo transcurrido desde la solicitud hasta la instalación y percepción subjetiva del mismo, tiempo en el servicio.
- *Funcionamiento del equipo:* valoración de la explicación inicial sobre el funcionamiento del equipo, manejo del mismo, rapidez en la solución de problemas que se hayan presentado con el funcionamiento.
- *Valoración del servicio:* adecuación entre expectativas y percepción, utilización por emergencia, trato de los profesionales, grado de satisfacción sobre diferentes aspectos.
- *Utilización del servicio:* uso en los últimos meses, utilización adecuada del mismo, frecuencia en las llamadas efectuadas por el usuario, frecuencia en las llamadas desde el centro de atención, percepción de molestia al llamar, uso del pulsador vía radio o medallón.
- *Percepción de la mejora del bienestar:* cambios experimentados por el usuario atribuibles al servicio, aspectos positivos y negativos.

- *Variables sociodemográficas*: sexo, estado civil, estudios, personas con las que convive.

Cuadro 5.2. Ficha técnica encuesta a usuarios

- *Ámbito*: Municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia de Granada.
- *Universo*: Usuarios de 65 y más años del programa de teleasistencia domiciliaria (4.900).
- *Tamaño de la muestra*: 448 entrevistas.
- *Ponderación*: No procede.
- *Puntos de muestreo*: 40 núcleos de población, 33 municipios.
- *Procedimiento de muestreo*: Polietápico, estratificado por conglomerados, según número de usuarios del municipio, y con selección final de unidades mediante muestreo aleatorio simple.
- *Error muestral*: $\pm 4,5$ para un nivel de confianza del 95,5%, y $p=q$, y en el supuesto de un procedimiento de muestreo aleatorio simple.

2. **Grupos de discusión**: Se han realizado dos grupos, uno con usuarios anterior a la elaboración del cuestionario, y otro con familiares. Su finalidad ha sido exploratoria, con carácter previo a la realización de la encuesta, así como de apoyo en la interpretación de los resultados. Los integrantes se han seleccionado con criterios estructurales o de pertinencia, buscando la representatividad social (Ibáñez, 1991; Galiana, 2004).

Cuadro 5.3. Grupos de discusión

Nº de grupos: 2

Grupos objeto de estudio:

- Usuarios (Municipio de Peligros): 8 personas.
- Familiares (Municipio de Salobreña): 9 personas.

3. **Entrevistas en profundidad**: Basadas en una conversación ‘abierta’ con el entrevistado, han sido realizadas algunas de ellas con un carácter previo a la fase de encuesta y otras con posterioridad. Han permitido indagar en temas relacionados con la calidad percibida del servicio de teleasistencia desde el punto de vista de los propios actores implicados en el proceso de prestación del mismo, desde una

perspectiva EMIC. Se consigue así la máxima interacción entre investigador y sujeto investigado (Ortí, 2003; Galiana, 2004). Se han realizado a usuarios del servicio, a familiares, así como a responsables técnicos del programa, tanto de la administración responsable como de la empresa prestataria (Cuadro 5.4).

Cuadro 5.4. Entrevistas en profundidad

Nº de entrevistas: 12

Personas entrevistadas:

- Usuarios (6).
- Familiares de usuario (2).
- Profesionales de la Administración responsable (1).
- Profesionales de la organización prestataria del servicio (3).

4. Datos secundarios: obtenidos de diferentes fuentes, todas ellas relacionadas con el seguimiento y gestión del programa. Han sido sistematizados mediante procedimiento manual, lo que ha requerido una importante dedicación de tiempo, en tres fichas de registro correspondientes a cada usuario entrevistado, garantizando en todo momento su anonimato.

a) *Datos del programa de gestión utilizado por la empresa que presta el servicio.*

En concreto, ha permitido la elaboración de fichas por usuario que complementan la información obtenida mediante encuesta.

- En la primera de ellas se recogen más de veinte variables sobre:
 - Características sociodemográficas de los usuarios.
 - Apoyo sociofamiliar.
 - Problemas de salud.
 - Tipología de usuario.
 - Número de llamadas emitidas, recibidas y automáticas producidas en los doce meses anteriores a la aplicación del cuestionario.
 - Características del equipo tecnológico instalado en el domicilio.
- En la segunda se han recabado los datos correspondientes a las tres últimas llamadas efectuadas por el usuario con anterioridad al día de realización de la entrevista. En concreto el tiempo transcurrido entre cada una de ellas, motivo y duración de las mismas.

- b) *Datos* correspondientes a la *monitorización o seguimiento del programa*. Ha facilitado la elaboración de una tercera ficha de cada usuario que ha complementado, junto a las dos anteriores, la información aportada por los propios entrevistados. Está compuesta por doce variables sobre los siguientes temas:
- Existencia, duración y motivo de bajas temporales en el servicio.
 - Complementariedad con el programa de Ayuda a Domicilio.
 - Baremo de acceso al servicio: puntuación total y de cada uno de los apartados que lo constituyen.
 - Dificultades en la realización de distintas actividades de la vida diaria (AVD).
- c) También se ha incluido el *análisis de datos de distintas memorias anuales de gestión del programa*, que han permitido mediante su tratamiento en unos casos establecer la evolución seguida por el servicio desde su implantación, y en otros analizar la actual situación del mismo. Todo ello considerando indicadores como número de usuarios, motivos de llamadas efectuadas, causas de bajas definitivas, etc.

V.3.4. Elaboración y aplicación del cuestionario

Con el fin de llevar a cabo la confección del cuestionario dirigido a usuarios se efectuaron previamente dos grupos de discusión y seis entrevistas en profundidad. El uso de las técnicas cualitativas, además de facilitar una aproximación comprensiva en la evaluación del programa, contribuyó a extraer nuevos temas y dimensiones a investigar mediante la técnica de encuesta.

Era necesario adecuar las preguntas que habían surgido de los temas y objetivos marcados en la investigación a las características de los usuarios. Se efectuaron 5 pretest, con más de 100 entrevistas, hasta lograr un cuestionario que, permitiendo que la interacción se desarrollase como si fuera una conversación, se comprendiera en su totalidad por los usuarios. Este proceso se extendió a lo largo de tres meses. Una vez comprobada la adecuación del cuestionario definitivo y su capacidad para recabar la

información necesaria, y dada validez y fiabilidad al mismo, se procedió a planificar y realizar el trabajo de campo.

La fase de **trabajo de campo** se realizó a lo largo de los meses de abril y mayo de 2007. En la última semana de marzo y la primera de abril se efectuó el 'breafing' definitivo para analizar la versión definitiva del cuestionario y dar todas las instrucciones a los encuestadores, que ya habían participado de forma directa en el tercer, cuarto y quinto pretest. La pasación de cuestionarios ha correspondido a un grupo de tres personas, de las que una de ellas ha ejercido las tareas de coordinación, todas ellas egresadas de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada en el curso anterior.

La aplicación del cuestionario ha supuesto una duración media de 25 minutos. En el pretest se comprobó como los niveles de atención en la respuesta a las preguntas no bajaba a lo largo de la entrevista, siempre que ésta no superase los 40 minutos, aproximadamente. Las características del colectivo al que iba dirigida la encuesta, en el que parte importante tienen problemas de soledad, ha explicado en gran medida esa actitud favorable, dado que muchos de los encuestados manifestaban su interés en que los encuestadores permaneciesen más tiempo en su domicilio. Ese hecho ha facilitado el desarrollo del trabajo de campo, aspecto que difiere con la tendencia general que se observa en la pasación de los cuestionarios en las investigaciones dirigidas a la población en general o a otros colectivos, en los que el nivel de atención decae a partir de 10 ó 15 minutos de entrevista.

Una vez finalizada la entrevista, los encuestadores anotaban las posibles incidencias, realizando a su vez, según su propia percepción, una valoración de la sinceridad de la persona encuestada. Todas estas informaciones son muy valiosas en el seguimiento y control del trabajo de campo (Díaz de Rada, 2005).

En esta fase de la encuesta se desarrolló el *método test-retest*, sobre 40 personas de la muestra, que ha permitido comprobar la fiabilidad como estabilidad de la medida. Se realizaron dos aplicaciones del mismo cuestionario, la segunda de ellas (retest) tres semanas después de la primera (test). Los resultados se expondrán en un apartado posterior del capítulo.

V.3.5. Técnicas de análisis de la información

El *análisis estadístico de los datos cuantitativos*, obtenidos mediante la encuesta y las fichas de usuario, se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS v.15, a tres niveles: univariable, bivariable y multivariable.

a) Nivel univariable:

- Frecuencias.
- Descriptivos y medidas de dispersión, en aquellas variables en las que este análisis es adecuado según su nivel de medición.

b) Nivel bivariable:

- Tablas de contingencia.
- Correlaciones bivariadas.
- Análisis de varianza y comparación de medias.

c) Nivel multivariable:

- Análisis de correspondencias.
- Análisis factorial.
- Regresión lineal múltiple.

Las escalas de satisfacción de usuarios son de opiniones y actitudes, generalmente ordinales, por lo que no se caracterizan por tener intervalos medibles en base una unidad estándar. En sentido estricto, se puede comprobar la proporción de usuarios que están más o menos satisfechos, pero no cuánto más (Palacios, 2003). Ante esta situación hay tres posibles opciones: 1) La primera, objeto de reflexión por metodólogos de las ciencias sociales como Blalock (1981) o Cicourel (1982), es más rigurosa y es contraria a utilizar de estas escalas ordinales como si fuesen de intervalo. 2) La segunda perspectiva es más pragmática, justificable desde un punto de vista lógico, pero con menor rigurosidad conceptual y metodológica. Se fundamenta en aceptar en el análisis estadístico el error que supone tratar variables ordinales como si tuviesen un nivel de medición de escala de intervalo. Esta segunda opción tiene ventajas a nivel operativo (Palacios, 2003), si bien distorsiona la medida. 3) Una tercera solución estaría en la transformación de las escalas ordinales en variables dicotómicas o dummy (García Ferrando, 2004), y de esta manera serían medibles a nivel de intervalo.

En este trabajo se ha optado de forma prioritaria por esta última posibilidad. Se han transformado algunas variables nominales y ordinales en variables 'dummy' o

‘ficticias’. No obstante, para efectuar el análisis multivariable también se ha procedido en ocasiones a la construcción de indicadores e índices mediante la transformación de valores de algunas variables ordinales.

Respecto al **análisis de los datos cualitativos**, una vez realizadas las transcripciones de entrevistas en profundidad y grupos de discusión, se ha efectuado un análisis de contenido con carácter complementario al estadístico. Se ha utilizado un modelo de análisis descriptivo, a nivel semántico, mediante análisis categorial basado en la identificación de unidades de registro y de contexto (Galiana, 2004; López-Aranguren, 2003; Rizo, 2000), fundamentado en un procedimiento de descripción de datos apoyada por citas ilustrativas y, cuando la información lo ha requerido, se han incorporado las interpretaciones de las valoraciones de los participantes en las entrevistas mediante la búsqueda del significado del discurso, en base a su posición social.

Por último, la investigación ha requerido el **análisis de las preguntas abiertas del cuestionario**. Obtener información de la población objeto de estudio exigía incorporar este tipo de preguntas. En concreto se formularon sobre los siguientes temas:

- Motivo por el que no se ha utilizado el servicio en una situación de emergencia.
- Razones por las que ha pensado que puede causar molestias al llamar.
- Motivos por el que en ocasiones no lleva la unidad de control remoto.
- Causa por la que ha cambiado su vida desde que posee el servicio.
- Aspecto en que cambiaría su vida cotidiana si dejara de tener el servicio.
- Motivo que explica el grado de satisfacción con el servicio.
- Aspecto más positivo del servicio.
- Aspecto más negativo del servicio.

Su categorización, codificación, tabulación y análisis ha supuesto un importante y a la vez gratificante trabajo. Las respuestas textuales de las personas entrevistadas han permitido dos tipos de análisis: estadístico o cuantitativo, y también de contenido al recabar opiniones y respuestas literales de las personas entrevistadas.

V.4. VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LAS OBSERVACIONES SOCIOLÓGICAS

En este epígrafe se exponen conceptos básicos relacionados con la medición en ciencias sociales: el pluralismo metodológico, y la validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas.

V.4.1. Medición en ciencias sociales y calidad en la producción de información

Son numerosos los autores que han reflexionado sobre la forma más adecuada de aproximarse a la realidad social. Los fenómenos sociales tienen una complejidad suficiente como para abordarlos desde distintas perspectivas o métodos. Beltrán (2003) propone de forma acertada un pluralismo metodológico, y cada vez son más los investigadores que combinan el uso de distintas técnicas cuantitativas y cualitativas con un carácter complementario (Latiesa, 1991, 2003a).

La complejidad de la realidad social exige el uso de varias técnicas de investigación social. Pero a su vez, en la investigación mediante encuesta el carácter complejo de los fenómenos conlleva de forma necesaria la elaboración de constructos metodológicos mediante la operacionalización de los conceptos que permitan una aproximación a la realidad objeto de análisis (Díaz de Rada, 1999:30). Será necesario controlar de alguna forma si las mediciones que se realizan en una investigación se ajustan al concepto que se pretende medir. Para ello es imprescindible comprobar si la medida tiene la fiabilidad y validez suficiente. Ambos procedimientos son también de aplicación en la producción y análisis de información cualitativa (Ruiz Olabuénaga, 1999).

En cualquier caso, no solo es conveniente la realización de estudios fundamentados en técnicas muy diversas, sino que además ha de efectuarse el control de la calidad de las mediciones que se realizan, sobre todo en la investigación social mediante encuesta. Y ello pasa necesariamente por prestar atención a la validez y fiabilidad de los datos y a realizar de forma rigurosa todas las fases del proceso investigador que afecten a la producción de la información.

En este sentido, hay una serie de requerimientos en los que los investigadores que utilizan la encuesta han de insistir si se pretende realizar investigaciones de calidad:

- *Rigurosidad en la elaboración del cuestionario*: En numerosas ocasiones la celeridad con la que se realizan las investigaciones conlleva una elaboración rápida del instrumento de medición. Es necesario un proceso pausado en su construcción, así

como la realización de los pretest que sean precisos hasta conseguir el adecuado. Si se logra elaborar un buen cuestionario, los resultados obtenidos serán de calidad. Para ello, hay que partir del objetivo general de la investigación y operativizar los conceptos hasta establecer los contenidos y estructura adecuada en el mismo.

- *Formación de los encuestadores*, analizando cada una de las preguntas y categorías de respuesta, y cotejando sus opiniones en las distintas reuniones tras las pruebas o pretest efectuados.
- *Seguimiento y control exhaustivo del trabajo de campo*.
- *Control de calidad*, mediante cálculo de fiabilidad y validez del instrumento o de la medición, según el tipo de investigación.

El instrumento de medida debe tener capacidad para medir el constructo, para extraer la información necesaria. Ha de ser lo más completo posible pero a la vez rápido y fácil de contestar, con un lenguaje adaptado al nivel de formación e información de las personas entrevistadas. Las preguntas deben formularse de manera adecuada, con claridad, y con categorías de respuesta exclusivas y exhaustivas (Vernette, 1995; Díaz de Rada, 1999; Latiesa, 2003b).

Tener en consideración estos elementos anteriores disminuye de manera notable los errores de medición, lo que repercute de forma directa en la calidad de las investigaciones sociales mediante encuesta.

V.4.2. Validez y fiabilidad de las observaciones. Concepto y tipos

Fiabilidad y validez son los criterios más importantes para juzgar y comprobar la bondad de las escalas y medidas. Ambas están muy relacionadas, de manera que se repercuten mutuamente.

Por **fiabilidad** se entiende que “repetidas mediciones del mismo fenómeno muestren valores iguales” (Lewis-Beck, 1994)⁴². Se trata de un asunto empírico, que concierne al grado de consistencia de los resultados al repetir las medidas, haciendo referencia a la exactitud de éstas (Latiesa, 1992). En este sentido, se refiere a la constancia, consistencia y estabilidad de las observaciones.

⁴² Citado en Giner, S. et al. (1998): Diccionario de Sociología. Alianza Editorial, Madrid.

La fiabilidad en sociología implica varios aspectos: *Congruencia*, pues al aplicar instrumentos diferentes los resultados han de ser similares; *estabilidad*, no deben producirse cambios en el transcurso del tiempo; *reproducibilidad*, en el sentido de similitud de los resultados de diferentes investigaciones cuando utilizan el mismo instrumento de medición; y *exactitud* de la medida (López-Aranguren, 2003; Latiesa, 2003).

La **validez** viene definida como el grado en el que un instrumento mide lo que realmente se pretende medir. Está relacionada con la garantía de medir el concepto o dimensión de partida correspondiente al fenómeno social estudiado. Por tanto, con el marco teórico del estudio, la definición operativa de conceptos y el diseño de investigación (Díaz de Rada, 1999).

En una investigación social pueden existir, a nivel general, dos tipos de errores: aleatorios y sistemáticos. El primero de ellos vendría dado por los factores que no pueden controlarse: actitud de los encuestadores, los entrevistados y la forma en que responden, las condiciones de la recogida de información, errores de codificación, etc. Por su parte, el error sistemático supone la existencia de factores estables que afectan a la medida que se realiza, es decir, está relacionado con el propio instrumento: las preguntas, las categorías, ausencia de instrucciones para su correcta cumplimentación, etc. (Grande y Abascal, 1996:337)⁴³.

El error aleatorio obedece al azar, debido a situaciones coyunturales, y está relacionado con la fiabilidad de la medida. El error sistemático influye estructuralmente y sigue reglas fijas, afectando a la validez (Latiesa, 2003a). No obstante, hay autores que defienden que la validez incluye los errores aleatorios y sistemáticos (Selltiz, 1981).

En cualquier caso, será conveniente analizar de forma adecuada ambos tipos de errores, que afectan de forma directa a la investigación mediante encuesta. Su

⁴³ Grande y Abascal (1996) enumeran, basándose en Malhotra (1993) y Carmines y Zeller (1979), las fuentes más habituales de error aleatorio y sistemático que afectan a las investigaciones. Las principales fuentes de error aleatorio serían las siguientes: 1) errores de codificación; 2) características de las personas, como nivel educativo, salud o estado emocional; 3) factores coyunturales como ruido, distracción, presencia de otras personas, cansancio; 4) características como simpatía, empatía, don de gentes, etc., muy dispares de los encuestadores o entrevistadores; 5) énfasis de palabras de los encuestadores o entrevistadores. Respecto al error sistemático, destacan: 1) los ítems o preguntas incluidas en la escala o cuestionario; 2) ausencia de claridad del cuestionario o escala, incluso de instrucciones para cumplimentarla; 3) Errores físicos, como mala calidad de impresión de la escala, exceso de ítems, diseño poco claro, etc.

utilización entre los sociólogos aún no es una práctica generalizada, existiendo un mayor interés en otras disciplinas⁴⁴.

En otros campos de las ciencias sociales los diseños de fiabilidad y validez están más desarrollados e implantados, en todo tipo de investigaciones. Como ejemplo, en estudio sobre calidad subjetiva Hayes (1999) analiza la importancia de la fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados para evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios. Realiza a su vez un análisis detallado de diversos procedimientos y medidas estadísticas, así como de los gráficos de control estadístico de procesos para realizar un seguimiento de la evolución de la satisfacción.

No es de extrañar que desde la sociología haya que recurrir a la psicometría para localizar bibliografía especializada y trabajos empíricos. Sin embargo, mientras que para la psicología podría ser suficiente una fiabilidad del instrumento, sobre todo en diseños experimentales o cuasi-experimentales, en el caso de las investigaciones sociológicas no lo es, al estar las condiciones de la investigación menos controladas e influenciadas por numerosos aspectos: características sociodemográficas de los entrevistados, la época del año en que se realiza, el estado del entrevistado, las condiciones ambientales, etc. Considerando estos factores, en las investigaciones

⁴⁴ Como ejemplo, en los estudios de psiquiatría, Herrán Gómez plantea la importancia de la fiabilidad como medida de exactitud que puede verse afectada por tres variables que condicionan el diagnóstico: el procedimiento o instrumento para el diagnóstico, la variabilidad ocasionada por el profesional que evalúa y la que es debida al propio paciente. Habría en este caso, por tanto, tres fuentes de error aleatorio. El autor plantea diversas medidas de la fiabilidad: A) Respecto al instrumento, mediante la a de Cronbach se puede medir la fiabilidad como consistencia interna correlacionando entre sí los ítems del test, considerando los valores superiores a 0,7 de a como muestra de una buena consistencia interna del instrumento. B) Respecto al paciente, plantea varias mediciones al mismo paciente en momentos distintos, lo que representa la fiabilidad como estabilidad mediante test-retest, mediante Kappa (K). C) Sobre el entrevistador, plantea la necesidad de evaluar la fiabilidad entre examinadores aplicando también Kappa. Según este autor, los valores de kappa superiores a 0,8 son considerados como muy buenos, mientras que los inferiores a 0,4 no serían aceptables (J.A. Herrán Gómez. *Manual de Psiquiatría, apartado de aspectos metodológicos*. Centro Web de la Sociedad Española de Psiquiatría; Consultado en www.intersep.org/manual/a6n2.htm).

En medicina también existen numerosos ejemplos en los que se aborda con interés el tema. Luis Molinero (1998) plantea la necesidad de que las encuestas sobre calidad de vida obtengan medidas representativas de los conceptos que se están midiendo. Para ello señala diferentes tipos de fiabilidad: Fiabilidad de la repetición (retest), fiabilidad interna (mediante el método de las dos mitades y la utilización del parámetro *alfa de Cronbach* para comprobar la concordancia entre ambas), y fiabilidad del encuestador (entre observadores o encuestadores, en el caso en que los cuestionarios sean aplicados por el médico, cuidador u otra persona distinta al paciente). Además expone una serie de coeficientes de correlación para medir la consistencia de los resultados obtenidos: Para variables cuantitativas *Pearson*, y para variables ordinales *Spearman* (Molinero, L. M. (1998). *Cuestionario de salud*; Consultado en www.seh-lelha.org/cucadevi.htm).

sociológicas hay que hablar de fiabilidad en la medición, más que fiabilidad del instrumento, pues los problemas trascienden a éste (Latiesa, 1992).

Siguiendo a Latiesa (2003a:418-437), a continuación se analizan brevemente los tipos de validez y de fiabilidad más aceptados:

a) Tipos de validez:

- **De contenido:** Hace referencia a la adecuación del instrumento de medida para medir el fenómeno o el comportamiento para el que ha sido elaborado. Afecta al propio proceso de elaboración del cuestionario. Los investigadores sociales han de recoger en el mismo los items o preguntas que permitan ofrecer la información necesaria para estudiar y analizar todos los aspectos que están previstos en la investigación.
- **De criterio:** Consiste en el contraste de los resultados de determinadas variables con datos de otros procedimientos de medida empíricos, por lo que es una validez pragmática. Se mide generalmente por coeficientes de correlación. El contraste de algunas variables que aparecen en el cuestionario con datos secundarios ya existentes y que corresponde al mismo universo de estudio es el procedimiento más frecuente usado por los investigadores para controlar la validez de criterio.
- **Teórica o de constructo:** En cierta forma integra todos los tipos de validez, a los que hay que entender con un carácter complementario. Intenta relacionar el instrumento de medida con el constructo teórico en el que se basa el estudio. Así, las pruebas para determinar la validez teórica van orientadas a comprobar la adecuación y pertinencia de la definición del concepto a investigar, en relación a una realidad social concreta en un momento temporal determinado. Esto implica que habrá que examinar la validez teórica cada vez que se realice una investigación, aunque ésta sea repetida, pues el contexto social en el que se aplica será diferente.

b) Tipos de fiabilidad:

- Como **estabilidad:** Consiste en la comparación de aplicaciones repetidas del cuestionario, para evaluar la coincidencia en las respuestas. El método más conocido y utilizado es el test-retest, consistente en pasar el mismo cuestionario a las mismas personas una vez transcurrido un periodo de tiempo.

- Como **equivalencia**: Se basa en la aplicación de dos cuestionarios similares, que midan la misma característica con ítems distintos, en una sola sesión y al mismo encuestado. En este caso no hay problemas respecto a la inestabilidad que proporciona el tiempo transcurrido, como ocurre en el test-retest. La principal dificultad se encuentra en conseguir la equivalencia de los ítems o preguntas de los dos cuestionarios, muy difícil de conseguir en los estudios de campo.
- Como **consistencia interna**: Se obtiene a partir de un mismo cuestionario o test. Hay dos métodos fundamentales para la medida de la consistencia interna de un cuestionario: *dos mitades* y *universo de ítems*. En el primero de ellos en un mismo cuestionario se obtienen dos puntuaciones de un mismo sujeto referidas a un tema, contrastando ambas posteriormente mediante coeficientes de consistencia interna (ecuación Spearman-Brown; ecuación de Rulon; Guttman). El universo de ítems, mediante el alpha de Cronbach, es el método más utilizado para hallar la fiabilidad como consistencia interna, y evalúa si un test o escala está formado por ítems lo suficientemente homogéneos para que su suma constituya una medida del constructo que se pretende medir.

La fiabilidad como equivalencia o consistencia interna tiene menor aplicación en las mediciones de la realidad social mediante cuestionarios. Sin embargo, el procedimiento test-retest sí es muy adecuado para la disciplina sociológica (Latiesa, 2003a).

Para Grande y Abascal (1996:337) las tres técnicas más adecuadas para medir la fiabilidad de una escala son el *método de las mitades* (mediante el coeficiente de Spearman-Brown), el de *consistencia interna* (a través del coeficiente alpha de Cronbach), y el *test-retest* (mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre las respuestas). Esta última es la técnica más utilizada para medir la fiabilidad de un cuestionario.

V.5. PRUEBA DE FIABILIDAD TEST-RETEST. APLICACIÓN A LA MEDICIÓN MEDIANTE EL CUESTIONARIO A USUARIOS

En las últimas décadas se ha producido un incremento de la investigación social mediante encuesta en nuestro país. Sin embargo, pese a esta creciente utilización, no siempre se ha prestado la atención debida a las fuentes de error aleatorio y sistemático que afectan a las medidas y producción de la información.

Pese a las dificultades que conlleva contrastar el grado de validez y fiabilidad de una encuesta, existen suficientes métodos para comprobar y minimizar los errores producidos por aspectos como una inadecuada formulación de preguntas, una pasación incorrecta por parte de un encuestador, el grado de sinceridad y coherencia con el que responden las personas entrevistadas, etc. Por las propias peculiaridades de la mayoría de investigaciones mediante encuesta, en sociología el tipo más adecuado para su aplicación es el de fiabilidad como estabilidad, y hace pertinente el uso del método test-retest.

Si el objetivo de la Tesis es evaluar la calidad percibida de un servicio, es imprescindible abordar precisamente la calidad de la medición que ha permitido la producción de información sobre la realidad objeto de estudio.

En este apartado se realiza una aplicación práctica del método test-retest a la medición llevada a cabo a través del cuestionario a usuarios.

V.5.1. Fiabilidad en variables categóricas con el método test-retest

El test-retest consiste en que los mismos encuestados respondan de nuevo al cuestionario, en unas condiciones similares, y pasado un tiempo. Se suele utilizar un coeficiente para medir la correlación de determinadas variables entre la primera pasación del cuestionario y la segunda: r de Pearson en el caso de variables de intervalo o razón. Sin embargo, la mayoría de las variables utilizadas en los estudios sociológicos son nominales u ordinales, lo que impide su utilización. En las variables categóricas puede utilizarse el estadístico Kappa de Cohen, medida de concordancia entre dos observaciones u observadores, aunque también con algunas limitaciones en el caso de que existan datos faltantes en una de las categorías.

De ahí la necesidad de profundizar en la búsqueda de nuevas medidas. En este sentido, se expone a continuación la propuesta de coeficientes de estabilidad para variables categóricas -nominales y ordinales- elaborada por Latiesa (1992):

- ***Coefficiente de estabilidad bruta global (CEBG)***: vendría representado por el nº total de respuestas consistentes sobre el total de respuestas. Es un índice que no permite identificar la consistencia que provoca el azar, no considera el peso que tiene cada categoría ni los marginales, e incluye tanto las “respuestas” como las “no respuestas”. Esto indica la importancia de incorporar nuevos coeficientes que se aproximen a la fiabilidad como estabilidad.
- ***Coefficiente de estabilidad en la respuesta (CER)***: se deriva de la suma de las respuestas en test y retest sobre el número de respuestas en el test, excluyendo de esta forma los Ns/Nc; mientras que el ***Coefficiente de estabilidad en la no respuesta (CENR)*** se calcula dividiendo las no respuestas (Ns-Nc) en test y retest entre las no respuestas en el test.
- ***Coefficiente de estabilidad neto (CEN)***: está definido por las respuestas consistentes sobre el total de respuestas en test y retest.
- ***Coefficiente de estabilidad bruto (CEB)***: relaciona las respuestas consistentes con las respuestas totales del test.
- ***Coefficiente de estabilidad categórica (CEC)***: considera el tamaño de los marginales, y se calcula en cada una de las categorías de respuesta.
- ***Coefficiente neto de estabilidad categórica (CNEC)***: intenta eliminar la estabilidad aleatoria suprimiendo del numerador las no respuestas del retest.

Sin embargo, la aplicación del test-retest no está exenta de problemas. Los cambios que puedan producirse en el interés, opiniones o situación personal de los encuestados en el periodo que transcurre entre ambas pasaciones del cuestionario, las distintas condiciones en la obtención de la información en el retest, o las propias dificultades adicionales en el caso de que no sea posible repetir el cuestionario, representan algunas de las dificultades más relevantes (Grande y Abascal, 1996: 338).

V.5.2. Aplicación del test-retest en la investigación

Los cálculos se han efectuado contrastando la medida del test en t1 con medida de retest sobre t2 (t1 representa el momento de la primera medición; t2 de la segunda). En las tres semanas del periodo intermedio entre ambos momentos han podido producirse cambios reales en la muestra estudiada, de los que no puede determinarse su alcance. El retest se llevó a cabo con 40 entrevistados, a los que se pasó más de la mitad de las preguntas del cuestionario tres semanas después de realizar la primera entrevista.

Para comprobar la fiabilidad se han seleccionado tres coeficientes para variables nominales y ordinales: coeficiente de estabilidad neto -CEN, coeficiente de estabilidad en la respuesta -CER, y coeficiente de estabilidad bruta global CEBG. Se ha incluido además el estadístico Kappa de Cohen en aquellos casos en los que ha sido factible. Para variables de intervalo o razón se ha utilizado el coeficiente de correlación r de Pearson.

En la tabla 5.1 se exponen estos coeficientes para algunas de las variables estudiadas. Se constata como, en general, la fiabilidad es alta en las variables analizadas, siendo superiores a 0,70 los coeficientes CEN, CER y CEBG; y r superior a 0,80, llegando a 0,97 en el caso de la variable edad.

También se ha introducido en el cuestionario una pregunta de control relacionada con la satisfacción general con el servicio, para comprobar la fiabilidad mediante el grado de coincidencia de las respuestas en un concepto tan relevante para la investigación. Son dos variables ordinales que han sido a su vez transformadas en índices que permiten un análisis de correlación entre ambas. Los coeficientes obtenidos de la comparación han sido los siguientes:

- Coeficiente de estabilidad neto: 0,81.
- R de Pearson: 0,65**.

**Tabla 5.1. Coeficientes de fiabilidad en variables del cuestionario.
Método test-retest**

Variab les	CEN	CER	CEBG	r	K
Edad	-	-	-	0,97	-
Estado civil	1,00	1,00	1,00	-	1,00
Nivel de estudios	0,80	1,00	0,80	-	-
Situación de convivencia	0,97	0,98	0,95	-	-
Tiempo de espera en la instalación del equipo	-	-	-	0,96	-
Antigüedad en el servicio	-	-	-	0,83	-
Cómo conoció el servicio	0,80	1,00	0,80	-	0,71
Ha visto el funcionamiento del servicio con anterioridad	0,77	1,00	0,77	-	0,42
Motivo de la solicitud	0,79	0,98	0,77	-	0,67
Quién realizó los trámites	0,74	0,98	0,73	-	-
Disponía de teléfono con anterioridad	0,95	1,00	0,95	-	0,72
El servicio le da compañía	0,88	1,00	0,88	-	0,53
El servicio le da seguridad	0,98	1,00	0,98	-	-
Ha realizado llamadas por emergencia	0,95	1,00	0,95	-	0,90
Satisfacción con la rapidez en atender la llamada	0,71	0,98	0,70	-	0,51
Satisfacción con la atención o ayuda recibida	0,74	0,98	0,73	-	-
Satisfacción con el trato recibido	0,90	0,98	0,88	-	-
Satisfacción general con el servicio	0,88	1,00	0,88	-	0,66
Uso correcto del medallón para dormir	0,88	1,00	0,88	-	0,74
Información sobre cuando debía llevar colgado el medallón	0,90	0,98	0,88	-	-
Como se sentiría si dejara de tener el servicio	0,87	0,98	0,85	-	0,55

V.5.3. Validez de la medición

En la fase de elaboración del cuestionario a usuarios se dio validez de contenido a las distintas preguntas formuladas, así como a su estructura, mediante la opinión de expertos en metodología aplicada a la evaluación y en servicios sociales. Todo ello con objeto de comprobar la adecuación de las variables a la investigación que se proponía.

La introducción en las fichas de datos secundarios de variables recogidas en el cuestionario ha permitido, mediante su comparación, comprobar la validez de criterio o pragmática. Estas variables han sido el estado civil, la situación de convivencia, nivel de estudio y tiempo como usuario del servicio. En el caso de los meses como usuario el coeficiente de correlación entre el registro del servicio y lo manifestado por los usuarios es 0,51**. El porcentaje de coincidencia en las respuestas de las otras variables es del 96% en el estado civil, el 91% en la situación de convivencia, y el 75% en el nivel de estudios. Por tanto, en la información analizada, el nivel de validez es alto.

V.6. EL PROGRAMA DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA: CARACTERÍSTICAS E IMPLANTACIÓN

Este apartado analiza los principales conceptos y características del programa de teleasistencia domiciliaria, objeto de la investigación evaluativa propuesta en esta Tesis. Primero se contextualiza mediante una breve referencia histórica y legislativa, y se trata su nivel de conocimiento por parte de la población. Segundo, se exponen las peculiaridades y especificidades del programa en los municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia de Granada, donde tiene la responsabilidad para su prestación la Diputación Provincial. Por último, incluye datos estadísticos e indicadores relativos a la implantación y evolución del servicio hasta 2010.

V.6.1. Teleasistencia domiciliaria: Programa de atención a las personas mayores y con discapacidad desde los servicios sociales comunitarios

La **teleasistencia** es originaria de los países nórdicos y se caracteriza por un crecimiento muy significativo en la década de los noventa del pasado siglo. Surge como un sistema de atención en el domicilio ante una situación de urgencia o emergencia.

Es el INSERSO⁴⁵ (actual IMSERSO⁴⁶) el que suscribe en 1992 un convenio marco de ámbito estatal con la Federación Española de Municipios y Provincias en representación de las Corporaciones Locales, para la puesta en marcha de un proyecto experimental de teleasistencia domiciliaria. Este documento, se sustituye por otro firmado en abril de 1993 que, junto al pliego de condiciones técnicas de marzo de 1994, constituyen las primeras referencias del programa en España.

En consecuencia, la teleasistencia domiciliaria comienza a implantarse en nuestro país, con un carácter de servicio público, desde los inicios de los noventa del pasado siglo, una vez establecido el incipiente sistema público de servicios sociales de atención primaria. Su desarrollo se articula en estos primeros años mediante una serie convenios entre las distintas administraciones públicas, asignando la mayor parte de su implementación y toda la ejecución a la administración local.

⁴⁵ Instituto Nacional de Servicios Sociales.

⁴⁶ La actual denominación es Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

V.6.1.1. Conceptualización de teleasistencia domiciliaria

El plan gerontológico, iniciado en 1992, supuso el marco de referencia para el desarrollo de servicios y programas dirigidos a las personas mayores, y se marcó como objetivo atender mediante el programa de teleasistencia al 12% de las personas de 65 y más años.

Una década después, en 2003, el IMSERSO aprueba el plan de acción para las personas mayores 2003-2007 (PAPM). Recoge algunas de las ideas de distintos organismos, foros y conferencias expuestas o desarrolladas a lo largo del año 2002: Plan de acción internacional sobre el envejecimiento, aprobado en la II Asamblea mundial sobre el envejecimiento; recomendaciones del Foro mundial de ONGs; documento sobre “Salud y envejecimiento” de la Organización Mundial de la Salud; y Conferencia de Berlín sobre el envejecimiento.

Este nuevo plan expone de forma detallada los principales servicios sociales dirigidos a la población mayor, entre ellos los de atención en el domicilio: ayuda a domicilio y teleasistencia. Está compuesto por 10 grandes objetivos y 38 estrategias, repartidos en grandes áreas: Igualdad de oportunidades, cooperación, formación especializada, e información e investigación. Precisamente una de sus medidas es potenciar el programa de teleasistencia de manera especial en zonas rurales: “*Fomentar programas sociosanitarios como teleasistencia domiciliaria o telemedicina*” (medida 1, estrategia 7, objetivo 1, área de actuación 1: Igualdad de oportunidades).

El servicio de teleasistencia se basa en una atención permanente. A través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite a las personas al pulsar el botón – denominado unidad de control remoto- que llevan constantemente, contactar de forma verbal ‘manos libres’ en cualquier momento, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por profesionales capacitados que dan respuesta adecuada a la demanda presentada, bien por sí mismos o movilizándolo otros recursos humanos o materiales. Estos pueden ser propios del usuario u otros existentes en la comunidad (IMSERSO, 1999⁴⁷).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y

47 Normas generales del servicio de teleasistencia domiciliaria (en www.imserso.es) [Consulta realizada 19 de julio de 2012].

Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD, en adelante), en su artículo 15, dentro del catálogo de servicios, incluye el servicio de teleasistencia. Y en el artículo 22.1 la define de la siguiente forma: *“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”*.

La pertinencia de evaluar la calidad del servicio queda expuesta en la propia exposición de motivos de la LAPAD, al aludir a una decisión de la Unión Europea de 2002 por la que se indican una serie de criterios que deben regir las políticas públicas sobre dependencia, entre el que se encuentra el de “alta calidad”. Además, de manera más concreta el artículo 34 hace referencia a la calidad en el Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y el artículo 35 aborda la calidad en la prestación de los servicios:

“3. Asimismo, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, el Consejo Territorial acordará:

- a) Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- b) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema” (Art. 34.3. a. y b.).

“1. Se establecerán estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo regulado en la presente Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (Art. 35.1).

V.6.1.2. Conocimiento

El nivel de conocimiento de los servicios sociales dirigidos a personas mayores, y de manera particular la teleasistencia, se ha incrementado de forma importante en los últimos años. En 2001 este servicio era conocido por el 49% de la población (CIS, estudio nº 2439), cifra que ha subido al 77% en 2009 (CIS, estudio nº 2801), según refleja la tabla 5.0. El primer dato es similar al obtenido por una investigación llevada a cabo en el año 2000 sobre las necesidades y actitudes hacia las nuevas tecnologías de la población mayor de la provincia de Granada, y en el que el porcentaje de entrevistados que conocían teleasistencia era del 57% (Dengra et al., 2000).

En la actualidad, el conocimiento del programa de teleasistencia es elevado, si bien menor que otros como ayuda a domicilio (91%) o residencias (97%). En edades adultas,

de 35 a 64 años, se conoce en mayor proporción, seguido de personas mayores y los jóvenes. Por tanto, entre la población de 65 y más años uno de cada cuatro no conoce la existencia de este servicio.

Tabla 5.2. Conocimiento de teleasistencia según grupos de edad (%)

	Sí	No	N.C.
De 18 a 24 años	60,4	38,3	1,3
De 25 a 34	76,6	23,4	-
De 35 a 44	80,4	18,8	0,8
De 45 a 54	80,7	18,8	0,5
De 55 a 64	83,8	15,2	1,0
65 y más años	74,8	23,9	1,4
Total	77,0	22,2	0,8

Fuente: CIS, estudio nº 2801 (Barómetro de mayo de 2009).

V.6.1.3. Percepción social de la atención a las personas mayores

El envejecimiento de la población no es sólo un fenómeno demográfico, sino sobre todo social y económico. La atención a las personas mayores y personas con dependencia, en un contexto de importantes cambios demográficos, sociales y familiares, constituye uno de los retos de las políticas públicas, especialmente en el marco de la actual reforma del Estado de Bienestar.

Las situaciones de dependencia, como se ha expuesto en capítulos anteriores, están relacionadas con la dificultad de realización de actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales. “Una persona es socialmente dependiente cuando como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana” (Rodríguez Cabrero, 1999:25).

No se debe equiparar dependencia únicamente con falta de autonomía. La dependencia tiene un carácter funcional, mientras que la autonomía va más allá y tiene relación con la libertad y capacidad de decisión de una persona sobre su vida (Rodríguez Rodríguez, 1998, 1999; Rodríguez Cabrero, 1999).

Numerosas personas mayores se encuentran en riesgo de exclusión social, al no participar de forma plena en los recursos económicos, sociales, políticos y culturales de los que dispone el resto de la comunidad donde viven. Con la llegada de determinados

acontecimientos, como es la jubilación, se producen diversos cambios sociales, familiares, laborales y económicos (Mota y López, 1998).

La atención de las personas con problemas de autonomía personal puede efectuarse desde cuatro ámbitos: entorno familiar; administración pública, ONGs y empresas privadas.

Según el estudio del CIS nº 2801 (barómetro de mayo de 2009), la población española considera que las personas mayores que viven solas reciben ‘poca’ o ‘ninguna’ atención por parte del Estado. Así opinan el 77%, frente a un 18% que manifiestan que tienen ‘mucho’ o ‘bastante’ protección. En cualquier caso, entiende que debe haber una corresponsabilidad en el cuidado de las personas mayores que viven solas entre la Administración y en entorno familiar.

Tabla 5.3. Necesidad de atención urgente de situaciones que afectan a las personas mayores

	En primer lugar	En segundo lugar
La adaptación de las viviendas a sus necesidades	17,6	11,6
El apoyo a los mayores que viven solos	41,3	21,8
El apoyo a los mayores que cuidan de otros mayores	10,8	20,4
La atención a los problemas de los mayores que viven en zonas rurales	3,9	8,0
La mejora de la calidad de los servicios sociales	13,5	18,2
La mejora de la calidad de las residencias	4,9	6,8
La prevención de enfermedades relacionadas con la vejez	4,9	8,1
Otra respuesta	0,6	0,5
N.S.	1,7	3,4
N.C.	0,7	1,1

Fuente: CIS, estudio nº 2801 (Barómetro de mayo de 2009).

Como necesidad de atención más urgente, si se atiende a las situadas en primer lugar, destaca el apoyo a los mayores que viven solos. En este sentido, según el censo de 2001 un 20,1% de la población mayor de 65 años vivían solos, proporción casi tres veces mayor en mujeres que en hombres. Le siguen, con porcentajes bastante más bajos, la adaptación de viviendas, la mejora de la calidad de los servicios y el apoyo a mayores que cuidan de otras personas de su edad (tabla 5.3). Esta última situación tiene cada vez más importancia por el incremento de la esperanza de vida de la población.

La opinión de la población española respecto a sus preferencias sobre el lugar de residencia cuando sean mayores indica la necesidad de incrementar servicios sociales de proximidad, en el domicilio, como refleja la tabla 5.4. Para una amplia mayoría, el propio hogar representa el lugar idóneo para esa etapa vital.

**Tabla 5.4. Lugar deseado para vivir cuando sea mayor de 65 años.
Comparación 2001-2009.**

	2001	2009
En su casa	73,4	64,4
Con sus hijos/as u otros familiares	12,3	15,6
Regresar al lugar de origen familiar	2,8	-
En una residencia/urbanización o ciudad residencial para personas mayores	8,7	12,5
Compartiendo casa con amigos	-	3,9
En otro lugar	-	0,6
N.S.	2,5	2,9
N.C.	0,2	0,2

Fuente: CIS, estudios nº 2.439 (Barómetro de noviembre de 2001) y nº 2.801 (Barómetro de mayo de 2009).

Aunque en la última década se ha incrementado el número de personas que optarían por una residencia o ciudad residencial, las preferencias siguen situándose en vivir en la propia casa. Adaptándola a nuevas necesidades y situaciones que se puedan presentar con la edad, y recibiendo cuando sea pertinente servicios sociosanitarios de apoyo.

En este sentido, la teleasistencia domiciliaria contribuye para que las personas que están solas puedan permanecer en su hogar, en su entorno social, evitando posibles situaciones de desarraigo. Tiene, por tanto, un marcado carácter preventivo además del asistencial.

V.6.2. El programa de teleasistencia domiciliaria en la provincia de Granada

En Diputación de Granada la teleasistencia conceptualmente está integrada en el grupo de programas de atención a personas mayores y personas en situación de dependencia, y se considera un programa básico de servicios sociales en el proceso de concertación con los municipios.

El programa se inició en la provincia en 1994, a través de un convenio firmado entre la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), IMSERSO y Diputación

Provincial. Se introducen así, en el ámbito de los servicios sociales comunitarios, nuevas tecnologías de la comunicación y la información aplicadas a la mejora de la calidad de vida.

En septiembre de 1994 se asigna a la empresa Sergesa-Eses la prestación del mismo, continuando en la actualidad con el nombre de Televida.

V.6.2.1. Objetivos y características del servicio

Los **objetivos** del programa son los siguientes⁴⁸:

- “Dar seguridad y compañía a personas en estado de riesgo bio-psico-social de la provincia de Granada, que vivan solas.
- Favorecer la promoción de la autonomía personal y el desarrollo de una mejor calidad de vida de las personas dependientes, sin tener que abandonar su domicilio y lugar habitual de vida.
- Posibilitar apoyo técnico 24 horas al día.
- Elevar los niveles de autonomía de las personas.
- Potenciar la implantación de nuevas tecnologías en los servicios sociales, aumentando con ello la posibilidad de prevención y atención y mejorando la calidad de los servicios.”

Los **destinatarios del servicio** deben cumplir una serie de requisitos para acceder. De forma textual, el IMSERSO establece los siguientes⁴⁹:

- “Ser personas mayores de 65 años o discapacitadas que se encuentren en situación de riesgo psico-social o físico.
- No padecer trastornos mentales graves, incluidas las demencias seniles.
- No padecer deficiencias importantes de audición y/o expresión oral.
- Disponer en su domicilio de línea telefónica y de suministro eléctrico.”

La **tecnología** que tiene a su disposición el usuario en el domicilio es un **terminal** o teléfono con un botón integrado, y un medallón (denominado **unidad de control remoto** o pulsador vía radio) que siempre debe llevar consigo dentro de la vivienda.

⁴⁸ Diputación Provincial de Granada (2010): “Granada en red 2010-2011”. [Consultado en www.dipgra.es 12 diciembre 2010].

⁴⁹ www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/teleasistencia_domiciliaria/usuarios/index.htm [Consulta realizada 19 de julio de 2012].

Existen tres **tipos de usuarios**, dependiendo de las personas que forman parte del hogar y también utilizan el servicio:

- Tipo A: Persona titular que dispone de Terminal y unidad de control remoto.
- Tipo B: Usuario con unidad de control remoto adicional y que convive con el titular del servicio.
- Tipo C: Persona que convive con el titular pero no dispone de unidad de control remoto. Necesita las prestaciones del servicio, pero algún tipo de discapacidad le impide contactar de forma directa con el centro de atención.

Para el **acceso al programa** es necesario un estudio y valoración de la problemática del solicitante por los profesionales de los servicios sociales comunitarios. El baremo de acceso consta de tres bloques que muestran la situación de la persona solicitante:

- **Situación personal**, considerada como el grado de autonomía personal para efectuar las actividades de la vida diaria: 40 puntos.
- **Situación sociofamiliar**, que incluye el apoyo social y la relación con el entorno: 40 puntos.
- **Condiciones de la vivienda**, tanto de habitabilidad como de aislamiento: 20 puntos.

Además del centro de atención, el cuidado se complementa con unidades móviles y coordinadores/as de zonas. Las **unidades móviles**, vehículos dotados con personal especializado y material de primeros auxilios, están destinadas a intervenciones en situaciones de emergencia. Los **profesionales de coordinación de zonas**, por su parte, realizan visitas de seguimiento en los propios domicilios de los usuarios, elemento orientado a incrementar la calidad del servicio; una de sus funciones principales es la coordinación con los profesionales de los servicios sociales comunitarios.

La **atención** es prestada por profesionales especializados, con los que los usuarios están en contacto permanente. El objetivo es dar seguridad y compañía, otorgando la respuesta adecuada a las demandas o problemáticas presentadas por éstos. La respuesta puede ser exclusivamente en el centro de recepción de llamadas, o puede requerir la **movilización tanto de recursos propios** (unidades móviles) **como externos** a la empresa prestataria (ambulancias, bomberos, policía local, etc).

El servicio pretende seguir introduciendo **nuevas tecnologías en los hogares**. Muestra de ello es la incorporación en los últimos cuatro años de un importante número

de diferentes tipos de **dispositivos** que complementan la acción del centro de atención e incrementan la rapidez ante situaciones de emergencia: De seguridad (fuego, humo, gas, movilidad); de compañía (videoasistencia); y de funcionalidad (sensores de ocupación de cama o sillón, control de enuresis).

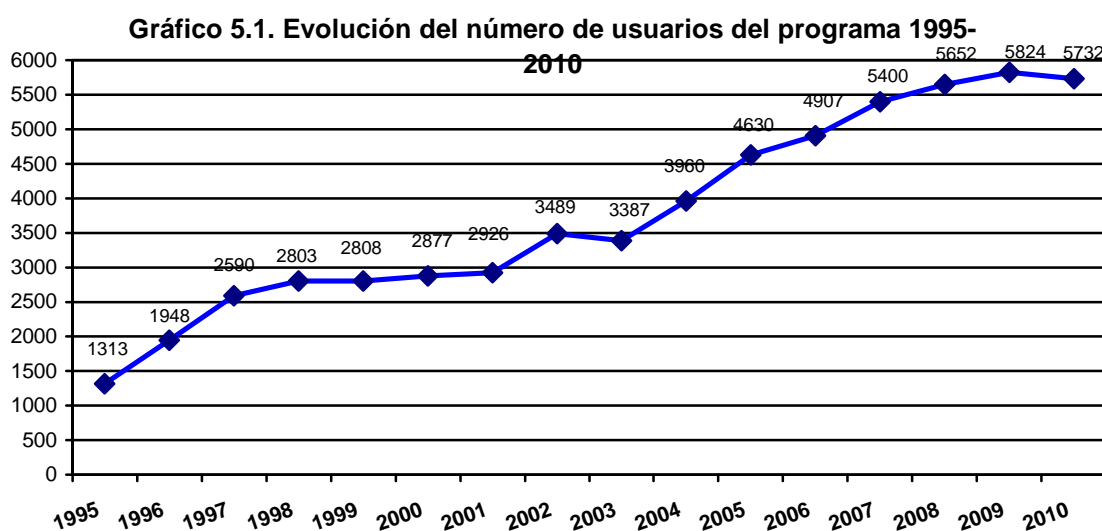
Una última característica del servicio es la **aportación de los usuarios** al mismo, que se realiza en función de los ingresos en el hogar. Son pocos los beneficiarios que pagan una parte del servicio, aproximadamente el 8%. Esto se debe principalmente a que la mayor parte de ellos viven solos o bien con el cónyuge, por lo que los ingresos proceden generalmente de una única pensión, siendo inferiores al estipulado para el copago.

V.6.2.2. Indicadores y datos de gestión. Evolución y situación actual

Aunque el servicio de teleasistencia surge con una vocación universalista, la mayoría de los usuarios del mismo son personas mayores, debido a que son éstas las que mayor necesidad presentan. En concreto, más del 97 % tienen 65 ó más años. El perfil en 2010 es el de una mujer mayor que vive sola, viuda, con un nivel medio de autonomía que le permite continuar en su entorno habitual con supervisión. Prácticamente la mitad tienen una edad comprendida entre 75 y 84 años.

Se exponen a continuación una serie de datos de gestión. En primer lugar, la evolución del número de usuarios en el periodo 1995-2010. En segundo lugar, una comparativa de tres años (2000, 2005 y 2010) sobre la información siguiente: perfil de altas anuales según edad y situación de convivencia, motivos de llamadas emitidas y recibidas por el centro de atención, datos de seguimiento de las coordinadoras de zona, actuaciones de unidades móviles y, por último, los motivos de bajas definitivas.

En términos absolutos, desde 1995 a 2010, se observa un incremento paulatino de usuarios (gráfico 5.1). La cobertura del servicio entre la población mayor de la provincia de Granada era en 2010 del 5,72%.



La mayoría de personas que se han incorporado cada año al servicio son mayores de 75 años. Así, en 2010 representaron el 68% del total de altas producidas. Más del 85% de ellos viven solos (tablas 5.5 y 5.6).

En lo referente a las causas de baja definitiva en el servicio, un indicador fundamental de calidad es la evolución de bajas voluntarias. Uniendo los motivos ‘petición del interesado’, ‘falta de acuerdo’ y ‘no aceptación de condiciones’, éstas han ido disminuyendo de manera paulatina en la última década, pasando de un 8,9% en 2000, al 3,2% en 2005 y al 2,1% en el año 2010, como refleja en términos absolutos la tabla 5.7, lo que significa una evolución positiva. Las tres causas principales de bajas definitivas son fallecimiento, traslado con familiares o ingreso en residencia en caso de incrementarse el nivel de dependencia.

Respecto a los motivos por los que se produce la llamada, la comparación entre los datos correspondientes a diferentes años contenidos en las tablas 5.8 y 5.9 es dificultosa en muchos casos, al haber cambiado los conceptos y criterios en algunas categorías. No obstante, sí se pueden subrayar algunas evoluciones de interés. En las llamadas efectuadas por los usuarios se ha producido un incremento en el último lustro por emergencia social, referidas mayoritariamente a problemas de soledad. También se refleja en las estadísticas de 2010 las comunicaciones referidas a los detectores que se han ido instalando en los domicilios. En las realizadas por el centro, destaca el notable incremento de llamadas de seguimiento.

En las intervenciones de las coordinadoras de zona, es necesario indicar la realización de un mayor número de seguimientos, con un aumento bastante superior al de los usuarios en el periodo 2005-2010. Así como una mayor importancia de las visitas para reforzar el uso del servicio por parte de los mismos (el 65% en 2010), aspecto esencial para conseguir un uso óptimo de telasistencia (tabla 5.10).

En relación a las actuaciones de las unidades móviles, recursos que se han incrementado de forma importante en los últimos tres años, la mitad de ellas son por motivos sanitarios, seguidas de intervenciones técnicas y seguimientos en una proporción similar, como señalan los datos de la tabla 5.11.

Tabla 5.5. Altas (nuevos usuarios) según edad (años 2000-2005-2010)

	2000	2005*	2010
Menores de 65 años	16	39	6
65 a 74	96	300	91
75 a 79	103	307	129
80 y más años	152	318	77
Total	367	964	303

* En 2005 se produce un aumento importante de instalaciones debido a la bajada de precios.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

Tabla 5.6. Altas (nuevos usuarios) según situación de convivencia (años 2000-2005-2010)

	2000	2005	2010
Sólo/a	314	824	258
Con una o más personas	53	140	45
Total	367	964	303

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

Tabla 5.7. Motivos de bajas definitivas (comparativa años 2000-2005-2010)

	2000	2005	2010
Petición del interesado	31	8	10
Obtención del recurso por otros medios	-	3	27
Traslado de domicilio propio	28	14	-
Traslado con familiares o amigos	130	140	160
Ingreso en centro residencial	34	75	88
No utilidad, no acuerdo	-	9	4
No aceptación de las condiciones del servicio	3	1	0
Solución del problema	-	0	5
Fallecimiento	149	257	337
Otros	5	18	21
Total	380	525	655

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

Tabla 5.8. Motivos de llamadas recibidas en el centro de atención (años 2000-2005-2010)

	2000	2005	2010
Petición de ayuda	13.468	21.063	26.168
Emergencia social	11.246	11.682	17.760
Emergencia sanitaria	2.222	9.381	8.408
Comunicación/Actualización datos	16.903	36.872	29.398
Comunicación datos usuario	6.523	1.181	27.732
Comunicación fallos sistema	10.380	23.455	2.211
Comunicación fallos u. control remoto	0	12.236	8
Seguimiento de usuarios por sistema	16.998	32.790	47.202
Seguimiento desde Centro	10727	28.202	40.946
Visita domiciliaria	5325	2761	5.395
Sustitución terminal	907	1.785	823
Cambio de u. control remoto	39	42	38
Control pasivo de movilidad	5	353	11.122
Visualización usuario(videoasistencia)	-	59	95
Detectores	-	266	6.733
Otros	-	881	2.580
Total llamadas producidas	47.374	92.284	123.298

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

**Tabla 5.9. Motivos de llamadas emitidas desde el centro de atención
(años 2000-2005-2010)**

	2000	2005	2010
Llamada fallida	10.747	14.263	55.671
Movilización recurso privado	26	28	76
Movilización recurso publico	963	1468	9.935
Movilización recurso propio	745	881	5.772
No responde	1	-	-
Otros	52	46	236
Pedir/ dar información	2.272	1.522	6.431
Programación	129	3.374	4.887
Seguimiento usuario	7.277	9.798	48.636
Sin detallar	28	54	-
Aviso de agenda	0	1.072	4.818
Visualización usuario (videoasistencia)	-	12	12
Total llamadas emitidas	22.240	32.518	136.474

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

**Tabla 5.10. Datos de seguimientos de las/os coordinadoras/es de zona (%)
(años 2000-2005-2010)**

	2000	2005	2010
Instalación, preinstalación	22	28	1
Reforzar información	35	33	19
Asesoramiento de uso del servicio	19	17	65
Problemas de salud	5	-	-
Problemas psicológicos	13	12	2
Quejas	1	2	1
Otros	5	8	0
Temperaturas Extremas	-	-	12
Total	100	100	100
Nº total de seguimientos	3518	2.242	4.369
Tiempo medio de la visita (en minutos)	38	40	44

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

**Tabla 5.11. Actuaciones de las unidades móviles (en %)
(años 2000-2005-2010)**

	2000	2005	2010
Intervenciones sanitarias	61	51	51
Intervenciones sociales	-	-	1
Seguimientos	23	32	23
Intervenciones técnicas	16	17	25
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Sergesa-Televida y Diputación Provincial de Granada.

PARTE III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN (I):
CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS
ENTREVISTADAS Y DEL SERVICIO RECIBIDO

En este capítulo, el primero de los dedicados a la exposición de los resultados de la investigación, se examinan las características de las personas encuestadas que han formado parte de la muestra del estudio. Se inicia con un apartado dedicado a las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, personas con las que conviven y tamaño del municipio de residencia. Comprender estas características es imprescindible para abordar la lectura de los siguientes capítulos, pues se pretende comprobar en qué medida cada tipología de usuario tiene, o no, una percepción diferente sobre el servicio y las dimensiones de calidad analizadas.

A continuación, se desarrollan diversos apartados en los que la posibilidad de apoyo sociofamiliar, la autonomía personal o su estado de salud son el objeto de análisis. Por último, se examinan algunos datos sobre el servicio recibido. Se completa así este capítulo, que ofrece un análisis general de las características sociodemográficas y perfil de los usuarios del servicio de teleasistencia en la provincia de Granada.

La exposición de resultados se realiza por temas tratados en la investigación. En consecuencia, se presentan de forma simultánea el análisis estadístico univariable, bivariable y multivariable, así como variables incluidas en el cuestionario y de las fichas de gestión elaboradas con datos secundarios.

VI.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El servicio de teleasistencia, aunque definido con un carácter universal, se dirige principalmente a personas mayores y personas con discapacidad, que son las que reúnen en mayor medida los requisitos de acceso en función de su situación personal y social. Así pues, no es de extrañar que el 98% de beneficiarios tiene 65 o más años.

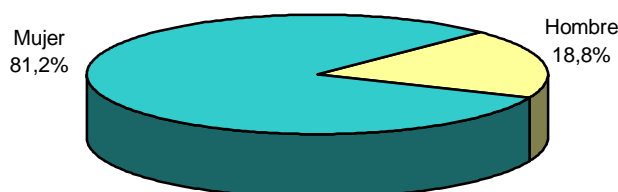
Estos criterios determinan en gran medida el perfil de los usuarios entrevistados, analizado a partir de variables como edad, sexo, estudios, estado civil, situación de convivencia, nivel de ingresos en el hogar, o tamaño del municipio.

VI.1.1. Edad y sexo

A medida que aumenta la edad en la población adulta, las diferencias de los efectivos entre ambos sexos se incrementan. Si en el conjunto de personas mayores de la provincia de Granada las mujeres representan el 57% del total, entre los que tienen 80 o más años suponen el 63,1%⁵⁰.

Además de factores sociales y familiares, la estructura de sexo y edad de la población contribuye a explicar que, de cada cinco usuarios integrantes de la muestra, cuatro sean mujeres, como se ilustra en el gráfico 6.1. Cifra que se corresponde con la distribución del conjunto de usuarios del programa en el momento de la realización del trabajo de campo del estudio.

Gráfico 6.1. Distribución por sexo

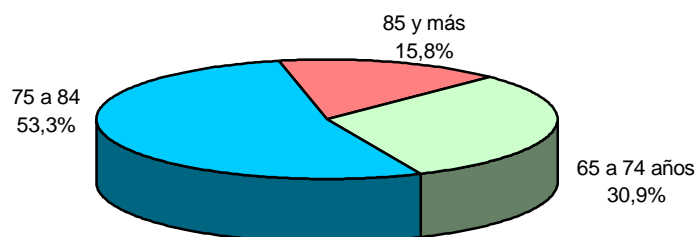


Según muestra la tabla 6.1, la edad media de las personas entrevistadas se sitúa en 77,9 años, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres (77,5 y 78 años respectivamente). El 31% de los encuestados pertenecen al grupo de edad de 65 a 74 años, el 53% tienen de 75 a 84, y el 16% restante 85 o más (gráfico 6.2).

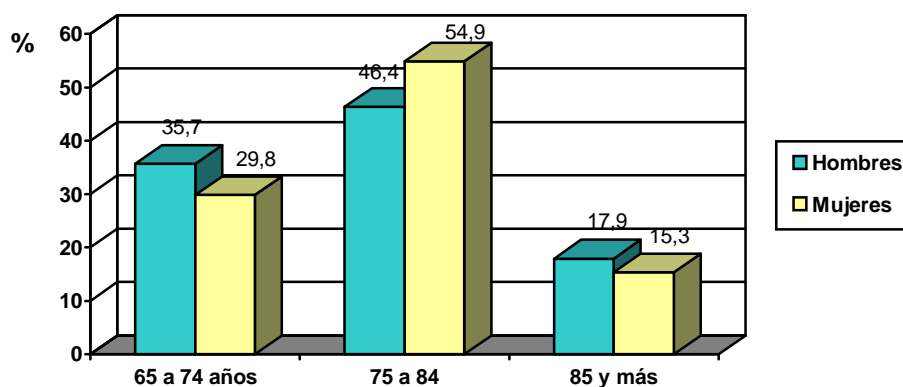
Tabla 6.1. Media de edad, según sexo

Sexo	Media	N	Desv. típ.
Hombre	77,45	84	7,349
Mujer	77,99	359	6,379
Total	77,89	443	6,568

⁵⁰ Datos de población correspondientes a la provincia de Granada, a 1 de enero de 2011. Fuente: Padrón de habitantes (Instituto Nacional de Estadística –INE-).

Gráfico 6.2. Distribución por grupos de edad

En términos absolutos las mujeres representan una amplia mayoría en los tres tramos de edad. No obstante, aunque no existen grandes diferencias en la distribución por grupos de edad entre hombres y mujeres, sí es interesante observar los datos para precisar con el máximo detalle las características sociodemográficas de las personas que integran la muestra. Como refleja el gráfico 6.3, en el primer tramo -65 a 74 años- hay mayor proporción de varones, mientras que el segundo -grupo intermedio de 75 a 84-, sucede lo contrario. En el tercero -sector de 85 y más-, los porcentajes son bastante similares en ambos sexos.

Gráfico 6.3. Distribución de grupos de edad, según sexo

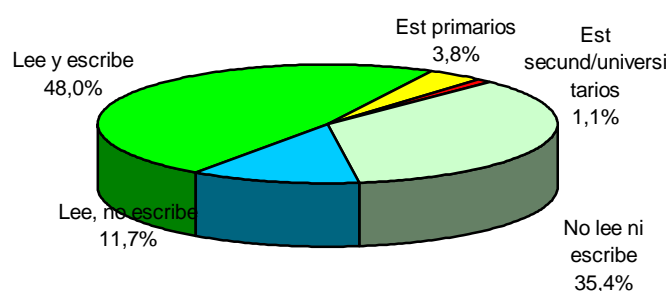
VI.1.2. Nivel de estudios

El nivel formativo de los mayores de la provincia de Granada es menor que en la población general. Factores históricos, políticos, económicos y sociales impidieron o dificultaron el acceso de muchas personas a la formación reglada. Por ello, se ha adaptado la pregunta correspondiente del cuestionario estableciendo diferentes grados dentro de la baja instrucción general del colectivo. En concreto, se fijaron las categorías

siguientes: sin estudios, no lee ni escribe; sin estudios, sabe leer pero no escribe; sin estudios, lee y escribe; primarios u obligatorios; secundarios; y universitarios.

La mitad de los usuarios, pese a no tener estudios oficiales, saben leer y escribir, mientras que un 12% leen pero no escriben. La tasa de analfabetismo entre ellos es alta, caracterizando a una tercera parte. Cursaron estudios un 5%, la mayoría los obligatorios y muy pocos casos secundarios o universitarios (gráfico 6.4).

Gráfico 6.4. Nivel de estudios



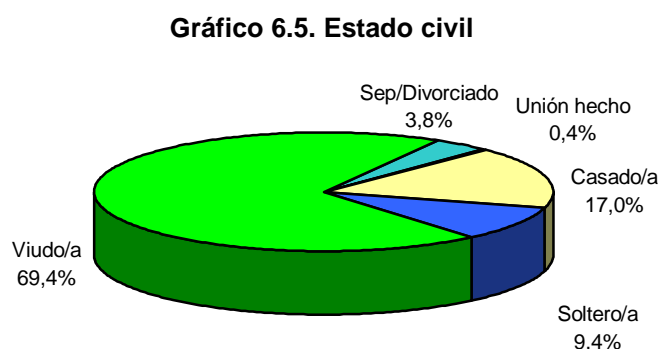
Como era de esperar, el nivel de instrucción es algo mayor para los hombres y en el grupo de menor edad, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estudios y grupos de edad y sexo. Para efectuar el análisis se ha recodificado el nivel de estudios en tres grupos: primero usuarios sin ningún tipo de estudios, segundo aquellos que aún sin tenerlos sí saben leer y escribir, y tercero los que cursaron enseñanza reglada, independientemente del nivel alcanzado. El cualquier caso, aunque la tendencia es similar, no es posible extrapolar estos datos al conjunto de la población mayor de la provincia, al representar un colectivo específico (tabla 6.2).

Tabla 6.2. Estudios, según sexo y grupos de edad

Sexo	Sin estudios	Lee y escribe	Con estudios	Total
Hombre	38,1	54,8	7,1	100,0
Mujer	49,2	46,4	4,4	100,0
χ^2^*				
Grupos de edad	Sin estudios	Lee y escribe	Con estudios	Total
65 a 74 años	50,0	43,4	6,6	100,0
75 a 84	42,6	52,8	4,7	100,0
85 y más años	57,1	40,0	2,9	100,0
χ^2^{**}				

VI.1.3. Estado civil y situación de convivencia

De cada diez usuarios, siete se encuentran viudos, lo que origina en numerosos casos situaciones de soledad, como consecuencia de la pérdida del cónyuge. Están casados el 17%, y solteros el 10%. Apenas un 4% se encuentra en situación de separación o divorcio, y son casos puntuales las uniones de hecho (gráfico 6.5).



Conviene resaltar que existen diferencias importantes en función del sexo y grupos de edad. Entre los usuarios de teleasistencia, la proporción de hombres solteros, casados y separados es mucho más alta que entre las mujeres, mientras que en el caso de la viudez sucede lo contrario, como ilustra la tabla 6.3. Todo ello considerando que en ambos sexos el estado de viudo es el que predomina sobre los demás. Estas diferencias, por tanto, están más acentuadas en el colectivo analizado que en la población mayor en general. Este aspecto puede contribuir de manera positiva a la eficacia de la cobertura del programa.

Tabla 6.3. Estado civil, según sexo y grupos de edad

Sexo	Casado	Viudo	Soltero	Sep./ Divorc.	Unión hecho	Total
Hombre	33,3	41,7	15,5	8,3	1,2	100,0
Mujer	13,3	75,7	8,0	2,8	0,3	100,0
χ^2_{***}						
Grupos de edad	Casado	Viudo	Soltero	Sep./ Divorc.	Unión hecho	Total
65 a 74 años	19,0	56,9	16,1	7,3	0,7	100,0
75 a 84	16,5	73,3	6,8	3,0	0,4	100,0
85 y más años	15,7	78,6	5,7	0,0	0,0	100,0
χ^2_{***}						

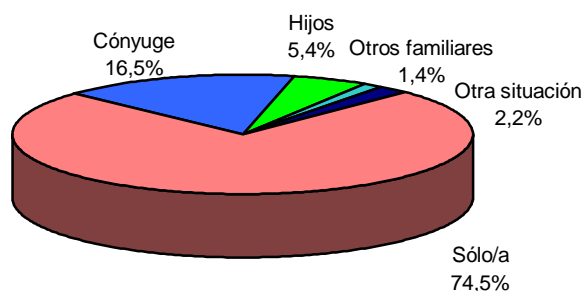
Si diferenciamos por grupos de edad, en todas las categorías la mayoría de entrevistados son viudos, con una mayor proporción según se incrementa ésta. En términos comparativos los estados de soltero y separado caracterizan más al colectivo de menor edad, de 65 a 74 años.

Al efectuar el análisis de hombres y mujeres de forma independiente, considerando el sexo como variable de control, se observa que las diferencias en el estado civil en función de la edad son importantes en ambos casos, pero sobre todo en los varones. Por otro lado, las diferencias observadas entre los dos sexos se dan en todas las edades. Por tanto, las dos variables –sexo y grupos de edad- marcan importantes distinciones según el estado civil de las personas que tienen el servicio, factor básico en su situación social y personal.

VI.1.3.1. Personas con las que conviven

La situación de convivencia representa un elemento esencial para describir la situación de los mayores, mostrando relación con las consideraciones anteriores sobre el estado civil. Aunque vivir solo no es el único criterio para el acceso a teleasistencia, la existencia de apoyo social y familiar determina parte del baremo para la concesión del servicio. El 74,5% de encuestados viven solos, el 16,5% con el cónyuge, el 7% con familiares (en la mayoría de casos hijos), y el 2% restante conviven con otras personas. En aquellos casos en que no están solos el tamaño de los hogares es muy reducido, con una media de 2,3 miembros (gráfico 6).

Gráfico 6.6. Forma de convivencia



Esta variable tiene un importante grado de asociación con el sexo y la edad. Por ello, el porcentaje de mujeres solas es bastante más elevado que el de hombres (78 y 58,3%

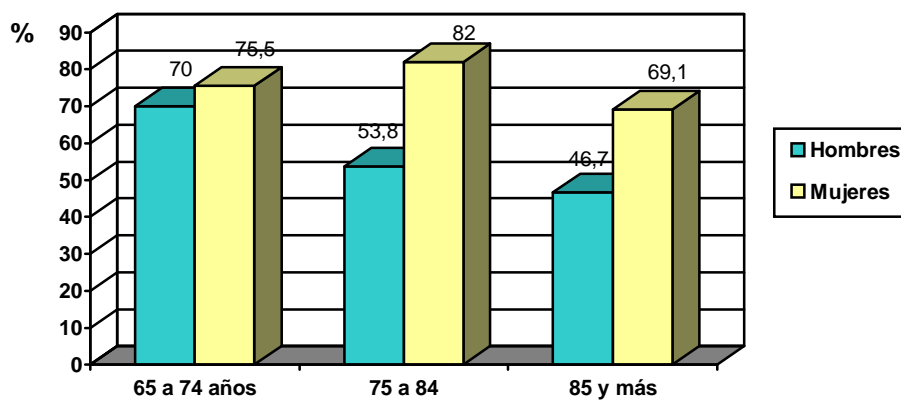
respectivamente). Estos últimos viven en mayor proporción con su cónyuge (31% frente al 12% de ellas), como muestra la tabla 6.4.

Tabla 6.4. Forma de convivencia, según sexo y grupos de edad

Sexo	Sólo/a	Cónyuge	Hijos	Otro familiar	Otra situación	Total
Hombre	58,3	33,4	3,6	0,0	3,6	100,0
Mujer	78,2	12,5	5,9	1,7	1,7	100,0
χ^{2***}						
Grupos de edad						
65 a 74 años	74,3	18,3	4,4	0,7	1,5	100,0
75 a 84	77,3	16,3	4,3	0,8	1,3	100,0
85 y más años	64,3	14,3	11,4	4,3	5,7	100,0
χ^{2***}						

El gráfico 6.7 ilustra la proporción de encuestados que viven solos, desglosado para cada grupo de sexo y edad, lo que ayuda a entender las tendencias observadas respecto al perfil de los usuarios. El grupo de mayor edad es el que en menor proporción vive solo, pues muchos de ellos van a vivir con sus hijos u otros familiares cuando se encuentran con problemas severos de dependencia. Hay una mínima correlación negativa⁵¹ (-0.10*, significativa al nivel 0,05) entre la edad y la situación de soledad objetiva (vivir solo). Por otra parte, la homogeneidad de la población estudiada hace que no haya relación en este colectivo entre la edad y el número de personas que conviven en el hogar.

Gráfico 6.7. Proporción de usuarios que viven solos, por grupos edad y sexo



⁵¹ R de Pearson.

VI.1.4. Tamaño del municipio

Los municipios donde viven los beneficiarios son inferiores a 20.000 habitantes. Dependiendo de su tamaño, interesa comprobar si existen diferencias en los perfiles de usuarios y la valoración del servicio. En la provincia de Granada 59 municipios (el 35% del total) son núcleos muy pequeños, inferiores a 1.000 habitantes; y 96 tienen menos de 2.000 personas empadronadas⁵².

Según los últimos datos oficiales de población, de enero de 2011, vivían 83.318 personas en los núcleos menores de 2.000, el 9% de la población residente en el conjunto de la provincia, incluidos los municipios superiores a 20.000 habitantes⁵³. Muchos de ellos se concentran en zonas geográficas de la provincia como Alpujarra o las comarcas de Guadix y Baza-Huéscar, precisamente las áreas más envejecidas.

El tamaño del municipio requiere ser considerado como una variable independiente en determinados análisis bivariantes y multivariantes que resulten de interés para los objetivos de la investigación.

La distribución de usuarios de la muestra viene representada en la tabla 6.5. Aproximadamente la tercera parte de entrevistados viven en núcleos inferiores a 2.000 habitantes, uno de los umbrales considerados para identificar las áreas geográficas como rurales.

Tabla 6.5. Distribución por tamaño del municipio (%)

Hasta 2.000 habitantes	31,3
2.001 a 5.000	18,8
5.001 a 10.000	24,3
10.001 a 20.000 habitantes	25,7
Total	100,0

VI.1.5. Nivel de ingresos y aportación por el servicio

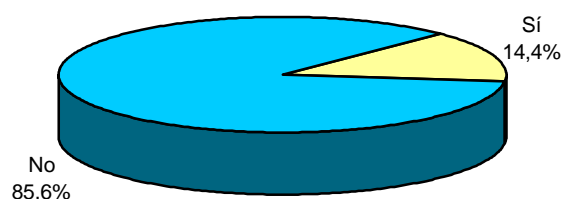
La principal fuente de ingresos de la población mayor son las pensiones. Hemos incorporado como medida del nivel de ingresos el informe de necesidad que realizan los profesionales de servicios sociales, donde se recogen éstos como referencia

⁵² Anuario Estadístico de Andalucía 2012. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Junta de Andalucía.

⁵³ Datos de población, 1 de enero de 2011. Fuente: Padrón de habitantes (Instituto Nacional de Estadística -INE-).

imprescindible para comprobar si el usuario debe realizar algún tipo de aportación por el servicio y, en ese caso, calcular la cuantía que le corresponde. La información de ambas variables –existencia de copago y porcentaje del mismo– se ha incluido en la tercera ficha de datos secundarios.

Gráfico 6.8. Aportación económica por el servicio



En el momento de la realización del trabajo de campo, no hacen ninguna aportación económica la mayoría de usuarios, un 85,6% (gráfico 6.8). Esto significa que tenían unos ingresos mensuales inferiores al 125% del IPREM⁵⁴. De los que sí contribuyen económicamente, la aportación suele ser baja. De cada diez casos sólo uno supera el 30%, y en cuatro es de un 10%, como señala la tabla 6.6.

Tabla 6.6. Porcentaje de aportación (sobre el 14,4% que aporta)

10 %	40,7
20 %	35,6
30 %	13,6
50 %	8,5
75 %	1,7
Total	100,0

Hay diferencias significativas entre la obligación de aportar y la forma de convivencia (tabla 6.7). Al considerarse en ese momento todos los ingresos en el hogar, los usuarios que conviven con otras personas aportan en mayor medida que aquellos que viven solos (el 29% frente al 9%). La asociación entre ambas variables es importante,

⁵⁴ El IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples) es un índice empleado en España como referencia para la concesión de ayudas, becas, subvenciones o el subsidio de desempleo entre otros. Nació en 2004 para sustituir al Salario Mínimo Interprofesional como referencia para determinadas prestaciones. En 2007 fue de 499,2€. [Consultado en www.iprem.com.es, 10 de mayo de 2012].

comprobándose también mediante el coeficiente de correlación de Pearson⁵⁵, que toma los valores siguientes:

- Valor negativo, de -0.25**, entre las variables vivir solo y aportación al servicio.
- Coeficiente positivo, de 0.298**, entre número de personas en el hogar y aportación.

En cualquier caso, según los datos de la tabla 6.7, resulta imprescindible resaltar que en ambos grupos una amplia mayoría no pagaba por el servicio en el momento de realización del trabajo de campo.

Tabla 6.7. Aportación por el servicio, según personas con las que convive

	Vive solo	No vive solo	Total
Sí aporta	9,2	29,1	14,5
No aporta	90,8	70,9	85,5
Total	100,0	100,0	100,0

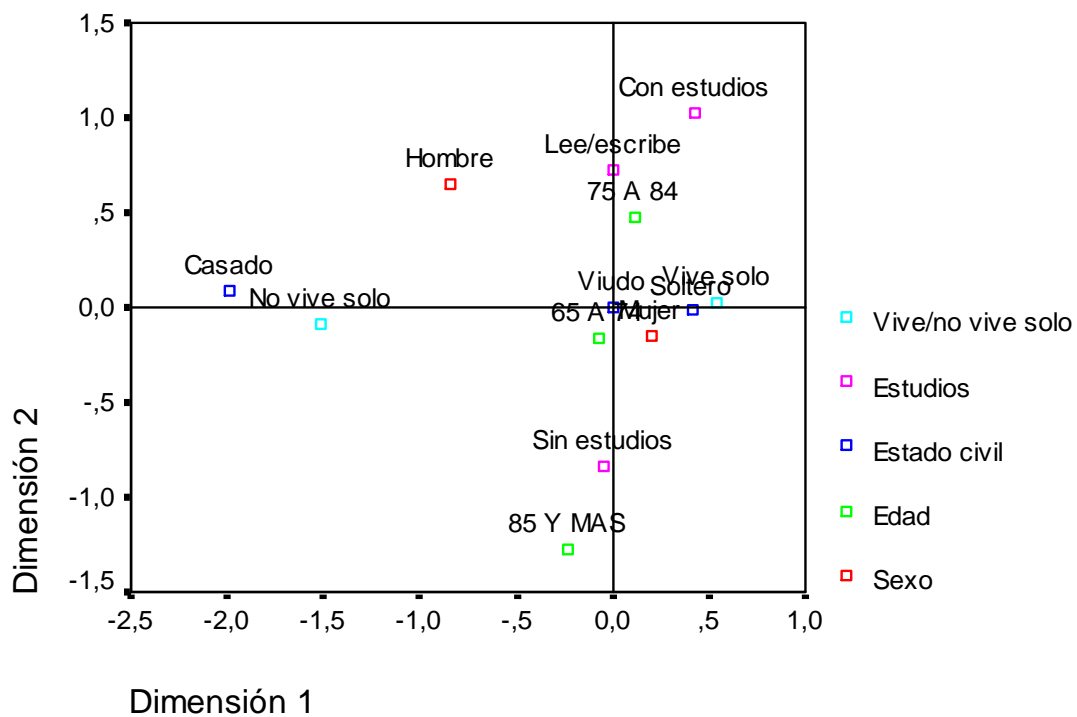
χ^2_{***}

VI.1.6. Perfil sociológico del usuario

El análisis precedente permite una aproximación a las características sociodemográficas. Con el objeto de trazar los distintos perfiles, y como complemento a los datos anteriores, se ha recurrido al análisis factorial de correspondencias múltiples, adecuado para encontrar la estructura subyacente en grupos de variables nominales o cualitativas (Joaristi y Lizasoain, 1999; Abad González et al, 2003). En concreto las variables utilizadas son: sexo, grupos de edad, estado civil, nivel educativo, y si el usuario vive solo. El gráfico 6.9 representa la relación y estructura de la dependencia entre ellas. Los resultados muestran el siguiente perfil mayoritario de los usuarios que han integrado la muestra: mujer de 75 a 84 años, viuda, sin estudios y que vive sola en su hogar.

⁵⁵ Se han transformado las variables en dicotómicas con valor 0-1 para poder efectuar el análisis de correlación.

Gráfico 6.9. Perfil de usuario (Análisis de correspondencias múltiple)



VI.2. AUTONOMÍA PERSONAL, PROBLEMAS DE SALUD Y APOYO SOCIAL

La dependencia está relacionada con la dificultad de realización de actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, que impiden un normal desarrollo de las acciones cotidianas, incluida una adecuada relación con el entorno social, y que requieren ayuda externa de otra persona (Rodríguez Cabrero, 1999; Casado y López, 2001). Las limitaciones funcionales afectan a la autonomía personal, a la capacidad de que una persona pueda decidir sobre su vida (Rodríguez Rodríguez, 1998, 1999).

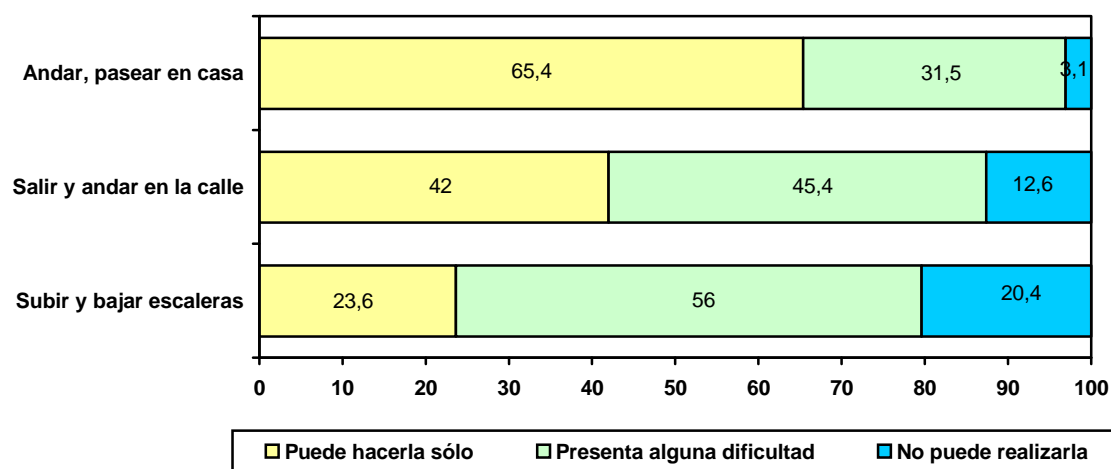
Aunque hay usuarios de teleasistencia caracterizados por una situación de dependencia, el programa tiene también un carácter preventivo, de seguridad y compañía, por lo que no constituye la única exigencia para el acceso tener problemas severos de autonomía personal en su sentido funcional. De esta forma, situaciones de soledad objetiva, o de problemas de salud también representan motivos suficientes para acceder al mismo.

VI.2.1. Realización de actividades de la vida diaria (AVD)

Se han utilizado dos fuentes para el análisis. Por un lado, las puntuaciones en el apartado de autonomía personal del baremo de acceso al programa. Por otro, la información de una pregunta del cuestionario en la que se pidió a los entrevistados el grado de dificultad para hacer una serie de actividades que implican movilidad física, y si le prestaban ayuda para su realización. Las actividades son tres: Andar y pasear en casa, salir y andar en la calle, subir y bajar escaleras. Las opciones de respuesta para registrar la información son las siguientes:

1. Es capaz de realizarlas solo y sin problemas.
2. Las puede realizar pero con dificultad.
3. No puede hacerlas.

Tal y como ilustra el gráfico 6.10, la dificultad aumenta con las actividades que exigen mayor movilidad y esfuerzo. Presentan algún tipo de dificultad para andar en casa la tercera parte de usuarios, cifra que asciende al 60% para salir fuera del domicilio, y prácticamente al 75% para subir y bajar escaleras. En este último caso, la quinta parte de los usuarios no pueden hacerlo sin ayuda de otra persona.

Gráfico 6.10. Grado de dificultad en la realización de AVD

El análisis bivariable muestra que el grado de dificultad para la realización de las AVD por las que se ha preguntado tienen, en los tres casos, relación con las siguientes variables: sexo, edad y forma de convivencia. Para evitar repetir datos similares, se exponen en la tabla 6.8 los cruces relativos a “subir y bajar escaleras”, destacando a continuación las principales tendencias halladas:

- Pese a que tanto hombres como mujeres presentan algún tipo de impedimento, son éstas las que en mayor proporción no pueden subir y bajar escaleras (el 22,2% frente al 13,1 de los varones), lo que implica un problema importante de dependencia. Estos resultados se traducen en que nueve de cada diez usuarios que no pueden desarrollar por sí mismos esta actividad son mujeres.
- En cuanto a la edad, es el grupo de 85 y más años el que presenta una mayor dificultad (el 33% de ellos). Este resultado coincide con la tendencia del conjunto de personas mayores, de incremento de los problemas de dependencia y discapacidades a medida que aumenta la edad de la población⁵⁶. En cualquier caso, como se ha comentado con anterioridad, las comparaciones deben hacerse con cautela por la especificidad y los criterios de acceso de los usuarios del programa, que hace que no sean representativos del conjunto de personas mayores.
- La asociación con la situación de convivencia es también relevante, existiendo diferencias estadísticamente significativas. No pueden realizar la actividad el 26,5%

⁵⁶ Así lo ponen de manifiesto los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, y examinada en la parte teórica de este trabajo.

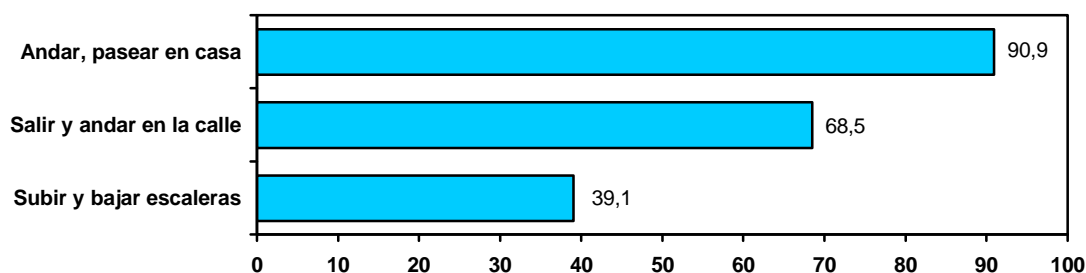
de los que comparten hogar con familiares u otras personas, frente al 18% de los que viven solos. Esto evidencia que numerosos usuarios con problemas importantes en su autonomía viven con otras personas. Ahora bien, a su vez se presta el programa a muchos mayores que además de tener esa problemática se encuentran en una situación de soledad. En concreto, de cada tres que presentan ese impedimento, dos viven solos.

Tabla 6.8. Dificultad AVD 'subir y bajas escaleras', según sexo, grupos de edad y situación de convivencia

Sexo	Puede solo	Alguna dificultad	No puede	Total
Hombre	33,3	53,6	13,1	100,0
Mujer	21,3	56,6	22,2	100,0
χ^2^*				
Grupos de edad				
65 a 74 años	27,0	55,5	17,5	100,0
75 a 84	22,6	59,1	18,3	100,0
85 y más años	20,0	47,1	32,9	100,0
χ^2^*				
Situación de convivencia				
Vive solo	23,8	57,9	18,3	100,0
No vive solo	23,9	49,6	26,5	100,0
χ^2^*				

Entre aquellos entrevistados que no pueden realizar por sí mismos las AVD, la ayuda que reciben es dispar. El mayor apoyo es para andar en casa (en el 91% de los casos), actividad imprescindible excepto cuando existe inmovilidad de la persona (gráfico 6.11).

Gráfico 6.11. Usuarios que no pueden realizar AVD y reciben ayuda (%)



La ayuda es prestada fundamentalmente por los familiares -cónyuge o hijos-, de manera formal -principalmente el servicio de ayuda a domicilio público-, y por cuidadores a nivel privado.

En lo referente al **baremo de autonomía personal** para el acceso al programa, forman parte los informes de necesidad emitidos por los profesionales de los servicios sociales comunitarios, tras la valoración realizada de los casos. Oscila entre 0 y 40 puntos, siendo la media de puntuación de los usuarios de 10,1, con una desviación típica de 8,7 puntos (tabla 6.9). Muestra la existencia de disparidad de situaciones en la autonomía personal.

Aunque los usuarios han podido experimentar cambios desde la realización del informe de necesidad, interesa comprobar si existían diferencias con las variables independientes que se están analizando. Tras los análisis de comparación de medias, varianza y correlación efectuados, pueden destacarse los resultados siguientes:

- No hay diferencias significativas en la puntuación de baremo de autonomía por sexo ni por edad.
- Sí existen según la forma de convivencia. Las personas que viven solas tienen mayor autonomía. Su puntuación en el baremo es de 9,7; mientras que es de 12,2 puntos en aquellos que viven con otras personas. Estas diferencias lo son a un nivel de significación de 0,05 en el análisis estadístico efectuado de comparación de medias.

Tabla 6.9. Media de baremo de autonomía, según situación de convivencia

	Media	N	Desv. típ.
No vive solo	12,20	79	9,417
Vive solo	9,47	248	8,394
Total	10,13	327	8,716

- También hay diferencias en función de la realización de AVD que impliquen movilidad. Este es el caso de subir y bajar escaleras. La puntuación media es más elevada en los entrevistados que no pueden realizar esta actividad, como se señala en la tabla 6.10. En este caso las diferencias son significativas a un nivel de 0,001. El coeficiente de correlación de Pearson, realizado tras la transformación de los valores de la variable ordinal, es de 0.209**.

Tabla 6.10. Media de baremo de autonomía, según dificultad AVD 'subir y bajar escaleras'

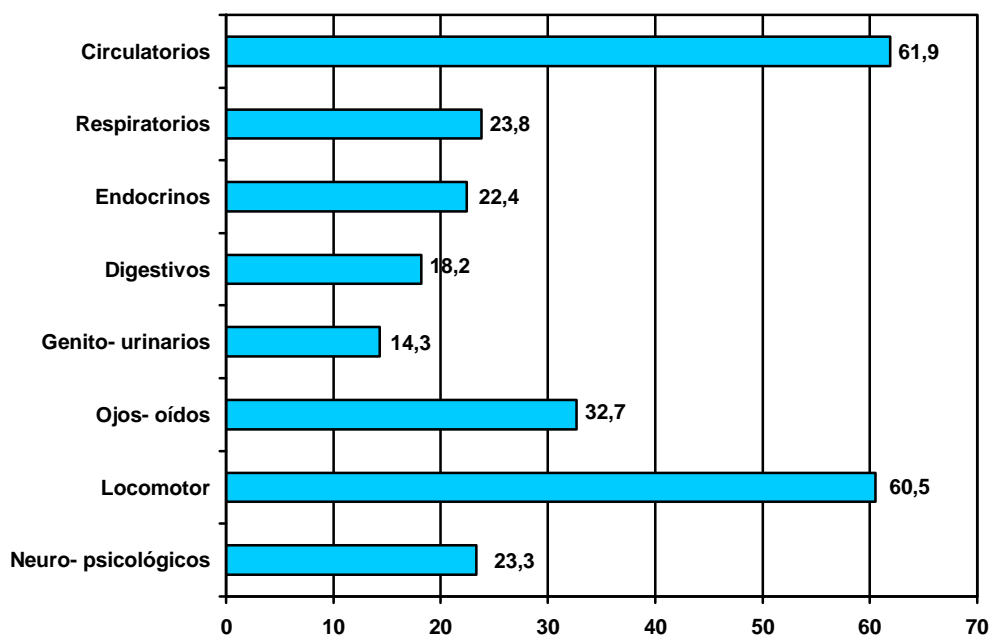
	Media	N	Desv. típ.
Puede hacerla solo	7,67	76	8,001
Presenta alguna dificultad	9,98	186	8,478
No puede realizarla	13,22	67	9,322
Total	10,11	329	8,719

VI.2.2. Problemáticas relacionadas con la salud

La valoración subjetiva del estado de salud empeora con la edad (Dengra, 2008), y distintas investigaciones demuestran que la salud percibida es predictora de la salud objetiva (Svensson, 1991).

Para lograr un buen servicio desde el centro de control o atención es imprescindible disponer de un conocimiento muy exhaustivo de las características de los usuarios. Las problemáticas relacionadas con la salud poseen una importancia especial, sobre todo en la gestión de emergencias o en el servicio de agenda, principalmente en el recuerdo de toma de medicamentos.

En una de las fichas sobre datos de gestión se ha recopilado esta información de forma anónima, analizada estadísticamente de manera agregada para garantizar la protección de los datos personales. El gráfico 6.12 ilustra el porcentaje de usuarios que padecen cada grupo de enfermedades. La incidencia de mayor a menor es la siguiente: Problemas circulatorios, aparato locomotor, ojos-oidos, respiratorios, neuro-psicológicos, endocrinos, digestivos, y genito-urinarios.

Gráfico 6.12. Usuarios con problemas de salud (%)

El análisis bivariado realizado, basado en tablas de contingencia, comparación de medias y varianza, ha permitido destacar las relaciones existentes entre el tipo de enfermedad y las variables sociodemográficas sexo y edad. A continuación se presentan las siguientes diferencias significativas:

- Los problemas de salud no tienen relación con la edad de los usuarios, al contrario de lo que ocurre en la población general, excepto los que afectan a ojos-oídos (coeficiente de correlación de Pearson 0.112*) y locomotor (0.106*). En ambos casos el análisis de varianza establece diferencias significativas entre grupos de edad y ambas problemáticas de salud a un nivel de significación de 0,05⁵⁷. Los mayores de 85 años tienen, en relación a los otros dos grupos, más limitaciones sensoriales (el 44,3% de ellos, frente al 33,5% en el grupo de 74 a 84 y el 25,5% del grupo menor) y de movilidad (68,6, 62,3 y 53,3% respectivamente).
- En cuanto a la variable sexo, las mujeres tienen en mayor proporción que los hombres enfermedades circulatorias, de aparato locomotor y neuro-psicológicas. Mientras que éstos las superan en problemas de salud respiratorios y genito-urinaros. No existen diferencias estadísticamente significativas en el resto de grupos.

⁵⁷ Se han asignado los valores 0-1 (no-sí) a las variables relativas a los problemas de salud, para efectuar los análisis de varianza y correlación.

En general, los usuarios suelen tener diversas problemáticas relacionadas con la salud, aunque algunas de ellas justifican por sí mismas el acceso al servicio.

VI.2.3. Apoyo social y familiar

Las posibilidades de apoyo potencial que tienen los beneficiarios del programa en su vida cotidiana pueden valorarse mediante dos variables:

1) La primera, a través del registro de la aplicación utilizada en el servicio donde consta si hay personas que pueden ayudar al mayor (véase tabla 6.11). De cada cuatro usuarios, tres tienen familiares directos en el mismo municipio o bien en otros próximos. El resto cuentan con otras personas que pueden prestarle apoyo ante una emergencia, generalmente vecinos o conocidos. Todos ellos representan recursos que pueden ser movilizados desde el servicio de teleasistencia ante situaciones de emergencia, o de otro tipo, que lo requieran.

Tabla 6.11. Apoyo sociofamiliar

Tiene familiares directos en el municipio	70,7
Tiene familiares directos en municipios cercanos	4,3
Tiene otras personas que pueden ayudarle	25,0
Total	100,0

2) La segunda considera el bloque del **baremo** de acceso que contiene la valoración sobre la **situación sociofamiliar**, incluyendo aspectos convivenciales y de relación con el entorno familiar y social. La puntuación media según los informes de necesidad es de 31,8 con una desviación típica de 10,3 puntos.

Los análisis de varianza y de comparación de medias realizados muestran que no hay diferencias en la puntuación en función del sexo o la edad. Por el contrario, sí existen según la forma de convivencia, con un nivel de significación de 0,001. Los usuarios que viven solos tienen una puntuación media de 34,7, frente a 22,7 de los que no tienen esta situación (tabla 6.12).

Tabla 6.12. Media de baremo de situación sociofamiliar, según forma de convivencia

	Media	N	Desv. típ.
No vive solo	22,71	158	10,919
Vive solo	34,68	496	8,281
Total	31,79	654	10,341

VI.2.4. Baremo de situación sociofamiliar y autonomía personal: Dos problemáticas de acceso al programa

Al relacionar los dos apartados más relevantes del baremo -autonomía personal y situación sociofamiliar-, se constata que no existe ningún tipo de correlación entre ambos (Véase tabla 6.13). Esto indica que una menor autonomía no conlleva una buena o adecuada situación sociofamiliar para un supuesto apoyo, ni viceversa. Este último bloque del baremo es muy adecuado para el acceso de personas en situación de soledad, independientemente de su nivel de dependencia. Representa uno de los criterios fundamentales para acceder al programa.

Este apartado es también el que más predice la puntuación total del baremo, lo que acentúa el carácter preventivo de teleasistencia frente a situaciones de dependencia. En concreto, el análisis de regresión ha permitido constatar los porcentajes de la varianza del baremo total que explican cada uno de los tres apartados del mismo (tabla 6.14):

- Situación sociofamiliar (0 a 40 puntos): 47,6%.
- Autonomía personal (0 a 40 puntos): 43,2%.
- Condiciones de habitabilidad (0 a 20 puntos): 8,9%.

Tabla 6.13. Correlaciones entre apartados y total del baremo de acceso⁵⁸

		Puntuación baremo: autonomía personal	Puntuación baremo: situación sociofamiliar	Puntuación baremo: condiciones vivienda	Puntuación baremo: total
Puntuación baremo: autonomía personal	Correlación de Pearson	1	,000	,259**	,657**
	Sig. (bilateral)		,998	,000	,000
	N	330	330	330	330
Puntuación baremo: situación sociofamiliar	Correlación de Pearson	,000	1	,020	,690**
	Sig. (bilateral)	,998		,719	,000
	N	330	330	330	330
Puntuación baremo: condiciones vivienda	Correlación de Pearson	,259**	,020	1	,473**
	Sig. (bilateral)	,000	,719		,000
	N	330	330	330	330
Puntuación baremo: total	Correlación de Pearson	,657**	,690**	,473**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	330	330	330	330

⁵⁸ ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 6.14. Predicción de los apartados de baremo. Resumen del modelo de regresión

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. del cambio en F
1	,690 ^a	,476	,475	10,954	,476	298,222	1	328	,000
2	,953 ^b	,909	,908	4,584	,432	1545,930	1	327	,000
3	,999 ^c	,998	,998	,701	,089	13667,912	1	326	,000

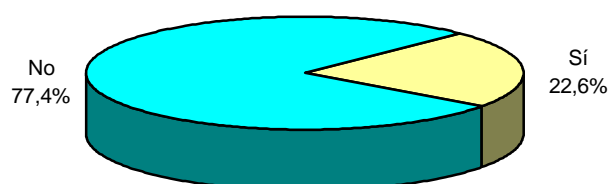
a. Variables predictoras: (Constante), Puntuación baremo: situación sociofamiliar

b. Variables predictoras: (Constante), Puntuación baremo: situación sociofamiliar, Puntuación baremo: autonomía personal

c. Variables predictoras: (Constante), Puntuación baremo: situación sociofamiliar, Puntuación baremo: autonomía personal, Puntuación baremo: condiciones vivienda

VI.2.5. Servicio de ayuda a domicilio. Usuarios e intensidad

El programa de teleasistencia también se caracteriza por su complementariedad con el servicio de ayuda a domicilio (SAD). Como ilustra el gráfico 6.13, prácticamente uno de cada cuatro encuestados dispone también de éste. En el momento de realización del trabajo de campo los usuarios de ayuda a domicilio pertenecían todos a la denominada prestación básica del Plan Concertado, examinado en un capítulo anterior de esta Tesis. El desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia era aún incipiente, por lo que existía menor cobertura e intensidad del SAD.

Gráfico 6.13. Es usuario del SAD

Es por este motivo por lo que la intensidad horaria del SAD, en el caso de las personas entrevistadas que disponen de él, es de 4,1 horas semanales, oscilando los valores entre 2 y 8. La dispersión no es elevada, debido a que el 70% de los usuarios tenían entre 3 y 5 horas.

Disponen del SAD en mayor proporción las mujeres, personas de más edad y aquellos que viven solos, si bien las diferencias más notables están en función de la

dificultad de movilidad. A pesar de que en todos los grados de dificultad la mayoría no disponían de ayuda a domicilio, en aquellos con mayor nivel de dependencia son usuarios el 41%, frente al 21% de los que presenta alguna dificultad y el 10% de los que manifiestan no tener problemas de movilidad (tabla 6.15).

Tabla 6.15. Usuarios del SAD, según dificultad AVD 'subir y bajas escaleras'

	Puede solo	Alguna dificultad	No puede	Total
Usuario de SAD	10,2	21,1	40,7	22,6
No usuarios	89,8	78,9	59,3	77,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

χ^2_{***}

La intensidad del servicio correlaciona con el grado de movilidad física. Es decir, a mayor dependencia el número de horas también es más elevado (coeficiente de correlación de Pearson de 0.23*). Un elemento que resulta positivo en la gestión y eficacia de la cobertura, en este caso, del programa de ayuda a domicilio.

VI.3. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO RECIBIDO

VI.3.1. Antigüedad en el servicio

El tiempo medio de usuario del servicio es de 47,7 meses (prácticamente 4 años), si bien existe una dispersión alta en los resultados (desviación típica de 31,4 meses). La antigüedad en el programa, como muestra la tabla 6.16, es inferior a un año en el 7% de los casos, de uno a tres para el 42%, de tres a cinco años para el 23% y más de 5 años en el 28%. Estos resultados nos permiten afirmar que se trata de una variable a considerar para comprobar su relación con la calidad percibida.

Tabla 6.16. Antigüedad en el servicio (%)

Menos de 1 año (1-11 meses)	7,2
De 1 a 3 años (12-36 meses)	41,8
De 3 a 5 años (37-60 meses)	23,4
Más de 5 años (más 60 meses)	27,6
Total	100,0

Los solicitantes de teleasistencia desean que la instalación se realice lo antes posible, pues en numerosos casos las situaciones personales que están experimentando así lo requieren. Sin embargo, el importante aumento de la demanda del programa en los últimos años ha obligado a priorizar con criterios técnicos el acceso al mismo. Así, la adjudicación se ha facilitado en función de la necesidad evaluada por los profesionales. Esto conlleva que en los casos considerados como no urgentes la instalación pueda requerir más tiempo de espera. En este sentido, no es de extrañar que la antigüedad en el programa correlacione de forma negativa con el tiempo de espera para la instalación (-0.28** en el coeficiente de correlación de Pearson), lo que indica que éste se incrementó en los años anteriores a la realización del trabajo de campo. En otras palabras, en los primeros años del servicio el tiempo de espera era menor, por una mayor accesibilidad al programa (tabla 6.17).

Tabla 6.17. Correlación entre antigüedad en el servicio y tiempo de solicitud a instalación

		Tiempo con el servicio	Tiempo de instalación del equipo
Tiempo con el servicio	Correlación de Pearson	1	-,284*
	Sig. (bilateral)		,000
	N	406	247
Tiempo de instalación del equipo	Correlación de Pearson	-,284*	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	247	265

VI.3.2. Periodo entre solicitud e instalación: tiempo transcurrido y valoración subjetiva

Un aspecto a considerar al evaluar la calidad del programa es el tiempo transcurrido entre la solicitud y la instalación del equipo. Se realizaron dos preguntas en el cuestionario, una relativa a los días que habían pasado entre ambos hechos, y otra sobre la percepción subjetiva de dicho periodo.

El tiempo transcurrido desde la solicitud hasta el acceso al programa es bastante heterogéneo, dependiendo de aspectos como el carácter urgente de los casos o la disponibilidad presupuestaria. La media es de 98,5 días, con una desviación típica elevada (130,2 días). La distribución de frecuencias, con la agrupación de valores, la ilustra la tabla 6.18. En tres de cada cuatro casos la espera ha sido inferior a 3 meses, mientras que, en el lado opuesto, para el 15% de solicitantes ha sido superior a 6 meses.

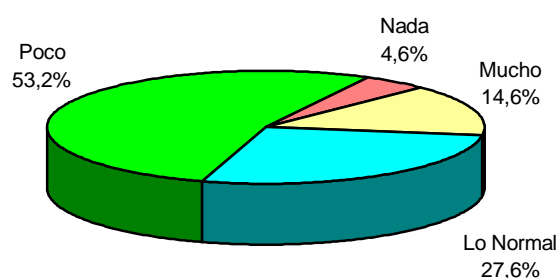
Tabla 6.18. Tiempo desde solicitud a instalación (%)

Hasta 1 mes	38,2
De 1 a 3 meses	37,8
De 3 a 6 meses	9,0
De 6 a 12 meses	10,9
Más de 1 año	4,1
Total	100,0

La **percepción subjetiva del tiempo transcurrido** es positiva, por cuanto lo perciben como ‘poco’ o ‘nada’ un 58%, y entienden que ha sido el ‘normal’ o adecuado el 27,6%. No obstante, realizan una valoración negativa, al estimar que es ‘mucho’ tiempo, el 15% de los usuarios (gráfico 6.14).

Esta percepción tiene que ver con el tiempo real que pasa entre solicitud e instalación, con una correlación⁵⁹ de entre ambas variables de 0.642**. A medida que la espera ha sido mayor la valoración también es más crítica. Así por ejemplo, la mayoría de los usuarios en los que pasó menos de un mes lo consideran como poco tiempo (en concreto el 68% de ellos), mientras que en el otro extremo la totalidad de los que han esperado más de un año perciben que pasó mucho más de lo debido.

Gráfico 6.14. Percepción del tiempo transcurrido hasta la instalación



En este caso, en términos generales coincide el tiempo real transcurrido en la espera de la instalación y la percepción subjetiva del mismo. El análisis de varianza que se expone en la tabla 6.19 también permite comprobar esta relación entre tiempo objetivo y subjetivo, al comparar la media de días del periodo para cada categoría de valoración subjetiva, resultando significativo al nivel 0,001. En resumen, a mayor tiempo real peor valoración percibida.

Tabla 6.19. Tiempo desde solicitud a instalación según percepción subjetiva. Análisis de varianza

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2265583,221	3	755194,407	90,514	,000
Intra-grupos	2127560,880	255	8343,376		
Total	4393144,100	258			

Existe asociación entre la percepción subjetiva y el nivel de estudios y la aportación económica por el servicio; sin embargo, no hay relación con el sexo, la edad, situación de convivencia o tamaño del municipio donde reside el entrevistado:

⁵⁹ Se ha transformado la variable de valoración subjetiva para poder efectuar el análisis de correlación.

- Aunque en todos los niveles formativos una mayoría entienden que esperaron poco tiempo para tener el servicio, en el caso de las personas con algún tipo de formación reglada hay más presencia de opiniones extremas, tanto favorables como críticas. Es este grupo el que en mayor proporción considera que pasó mucho tiempo (el 18% de ellos), y a su vez el que más indica la opción 'poco', quedando en su caso la categoría 'lo normal' con porcentajes mucho más bajos en relación a aquellos que no poseen estudios. Son, por tanto, los que más se pronuncian tanto en sentido positivo como negativo, mostrando así un menor conformismo.
- Respecto a las diferencias en función del copago, a pesar que en ambos grupos las valoraciones del tiempo de espera para la instalación del equipo son favorables, los encuestados que aportan por el servicio tienen una opinión menos positiva que aquellos a los que se les presta de forma gratuita. Señalan más que éstos las opciones 'lo normal' (47%) y 'pasó mucho tiempo' (16%), y menos las afirmaciones 'poco' o 'nada'. Todo lo expuesto sugiere que el nivel de exigencia es algo más elevado entre aquellos que aportan, aunque la cuantía económica sea baja.

VI.3.3. Llamadas realizadas y visitas de los técnicos

Con objeto de analizar el máximo de información posible y detectar las variables que tienen relación con la calidad percibida del servicio, se registraron mediante las fichas de datos secundarios una serie de indicadores de gestión, de interés para este trabajo:

- Motivos y duración de las tres últimas llamadas efectuadas por el usuario antes de la entrevista.
- Número de llamadas realizadas por en el año anterior.
- Número de llamadas recibidas, emitidas desde el centro de atención.
- Visita del técnico y la coordinadora de zona el año anterior.

Centrando el análisis en la **última llamada efectuada por el usuario** con anterioridad a la aplicación del cuestionario, los tres motivos principales de la misma han sido los siguientes: 1) crisis o problemas de soledad (29%); 2) funcionamiento del equipo (26%); 3) pedir o dar información (26%). Otro aspecto que presenta un carácter especial es la pulsación no deseada, que en ocasiones se traduce en problemas relacionados también con la soledad. Entre el resto de motivos destacan las emergencias

sanitarias y los problemas de salud (3,2% del total de llamadas), como muestra la tabla 6.20. Los resultados confirman que teleasistencia es mucho más que un programa de emergencias, superando la idea inicial de un servicio de telealarma.

Tabla 6.20. Motivo de la última llamada (%)

Alta por reanudación	5,5
Baja temporal	0,7
Crisis/ soledad	28,6
Emergencia sanitaria	1,8
Emergencia social	0,2
Funcionamiento del equipo	26,0
Pedir/ dar información	25,8
Problema de salud	1,4
Pulsación no deseada	8,8
Otros	1,2
Total	100,0

La duración media de la llamada es de 2'24 minutos, con una alta dispersión (4'42 minutos). El análisis de varianza muestra que las diferencias son significativas según el motivo (tablas 6.21 y 6.22). Las llamadas de mayor duración son las relacionadas con problemas de salud y emergencias sanitarias, seguidas de aquellas cuya finalidad es pedir información y las de soledad.

Tabla 6.21. Duración de la llamada, según motivo

	Media (minutos)	Desv. Típica
Alta por reanudación	1'48	1,18
Baja temporal	1'40	0,44
Crisis/ soledad	2'30	2,20
Emergencia sanitaria	4'48	6,63
Emergencia social	1'06	0,00
Funcionamiento del equipo	2'03	4,16
Pedir/ dar información	2'48	7,02
Problema de salud	9'59	8,63
Pulsación no deseada	0'49	0,62

Tabla 6.22. Duración de la llamada según motivo. Análisis de varianza

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	533,410	10	53,341	2,545	,005
Intra-grupos	8845,650	422	20,961		
Total	9379,060	432			

Otro aspecto importante del servicio recibido lo constituyen el **número de llamadas realizadas por el usuario y por el centro de atención**. En concreto, hay tres tipos de llamadas en los registros de gestión del programa: recibidas, emitidas y automáticas. Las recibidas son las que realizan los beneficiarios, tanto con la unidad de control remoto como a través del botón de emergencia del equipo telefónico. Las emitidas se ejecutan desde el centro al domicilio de la persona. Las automáticas las genera directamente el sistema informático, sobre todo para la comprobación de un óptimo funcionamiento del equipo, los dispositivos instalados y la red telefónica y eléctrica.

En cualquier caso, los resultados que se exponen a continuación correspondientes a las llamadas son inferiores a las realmente realizadas, debido a que algunas tipologías no estaban incluidas en los registros, que un porcentaje de usuarios tenían pocos meses de antigüedad en el servicio, y además no se disponían de datos de algunas personas que formaban parte de la muestra. La pretensión en este caso es realizar un análisis univariable, pues la verdadera importancia está en comprobar posteriormente la relación existente con la valoración de las distintas dimensiones de la calidad del servicio evaluado.

Según los registros examinados, el número medio de llamadas recibidas durante el periodo analizado (el año anterior a la aplicación del cuestionario) fue de 7,1 por usuario, con una dispersión alta (desviación típica de 5,2). Como se constata en los datos de la tabla 6.23, un 26% realizaron entre 1 y 3 llamadas, un 30% de 4 a 6, y un 24% de 7 a 10. Por último, uno de cada cinco entrevistados lo hicieron en más de 10 ocasiones, llegando en algún caso hasta las 25 llamadas.

**Tabla 6.23. Llamadas recibidas
año anterior (%)**

1 a 3	26,3
4 a 6	30,0
7 a 10	23,7
Más de 10	20,0
Total	100,0
Media de nº de llamadas	7,1
Desviación típica	5,2

En la tabla 6.24 se indican los datos correspondientes a la frecuencia de llamadas emitidas por el centro de control. El mayor porcentaje corresponde al tramo de 1 a 3 llamadas (46%), seguido de 4 a 6 (23%), y de 7 a 10 (17%). En el 14% restante de casos se han efectuado más de 10 llamadas, siendo en número máximo de 37.

Tabla 6.24. Llamadas emitidas año anterior (%)

1 a 3	46,3
4 a 6	23,1
7 a 10	16,7
Más de 10	13,9
Total	100,0
Media de nº de llamadas	5,6
Desviación típica	5,3

El número de llamadas recibidas y emitidas no correlaciona con la antigüedad en el servicio. Las diferencias observadas no llegan a ser estadísticamente significativas.

Para finalizar el apartado, se examina la realización de **visitas del técnico y de las coordinadoras de zona**. Desde el centro de atención se efectúan seguimientos periódicos a los beneficiarios. Además, una de las funciones principales que tienen las profesionales de la empresa prestataria que desempeñan el puesto de coordinación de zona es el seguimiento personalizado de los usuarios en sus propios domicilios, y de forma prioritaria de aquellos con mayores problemas de soledad o más riesgo de emergencias sanitarias.

La presencia de los técnicos es menos habitual, siendo su tarea fundamental garantizar y asegurar un óptimo funcionamiento de la tecnología instalada en los hogares. Más del 85% de sus visitas domiciliarias son para efectuar reparaciones en el equipo o para montar nuevos dispositivos tecnológicos.

Como se señala en la tabla 6.25, en el año previo a la pasación del cuestionario las coordinadoras hicieron visitas de seguimiento, una vez como mínimo, a siete de cada diez entrevistados. No se computan en este dato las visitas iniciales en el momento de instalación del equipo para dar las instrucciones precisas sobre su manejo, por lo que una parte de los usuarios que no tuvieron visitas de seguimiento corresponden a las instalaciones más recientes. Por su parte, los técnicos fueron a dos de cada diez hogares, en un 70% de los casos para realizar arreglos o ajustes en los equipos tecnológicos.

**Tabla 6.25. Visita de técnico y de coordinadora de zona
(año anterior)**

	Sí	No	Total
Técnico	21,8	78,2	100,0
Coordinadora de zona	71,0	29,0	100,0

Ambas variables, al igual que las que se refieren a las llamadas recibidas y emitidas, se van a utilizar como independientes en los análisis que sobre las dimensiones de la calidad del servicio de teleasistencia se desarrollan en los capítulos siguientes.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN (II): EVALUACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

La búsqueda de la calidad de los servicios es un objetivo esencial de las políticas públicas que se está desarrollando de forma creciente, incluidos ámbitos en los que su incorporación ha sido posterior, como es el caso de los servicios sociales comunitarios.

No existe una definición única de calidad. Su amplia difusión y uso ha producido numerosos cambios en su significado. En un sentido implica satisfacción de las necesidades de usuarios o clientes, en otro la adecuación de procesos y procedimientos de un servicio o producto y la introducción de cambios en la cultura de la organización que presta el servicio. Esto ha provocado que el concepto se caracterice por su *subjetividad y multidimensionalidad* (López Cabanas et al, 1999; Fernández del Valle, 1999 Medina, 2000), y por estar sujeto a un *contexto social y cultural* (Horovitz, 1992).

En sentido amplio la calidad es una filosofía dirigida al logro de la excelencia, mediante un conjunto de principios y métodos que intentan conseguir la implicación de toda la organización, la eficacia y eficiencia en la prestación del servicio, y la obtención de la satisfacción de las personas a las que se dirige.

Aplicado a la administración pública implica, entre otros aspectos, evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios o programas que reciben (Alvira, 1991; Bañón, 2003). En la Administración, la evolución seguida en las dos últimas décadas en gestión de la calidad ha pasado de centrarse en la idea de ‘control’ en los años noventa, a la posterior aplicación de modelos de certificación y autoevaluación, para reorientarse en los últimos años hacia una tercera etapa en la que se incorpora la participación ciudadana y se evalúan fundamentalmente las opiniones que la población tiene de los servicios (Barbero y Díez, 2009).

Este nuevo paradigma conlleva un cambio en el rol de usuario de servicios sociales, y de las expectativas asociadas al mismo por parte de las entidades que los prestan. Es decir, un rol de ‘cliente’ en el sentido de beneficiario legitimado para exigir sobre un servicio, entendido como un derecho, independientemente de que exista o no una aportación económica directa (Fernández y Martínez, 1999).

Para ello resulta imprescindible desarrollar un modelo ‘orientado al cliente’ en términos de Vedung (1997), entendiendo que es tan importante la opinión de las personas perceptoras del programa como las consideraciones y definiciones técnicas establecidas desde el ámbito profesional.

Estas especificidades hacen imprescindible subrayar las diferencias entre *calidad recibida* y *percibida*. La primera afecta a los criterios técnicos y los procesos del diseño, desarrollo e implementación del servicio. La percibida, objeto de análisis en esta Tesis, depende de las opiniones y valoraciones subjetivas de los usuarios.

La calidad percibida implica pasar de una concepción centrada en el carácter pasivo de los beneficiarios a otra en la que éstos asumen un rol social más activo (Pallinger, 2002; Tamarit, 2002). Esta perspectiva complementa la evaluación de la calidad técnica, cuya prioridad ha caracterizado a la tradición evaluadora en el ámbito de los servicios sociales personales, tanto especializados como comunitarios.

Como expresa Beltrán (2000), la noción de calidad de un servicio ha de ir más allá de la eficacia y eficiencia. Toma relevancia, en este sentido, la evaluación de la *calidad percibida* por parte los propios usuarios y de la ciudadanía, la valoración centrada en la percepción subjetiva (Cabrera et al, 2010). E incluye, entre otros factores, la satisfacción con el servicio recibido.

Todo lo expuesto implica que la investigación social se interese por las opiniones de los usuarios, y plantea los cambios pertinentes en el programa en función de esta evaluación. Este proceso se fundamenta en las cuatro fases del ciclo Deming (1989): Planificar, hacer, evaluar o verificar, y actuar.

Este capítulo de resultados trata la valoración efectuada por los encuestados sobre una serie de factores que integran las dimensiones del servicio, así como su grado de satisfacción. Se parte de la conceptualización y adaptación de las dimensiones que desarrollan Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) en el modelo que es la base del instrumento SERVQUAL para la evaluación de la calidad, considerando el carácter intangible de los servicios.

Todo ello se examina en los diferentes epígrafes y subapartados en los que está dividido el capítulo. En el primer apartado se estudian las dimensiones de la calidad del servicio de teleasistencia. Y en el segundo, la cobertura de expectativas y satisfacción con el mismo.

Al igual que en el capítulo anterior, se expone de manera simultánea el análisis estadístico univariable, bivivariable y multivariable. Además, se incorpora el tratamiento de respuestas a preguntas abiertas del cuestionario, y en determinados temas la información cualitativa obtenida mediante las entrevistas en profundidad.

VII.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Los autores de SERVQUAL establecen en su modelo cinco dimensiones generales, sobre los hallazgos de la investigación previa basada en grupos de discusión, y que han sido desarrollados en la parte teórica del trabajo (Zeithaml et al., 1993:24-5):

1. Elementos tangibles: Apariencia de instalaciones, materiales y todos los aspectos físicos de un servicio.
2. Fiabilidad: Dar el servicio prometido al inicio.
3. Capacidad de respuesta, de ayuda rápida a los usuarios.
4. Seguridad: Incluye criterios como profesionalidad, cortesía o credibilidad.
5. Empatía: Integra subdimensiones como accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Las variables e indicadores utilizados suponen, en gran medida, una adaptación de las conceptualizadas por Zeithaml, Parasuraman y Berry, analizadas en el capítulo de diseño teórico y metodológico.

La selección final de las variables estudiadas responden además a las especificidades del servicio de teleasistencia, a las propuestas extraídas de forma inductiva de grupos de discusión y entrevistas en profundidad, y a las distintas pruebas o pretest del cuestionario.

Estas consideraciones, unidas al intento de lograr la mayor claridad en la exposición de resultados del estudio, hacen que la información analizada se presente con la siguiente estructura:

- Accesibilidad al programa.
- Realización de trámites de solicitud del servicio y valoración de la dificultad.
- Información inicial y comprensión del funcionamiento. Manejo del equipo tecnológico (terminal telefónica y unidad de control remoto o pulsador).
- Aportaciones del servicio: seguridad y compañía.
- Llamadas de emergencia: Realización y valoración de la rapidez de respuesta.
- Percepción de preocupación por el usuario.
- Comunicación con el centro de atención.
- Grado de cobertura de expectativas.
- Nivel de satisfacción con dimensiones del servicio.
- Nivel de satisfacción general.

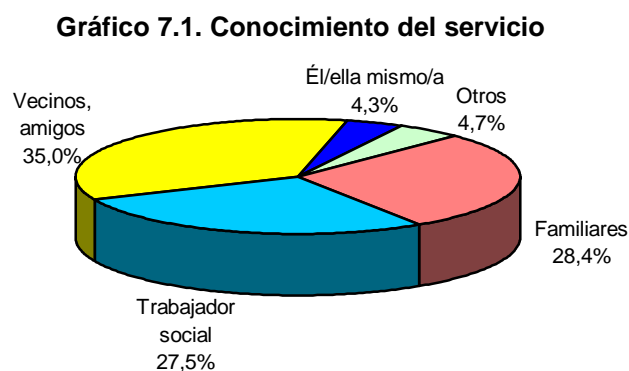
Los contenidos relativos a cobertura de expectativas y satisfacción serán tratados en el segundo apartado del capítulo.

VII.1.1. Acceso al programa de teleasistencia

Las fuentes de información sobre el programa son fundamentales en el análisis de las motivaciones que llevan a los usuarios a solicitarlo. De ellas depende que sea más accesible a la población a la que va dirigido.

VII.1.1.1. Fuente de conocimiento del servicio

Las vías no formales, basadas en la comunicación boca-oído, son las más importantes. Se constata que el 35% lo han conocido a través de vecinos o amigos y un 28% mediante familiares, mientras que para otro 28% ha sido por cauces formales: el trabajador social de los servicios sociales comunitarios. Un 4% obtuvieron la información ellos mismos, generalmente como consecuencia de campañas publicitarias, mientras que el 5% restante lo conocieron por otros medios (gráfico 7.1).



Existe relación con variables como sexo, grupos de edad, situación de convivencia, nivel de estudios, tamaño del municipio, antigüedad en el servicio y ser usuario del servicio de ayuda a domicilio (en adelante SAD), al nivel de confianza establecido en el análisis efectuado:

- Conocen el programa mediante familiares y por los profesionales de servicios sociales en mayor proporción los hombres, mientras que a través de vecinos, amigos o conocidos lo descubrieron más las mujeres.

- El grupo de edad más avanzada lo conoció más que el resto por los familiares. Los grupos de 65 a 74 y de 75 a 84 mediante vecinos o amigos y, en segundo lugar, por canales formales.
- Como era de esperar, los que viven acompañados se enteraron en mayor proporción por familiares. Los que están solos se informaron más que los anteriores por redes informales ajenas a la familia. El porcentaje correspondiente a los técnicos de servicios sociales es similar en ambos casos.
- Respecto al nivel formativo, las fuentes formales de conocimiento del programa tienen más efecto en los usuarios con algún tipo de estudios, sector que también lo han conocido en mayor proporción por sí mismos que el resto. La familia ha servido de transmisora de información más para las personas que no poseen estudios que para los que sí los tienen.
- En lo relativo al tiempo en el servicio, la información a través de los profesionales ha llegado más a los beneficiarios de mayor antigüedad. Ello es debido a las campañas de difusión que se realizaron en todos los municipios en los primeros años de su implementación. Los amigos y conocidos están teniendo más peso en esa difusión en los últimos años, siendo en el grupo con una antigüedad inferior a tres donde más efectiva está siendo. Como muestra, el 45% de los encuestados con menos de un año de servicio lo conoció mediante vecinos y amigos.
- Según el tamaño del municipio de residencia, destaca de manera especial que se conozca más el programa a través de los profesionales de servicios sociales en los núcleos más pequeños, menores de 2.000 habitantes, donde los técnicos tienen una mayor comprensión de la comunidad y de las problemáticas sociales. Otro aspecto destacable es la mayor importancia en el acceso a la información mediante vecinos y conocidos en el tramo de municipios más grande, de 10.000 a 20.000 habitantes.
- Las personas que además tienen el SAD, al estar en mayor contacto con los profesionales, acceden también en mayor proporción a la información a través de éstos.

En definitiva, los usuarios varones, aquellos de mayor edad, que viven acompañados y que no poseen estudios, han obtenido la información en mayor medida que el resto a través de familiares; mientras que las mujeres, los de menor edad y los que viven solos, lo han hecho más mediante vecinos y conocidos. El acceso formal a la información del

programa es ligeramente más elevado en hombres, usuarios de más antigüedad, en aquellos que poseen estudios independientemente del nivel cursado, en municipios pequeños, y de forma especial los que con anterioridad tienen ayuda a domicilio. En este sentido, la forma de convivencia en el hogar y las redes y relaciones sociales contribuyen a explicar las fuentes a través de las que han obtenido la información sobre el programa.

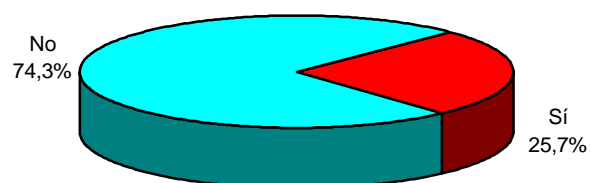
A raíz de estos resultados, hay que destacar de nuevo la importancia que el entorno familiar y social más próximo de los mayores tiene en la decisión de solicitar el servicio.

Realizar campañas de difusión dirigidas a familiares puede tener tanto o más efecto que las orientadas de manera específica a las personas a las que va destinado. Son elementos a considerar en las actividades de marketing social y difusión realizadas en el ámbito de los servicios sociales comunitarios, que deberán desarrollar distintas estrategias para hacerlos más universales y conseguir la máxima eficacia en la cobertura de los mismos (Grande Esteban, 1993, 2002).

VII.1.1.2. Conocimiento previo del funcionamiento

El hecho de haber comprobado con anterioridad in situ el funcionamiento del equipo y del servicio determina una actitud favorable de los potenciales usuarios hacia él. No obstante, solo uno de cada cuatro lo había visto con anterioridad a la solicitud, generalmente en el domicilio de un vecino o un familiar, aspecto que viene facilitado por una mayor intensidad en las relaciones sociales.

Gráfico 7.2. Ha visto el funcionamiento con anterioridad



Como se puede comprobar en la tabla 7.1, aquellos de menor edad (65 a 74 años) han visto en mayor medida el equipo funcionando en otro usuario antes de solicitarlo (un 33%). También las mujeres en mayor porcentaje que los hombres (27 y 20%, respectivamente). Por otro lado, son bastante notables las diferencias según el nivel de estudios, siendo los que tienen formación reglada los que más han visto el funcionamiento antes de disponer del equipo, en concreto el 46%.

Tabla 7.1. Ha visto funcionamiento anteriormente, según sexo, grupos de edad y nivel de estudios

Sexo	Sí	No	Total
Hombre	20,2	79,8	100,0
Mujer	26,9	73,1	100,0
	χ^{2*}		
Grupos de edad			
65 a 74 años	33,1	66,9	100,0
75 a 84	21,7	78,3	100,0
85 y más años	24,3	75,7	100,0
	χ^{2**}		
Nivel de estudios			
Sin estudios	27,4	72,6	100,0
Lee y escribe	21,7	78,3	100,0
Con estudios	45,5	54,5	100,0
	χ^{2**}		

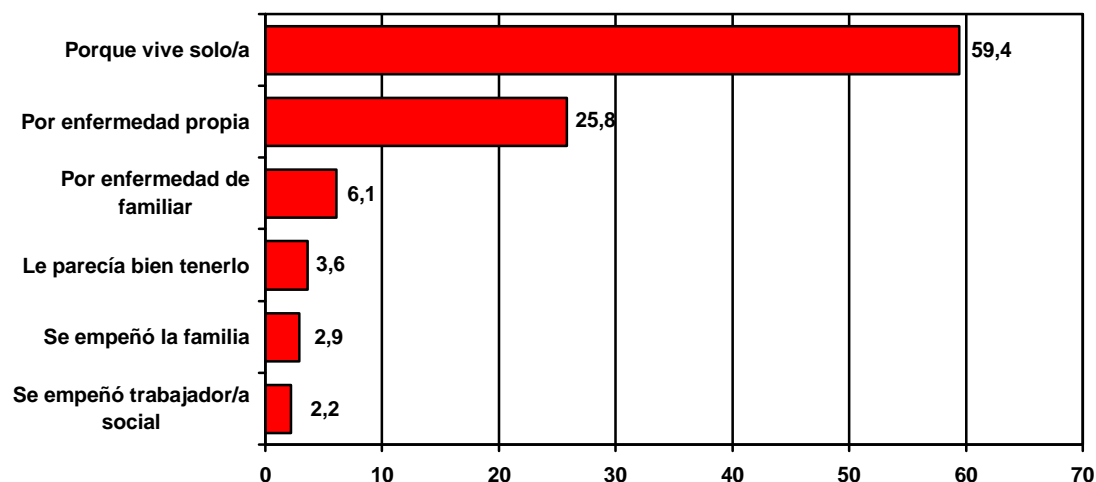
No hay diferencias significativas según la situación de convivencia, o el grado de dificultad para la realización de AVD que implican movilidad física. Tampoco influye la antigüedad en el servicio, es decir, llevar menos tiempo siendo beneficiario de teleasistencia no implica haberlo visto anteriormente, a pesar de su mayor implantación en los distintos municipios por el incremento paulatino del número de usuarios en los últimos años.

VII.1.1.3. Motivo de la solicitud

Los motivos de la solicitud pueden ser diversos. Sin embargo, hay dos de ellos que destacan sobre los demás, como ilustra el gráfico 7.3 en forma de histograma de frecuencias porcentual. El más importante es la situación de soledad objetiva, señalado por tres de cada cinco. En segundo lugar se sitúa la existencia de una enfermedad propia

(26%). Le siguen la enfermedad de un familiar (6%), la valoración personal sobre la conveniencia de tenerlo (4%), la insistencia de familiares (3%), y el interés del trabajador social (2%).

Gráfico 7.3. Motivo de la solicitud del programa (%)



Hay diferencias estadísticamente significativas con las variables siguientes: edad, situación de convivencia, dificultad en la movilidad física y antigüedad en el servicio a un nivel de significación de 0,001; y con sexo y estudios a un nivel de 0,05. A continuación se exponen los resultados de mayor relevancia:

- Aunque la mayoría lo han solicitado por estar solos, la proporción de mujeres que lo manifiesta es mayor que en el caso de los varones (59,1% frente a 53,6%). En términos comparativos, las mujeres señalan además la enfermedad, y los hombres la enfermedad de un familiar, la valoración personal de tenerlo, y la insistencia tanto de la familia como de los profesionales de servicios sociales comunitarios. El análisis de los resultados evidencia mayor resistencia al servicio por parte de los varones.
- En las diferencias por edad destaca el grupo de 65 a 74 años, porque señala en mayor proporción que el resto la existencia de una enfermedad propia (34,3%).
- Como era de esperar, en el caso de la forma de convivencia hay una asociación muy alta entre las dos variables. De esta forma, el motivo de soledad objetiva es esgrimido fundamentalmente por los que viven solos (70%), frente a los que habitan con otras personas en el mismo hogar (31%). Las personas que no viven solas

solicitan más el servicio por problemas sanitarios propios o de los familiares que conviven con ellas, quedando en segundo término el problema de soledad, y caracterizándose además por un mayor peso del resto de motivos (tabla 7.2).

Tabla 7.2. Motivo de solicitud, según situación de convivencia

	No vive solo	Vive solo	Total
Porque vive solo	31,0	69,6	59,4
Enfermedad propia	38,9	21,0	25,8
Enfermedad de familiar	13,3	3,3	6,1
Le parecía bien tenerlo	8,8	1,8	3,6
Se empeñó la familia	4,4	2,4	2,9
Se empeñó trabajador/a social	3,5	1,8	2,2
Total	100,0	100,0	100,0

χ^{2***}

- Respecto al nivel de estudios cabe destacar que, aunque en todas las categorías el motivo más indicado es el de soledad objetiva, la presencia de enfermedades es la causa más importante entre los encuestados con formación reglada. El 46% de ellos solicitan el servicio por esta razón.
- La dificultad para la movilidad física también resulta determinante para efectuar solicitud. La soledad objetiva es señalada en mayor proporción por los usuarios que no tienen problemas, mientras que las enfermedades han sido un motivo más importante para las personas con movilidad reducida (tabla 7.3).

Tabla 7.3. Motivo de la solicitud, según dificultad AVD 'subir y bajar escaleras'

	Alguna dificultad			Total
	Puede solo	dificultad	No puede	
Porque vive solo	69,6	59,4	47,3	59,3
Enfermedad propia	10,5	27,3	39,6	25,8
Enfermedad de familiar	8,6	5,2	5,5	6,1
Le parecía bien tenerlo	2,9	4,4	2,2	3,6
Se empeñó la familia	4,8	2,4	2,2	2,9
Se empeñó trabajador/a social	3,8	1,2	3,3	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

χ^{2***}

- En lo referente a la antigüedad en el servicio, en las altas realizadas el año previo a la pasación del cuestionario pierde importancia la situación objetiva de soledad y aumenta la proporción de personas que lo solicitan por problemas de salud y por la insistencia de los familiares.

Sintetizando esta información, se constata que la situación de soledad es el principal factor que lleva a demandar la teleasistencia. También que la presión de la familia y de los profesionales de servicios sociales es mayor en los hombres que en las mujeres, siendo en éstas más importantes que en aquellos la situación de soledad y la existencia de problemas relacionados con la salud. Por otro lado, las enfermedades tienen más relevancia en el grupo más joven (de 65 a 74 años), los que poseen un mayor nivel formativo, conviven con el cónyuge u otros familiares, y entre los que tienen un alto nivel de dependencia, en relación al resto de grupos estudiados.

En términos generales, la situación personal, familiar y social condiciona los diversos factores que influyen a la hora de tomar la decisión de solicitar el programa. En cualquier caso, los problemas relacionados con la soledad objetiva y la existencia de enfermedades son los dos aspectos más señalados.

Los comentarios textuales de las entrevistas en profundidad muestran éstos como los dos motivos más importantes que llevan a demandar teleasistencia. También aparece de forma latente el sentimiento de soledad, sobre todo cuando la pérdida de un familiar supone importantes cambios en la vida y tiene consecuencias en la frecuencia e intensidad de las relaciones sociales y en el estado anímico. Quedarse solo motiva a los propios mayores o a personas de su entorno -familiares, vecinos o conocidos- a efectuar la petición.

“Solicité el servicio hace por lo menos cuatro o cinco años, cuando se murió mi mujer...lo solicité porque ya estaba solo...mis vecinas me apuntaron en servicios sociales, que están en la asistencia también ellas.” (EP1)

“...me encontraba sola...y en un momento dado pues eso es lo que me hacía falta, y se lo expliqué yo a la asistenta social, y dice ‘pues entonces a usted lo que le haría falta es la teleasistencia’. Y digo pues bueno, si quieren me la ponen esa ayuda, y me la pusieron.” (EP5)

“Pues también como estaba sola, y ya con la edad que tengo....me enteré y entonces fui allá al ayuntamiento a pedirlo...” (EP2)

También son significativas las situaciones de enfermedad propia o de un familiar, o los mayores que viven solos y muestran de forma explícita el temor a que surja una emergencia y necesiten ayuda. En estas situaciones no haberlo utilizado se valora de forma positiva.

“...un hombre, que estaba de presidente del club de pensionistas y él lo había solicitado y se lo habían puesto, y entonces se lo dije yo, ¿por qué no me lo solicita usted que sabe más de esto?, y a ver si me lo ponen. Porque hay veces que estamos allí los dos solos y se pone la señora mala, que

siempre estaba mala porque padecía del corazón y estaba siempre mal... lo solicitamos y enseguida vinieron y lo pusieron.” (EP4)

“Estamos hechos unos viejos que no entendemos nada. Para llamar y que nos puedan atender.” (EP3)

“Yo no lo conocía antes de que mi esposo falleciera y a raíz de la muerte de él, pues mi hija mayor empezó a decirme que existía este servicio, que podía solicitarlo y que podía estar siempre atendida, aunque estaban todos alrededor mía. No quería porque me parecía que no lo necesitaba..., pero bueno, al fin y al cabo lo solicité, pasó un año y ya me lo pusieron y hasta la fecha de hoy he llamado siempre para saludarlos o ellos me han llamado para saludarme. Pero que, como urgencia, gracias a Dios, hasta hoy no lo he tenido que usar.” (EP6)

La iniciativa parte en numerosas ocasiones de los familiares más próximos. Estos hacen también referencia a este tipo de problemáticas como determinantes para solicitarlo.

“Mi madre lo solicitó porque se quedó sola. Ella vivía aquí con mi padre, vivían los dos aquí... Y luego, al morir mi padre, pues se quedaba ella sola aquí en el pueblo... Entonces le hablaron del servicio éste...Le habló el asistente social, de que había esa posibilidad, y lo vió una cosa práctica que le podía venir bien, y lo solicitó. Ella directamente allí al asistente social del Ayuntamiento. Y el motivo fundamental, el estar sola en la casa, que vive sola, y además los hijos estamos fuera.” (EP7)

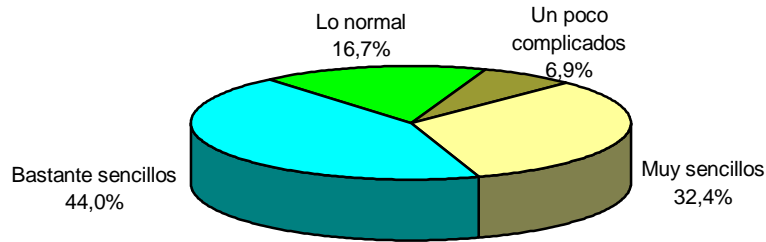
VII.1.2. Los trámites de solicitud del servicio: Realización y valoración de la dificultad

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación han contribuido en la última década a eliminar trámites innecesarios y a agilizar las gestiones de las prestaciones. Sin embargo, en lo que se refiere a la Administración, “la burocracia y el papeleo son una fuente importante de costes y al mismo tiempo uno de los elementos de insatisfacción” (Salvador, 2000a:231-2).

Por las razones que se han expuesto, interesaba conocer la opinión de los usuarios del programa sobre los trámites necesarios para poder solicitarlo. La documentación a aportar no es muy numerosa, pero sí requiere hacer una serie de gestiones mínimas: rellenar la solicitud, informe médico, declaración de la renta, etc.

La tramitación necesaria para realizar la solicitud determina, tanto en su grado de dificultad como en la agilidad de respuesta, parte de la calidad de un servicio. La mayor parte de los encuestados perciben que es sencilla (para el 32% lo es mucho y para el 44% bastante), tan solo el 17% la califican como normal, y el 7% entienden que resultan un poco complicados (gráfico 7.4).

Gráfico 7.4. Grado de dificultad de los trámites



Sin embargo, un análisis más detallado permite considerar importantes matices, pues tan solo uno de cada seis usuarios ha realizado personalmente todos los trámites. En la mayoría de los casos han sido los profesionales de servicios sociales, o bien los familiares, los que se han encargado de hacerlos. Al comparar ambas variables se constata que, si bien en todos los casos la valoración es muy buena, son los usuarios que se encargaron de aportar toda la documentación ellos mismos, los que tienen una percepción menos positiva: un 23% señala ‘lo normal’ y el 10% que resulta ‘un poco complicado’ (gráficos 7.5 y 7.6).

Gráfico 7.5. Realización de los trámites

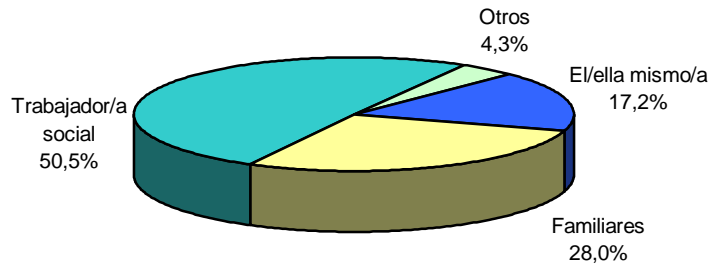
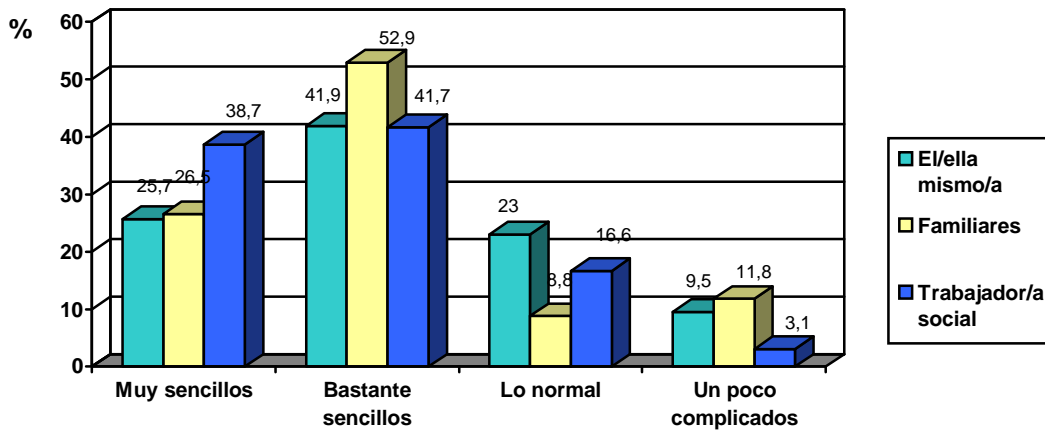


Gráfico 7.6. Grado de dificultad de trámites, según quién los realiza



La transformación de la variable ‘dificultad de trámites’ en un índice⁶⁰ ha permitido la realización de un análisis de varianza, que ha confirmado las diferencias señaladas por el gráfico 7.6 a un nivel de significación de 0,05 (tabla 7.4). Como era de esperar, el apoyo en la gestión de los documentos a aportar contribuye a percibir más sencilla la solicitud del servicio.

Precisamente, a nivel técnico se intenta evitar un excesivo paternalismo y que sean los solicitantes los que realicen los trámites, siempre que estén capacitados para ello. Lo que muestra de nuevo una situación paradójica en la relación entre directrices técnicas y percepción de los encuestados sobre los trámites burocráticos. No obstante, el factor humano es sumamente relevante y es lo que piden los usuarios, lo que exige la búsqueda del equilibrio entre apoyo profesional y autonomía en la gestión por parte del solicitante. En cualquier caso, la disminución y simplificación de procedimientos deben ser elementos de mejora continua del programa.

Tabla 7.4. Índice de dificultad de trámites, según quién los realiza.
Análisis de varianza

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	7,548	3	2,516	3,332	,020
Intra-grupos	236,338	313	,755		
Total	243,886	316			

Al establecer la comparación en función del nivel de estudios, se constata que en todas las categorías los profesionales de servicios sociales comunitarios son los encargados de preparar la documentación, si bien los encuestados con estudios reglados los realizan en mayor medida ellos mismos. Esto explica que es precisamente a ellos a quienes les ha resultado más complicado efectuarlos. Ser más autónomos en la realización de las gestiones con la Administración les supone un menor apoyo de los profesionales, lo que les genera a su vez, en relación al resto de personas, una percepción de mayor complejidad. En este sentido, el mayor nivel de instrucción del grupo de 65 a 74 años hace que las respuestas respecto al grado de dificultad sean más extremas, pues son los que perciben más dificultad y, a su vez, manifiestan en mayor proporción la sencillez del papeleo (tablas 7.5 y 7.6).

⁶⁰ La escala de valores del índice es de 0 a 3, según grado de dificultad.

Tabla 7.5. Realización de los trámites, según grupos de edad y nivel de estudios

Grupos de edad	El/ella mismo/a	Familiares	Trab. social	Otros	Total
65 a 74 años	23,5	20,6	51,5	4,4	100,0
75 a 84	13,6	29,4	53,2	3,8	100,0
85 y más años	15,9	39,1	39,1	5,8	100,0
χ^{2***}					
Nivel de estudios					
Sin estudios	12,5	30,3	51,9	5,3	100,0
Lee y escribe	20,9	26,5	49,3	3,3	100,0
Con estudios	27,3	22,7	45,5	4,5	100,0
χ^{2*}					

Tabla 7.6. Dificultad de los trámites, según grupos de edad y nivel de estudios

Grupos de edad	Muy sencillos	Bastante sencillos	Lo normal	Un poco complicados	Total
65 a 74 años	43,0	35,1	15,8	6,1	100,0
75 a 84	25,8	46,5	18,9	8,8	100,0
85 y más años	27,9	58,1	11,6	2,3	100,0
χ^{2***}					
Nivel de estudios					
Sin estudios	36,9	36,9	17,4	8,7	100,0
Lee y escribe	28,2	49,7	18,1	4,0	100,0
Con estudios	26,3	57,9	0,0	15,4	100,0
χ^{2***}					

Por tanto, hay una actitud algo más crítica por parte de las personas con estudios cursados, no solo porque se encargan en mayor proporción de efectuar los trámites para la solicitud, sino que además, hay que considerar que su nivel de exigencia ante la Administración puede ser más elevado.

Se observan también algunas diferencias en función del municipio. En todos los tramos de población los trámites los hace de forma mayoritaria el trabajador social, si bien a medida que el núcleo es más pequeño su presencia es mayor, mientras que en los municipios más grandes gana importancia el propio usuario en la gestión de la documentación necesaria.

Los profesionales de servicios sociales se encargan en mayor proporción de la gestión de las personas que están incluidas en el programa de ayuda a domicilio, al disponer de gran parte de los documentos en los expedientes.

Por último, destacar que un nivel de dependencia alto determina que los trámites sean realizados en mayor medida por otras personas. En estas situaciones es la familia la que más se ocupa de las gestiones que conlleva la solicitud.

En cualquier caso, la complejidad de dicho proceso no es un tema al que se dé especial relevancia en las entrevistas en profundidad. Tan solo lo exponen de forma explícita los familiares.

“Es sencillo, porque que yo recuerde ella no nos tuvo a nosotros que pedir ayuda. Como está la asistencia social que viene un día en semana al ayuntamiento, yo sé que fue con ella, me imagino que sí tuvo que rellenar algún impreso o algo. Pues, la asistente les ayuda, les orienta sobre lo que tuviera que presentar en ese momento. ¡No tuvo ella problema! No recuerdo que fuese una cosa complicada.” (EP7)

“Ahora ya en el ayuntamiento, pues más rápido, porque se va allí y te arreglan de momento, te facilitan el arreglar los papeles... antes era más difícil.” (EP8)

Valoran el apoyo de los profesionales de servicios sociales de atención primaria a la hora de gestionar la solicitud, así como una evolución positiva hacia una mayor rapidez y simplicidad en los trámites burocráticos.

VII.1.3. Funcionamiento del equipo tecnológico y del servicio

Las expectativas generadas por la explicación inicial sobre el programa constituyen un factor esencial en su valoración y utilización. Se ha preguntado a los encuestados por las siguientes cuestiones relacionadas con el comienzo del servicio:

- Explicación recibida sobre el funcionamiento del equipo tecnológico.
- Comprensión de la descripción inicial.
- Información al usuario sobre el uso continuado de la unidad de control remoto (medallón).

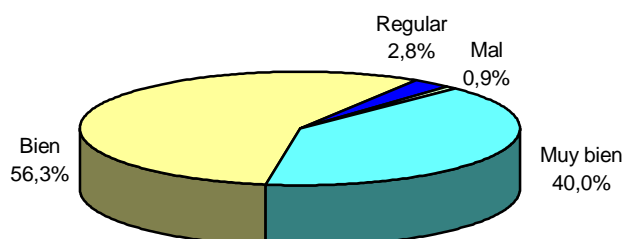
A continuación nos vamos a referir a todos estos aspectos.

VII.1.3.1. Valoración de la explicación recibida

En la instalación del equipo, el técnico de la empresa está obligado a explicar su funcionamiento al usuario. Las opiniones sobre las explicaciones son positivas, pues el

40% manifiestan ‘muy bien’ y el 56,3% consideran que ‘bien’, mientras que para un 2,8% fue ‘regular’, catalogándola el 1% restante como ‘mala’.

Gráfico 7.7. Valoración de la explicación del funcionamiento del equipo



No existe en este caso asociación con las variables independientes que se han utilizado en este trabajo, excepto con la antigüedad en teleasistencia. A pesar de que las valoraciones son también muy positivas, el 10% de los encuestados con menos de un año en el programa plantean que la explicación no fue óptima, catalogándola como ‘regular’. En este sentido, puede estar influyendo la menor familiaridad con el funcionamiento del equipo tecnológico en los primeros meses como usuario del mismo.

VII.1.3.2. Comprensión del funcionamiento

El sistema de comunicación con los teleoperadores del centro de atención, al no ser simultáneo, puede conllevar alguna complejidad inicial hasta que los usuarios estén familiarizados con él.

Para que el servicio se desarrolle dentro de las directrices técnicas y protocolos establecidos es muy importante que el uso y utilización del equipo sea el correcto. En el primer momento, tras la explicación inicial, el 72% consideran que lo asimilaron todo desde el principio, mientras que un 15% entendió algunas cosas, y un 13% reconocen que no lo comprendieron en ese momento (tabla 7.7). No obstante, la mayoría afirma que la exposición de los técnicos fue la adecuada y se lo explicaron bien.

Tabla 7.7. Comprensión del funcionamiento (%)

Al principio no lo comprendió	13,1
Sólo entendió algunas cosas	15,4
Lo entendió todo desde el principio	71,5
Total	100,0

Una actitud favorable a las nuevas tecnologías puede venir determinada por una mayor familiaridad y el contacto previo con ellas. Por ello se ha indagado si para la instalación del equipo de teleasistencia fue necesario también poner la línea telefónica, comprobando que la mayoría (84%) tenían teléfono con anterioridad.

Según se desprende de los datos analizados la explicación inicial es buena, si bien para un 28% no parece que sea suficiente, sobre todo en aquellos que no disponían de teléfono. De esta forma, el porcentaje de usuarios sin teléfono previo que no lo comprendieron al principio duplica a aquellos que sí lo tenían (21,4% frente al 11,3%). Éstos son los que peor valoración hacen de la explicación inicial.

También hay asociación con las variables siguientes: sexo, edad, situación de convivencia, antigüedad en el servicio y motivo de solicitud. Aunque en todos los grupos examinados una mayoría entendieron el funcionamiento del equipo desde el inicio, hay algunas diferencias que conviene contemplar en la definición de las estrategias de mejora en la prestación:

- Los hombres manifiestan haberlo comprendido menos que las mujeres (el 16% insisten en que no lo comprendieron al principio, y un 22% sólo algunas cosas).
- Por grupos de edad, los mayores de 75 años lo entendieron menos (17%).
- En la misma proporción anterior, 17%, no lo comprendieron lo suficiente las personas que viven acompañadas. En este caso, tener apoyo puede derivar en un menor interés por el uso del servicio, al interpretar los usuarios que en caso de emergencia puede llamar otra persona. En general, son beneficiarios también con problemas de movilidad física.
- Aquellos cuyo tiempo en el servicio es inferior a un año, afirman que han comprendido menos el funcionamiento que el resto (en concreto, el 7% de ellos no lo entendió en esa primera explicación y un 28% sólo entendieron algunas cuestiones). A medida que aumenta la antigüedad como usuario la percepción de que se entendió todo desde el principio es más alta, quizás porque ya lo tienen interiorizado y no dan importancia a las dudas que podrían tener en los primeros meses.
- Aunque en términos absolutos son pocos casos, es interesante comprobar como las personas que disponen del equipo debido al empeño de sus familiares, afirman en

mayor medida que el resto de grupos haber entendido menos el funcionamiento al comienzo. Son situaciones que pueden generar menor interés por parte de los propios usuarios.

Aunque el funcionamiento se vaya asimilando por las personas con el paso del tiempo, conviene desarrollar estrategias para que estos grupos que manifiestan mayor dificultad se familiaricen con el uso de la tecnología que se incorpora en su hogar y la forma en que se produce la comunicación con el centro de atención, haciéndolo más inteligible aún, y evitando así que puedan quedarse con algunas dudas.

VII.1.3.3. Información inicial sobre uso de la unidad de control remoto

La coproducción del servicio por parte de los usuarios de servicios sociales adquiere su máximo exponente en el programa de teleasistencia domiciliaria. La inadecuada utilización del medallón o unidad de control remoto puede condicionar de forma negativa la respuesta ante una situación de emergencia por caída o por problemas de salud. De ahí la importancia de transmitir una información correcta por parte de los profesionales, tanto de la empresa prestataria como de los servicios sociales de atención primaria.

En general, las personas que tienen teleasistencia saben que la unidad de control remoto deben llevarla de forma permanente. Casi la totalidad reconoce que cuando se instaló el equipo los técnicos insistieron en que lo llevaran siempre consigo. Tan solo el 1% percibió la indicación de llevarlo únicamente en caso de encontrarse mal, y el 3% restante manifiestan que no le dijeron nada (tabla 7.8). Esta última es una categoría no leída al encuestado, por lo que representa respuestas espontáneas.

Tabla 7.8. Información inicial acerca de cuando llevar el medallón (%)

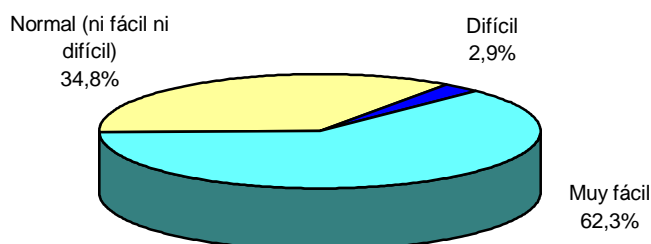
Siempre	95,9
Sólo cuando se encontrase mal	0,9
No le dijeron nada	3,2
Total	100,0

VII.1.3.4. Manejo del equipo

A pesar de las situaciones expuestas sobre la dificultad inicial que implica la adaptación a una nueva tecnología en casa, la familiaridad con ésta llega pronto

mediante su utilización y por el apoyo e información continuos dados desde el centro de atención. No es de extrañar, como ilustra el gráfico 7.8, que únicamente el 3% cataloguen como difícil su funcionamiento, frente al 62% que lo perciben muy fácil y el 35% que lo ven como ‘normal (ni fácil ni difícil)’.

Gráfico 7.8. Valoración del manejo del equipo tecnológico



A los usuarios que han identificado la dificultad del uso se les preguntó el por qué. Algunas de las razones expuestas de forma explícita están relacionadas con aspectos como la escasa utilización, la falta de información, las reticencias a las nuevas tecnologías o el escaso tiempo transcurrido desde la instalación. Estos son algunos de sus comentarios:

- ‘Me cuesta trabajo utilizar los aparatos nuevos’.
- ‘Hace poco que me lo pusieron’.
- ‘Porque se me ha olvidado’.
- ‘No sé donde apagarlo’.

En cualquier caso, a pesar de que su uso es sencillo, un 13% reconocen que el funcionamiento del equipo les pone a veces nerviosos, lo que significaría falta de habilidad en el manejo.

VII.1.3.5. Respuesta a los problemas de funcionamiento del equipo

Los problemas con el funcionamiento pueden darse por distintos motivos, bien por descarga de batería, debido a averías tanto en el teléfono como en la unidad de control remoto, o por otras circunstancias.

En ocasiones los cortes de energía eléctrica provocan ruidos intensos en el terminal telefónico que pueden resultar molestos para el usuario. En este caso una adecuada información es esencial para evitar sobresaltos y problemas innecesarios, debido a que

hay algunas personas que siguen desconociendo la causa, como han manifestado en las respuestas a determinadas preguntas abiertas formuladas en el cuestionario.

De cada diez, seis nunca han tenido problemas y cuatro manifiestan que sí. De estos últimos, nueve de cada diez consideran que los problemas se han resuelto con rapidez, mientras que para el resto la respuesta no ha sido rápida -un 3,6% del total de usuarios- (tabla 7.9).

Lo han resuelto con rapidez	34,4
No lo han resuelto con rapidez	3,6
No ha tenido problemas	62,0
Total	100,0

Aunque es una opinión minoritaria la percepción de que no se han resuelto con rapidez los problemas surgidos con el equipo, varía en función de las variables nivel de estudios y antigüedad en el servicio, según se expone a continuación:

- En todos los niveles formativos la mayoría señala que se ha dado respuesta con rapidez a los problemas del equipo tecnológico instalado en su vivienda. Sin embargo, aquellos que poseen algún tipo de estudios son más críticos: uno de cada cinco a quienes han tenido que resolver un problema entiende que no se lo hicieron con rapidez, frente a uno de cada quince en el caso de los que no tienen ningún tipo de estudios ni saben leer ni escribir.
- El tiempo en el servicio, como era de esperar, determina la probabilidad de tener un problema en el terminal. A más años como usuario mayor posibilidad de que éste se produzca. Aunque en todos los casos la valoración es mayoritariamente positiva, se comprueba como los encuestados con una antigüedad en teleasistencia inferior a un año se quejan en términos relativos más que el resto de grupos de la falta de rapidez de la respuesta, en concreto tres de cada diez.

Ambas diferencias parecen deberse más a la percepción e interpretación personal de la respuesta recibida y al nivel de exigencia con el programa motivado por factores extrínsecos, que a la propia actuación de los técnicos del mismo, muy similar en todos los casos. Se constata con estos resultados un cambio de tendencia de usuario 'pasivo' a usuario 'cliente'.

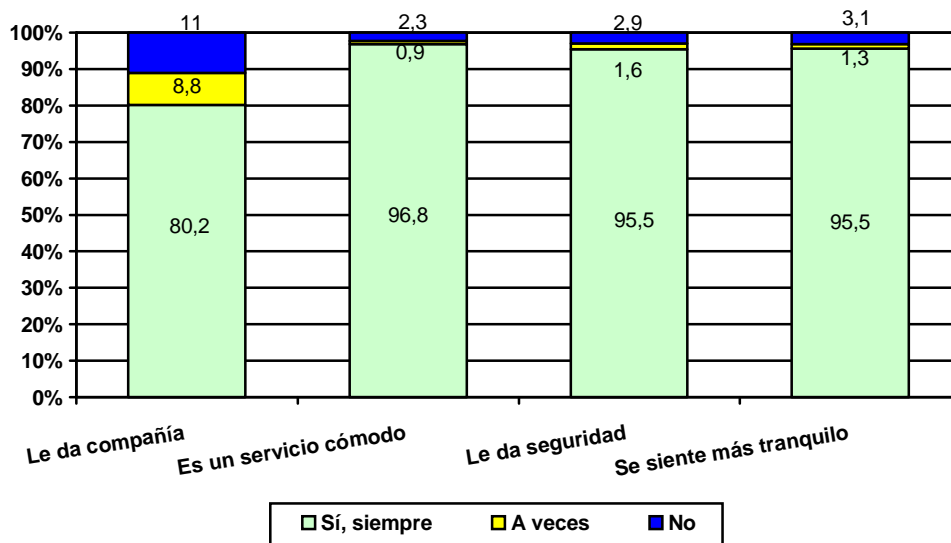
VII.1.4. Aportaciones del servicio: Seguridad y compañía

La teleasistencia domiciliaria ha sido conceptualizada a nivel técnico como un servicio de seguridad y compañía. Interesaba conocer si estas características son percibidas de esta forma por los propios encuestados y, en caso de no ser así, qué variables pueden ayudar a explicar una opinión diferente a la prevista.

Para ello, se ha introducido una pregunta batería en el cuestionario mediante la que se preguntó por cuatro aspectos que definen conceptualmente el programa de teleasistencia:

- Compañía.
- Comodidad.
- Seguridad.
- Tranquilidad.

Gráfico 7.9. Aportaciones del servicio



Una amplia mayoría de entrevistados indican que este servicio es cómodo (96,8%), que les da seguridad (95,5%), por ello se sienten más tranquilos (95,5%), y finalmente les da compañía. En consecuencia, se puede concluir expresando que este servicio es muy positivo para los usuarios (gráfico 7.9).

Con el objeto de comprobar la estructura subyacente entre las cuatro variables se ha efectuado un análisis factorial exploratorio, de componentes principales. Para ello se

han transformado los valores de todas ellas en una escala adecuada para el mismo. Todas las variables, excepto ‘el servicio le da compañía’ tienen correlaciones muy altas entre sí. Aunque en un principio un solo factor bastaría para explicar un porcentaje alto de la varianza (el 65%), al final se han extraído dos factores para alcanzar así el 84% de la varianza explicada. Por tanto, las comunales y la matriz de componentes confirman la existencia de dos grandes dimensiones: Compañía por un lado, y seguridad, por otro, que incluiría la tranquilidad y comodidad que representa el servicio (tabla 7.10).

Tabla 7.10. Aportaciones del servicio. Análisis factorial

Comunalidades										
		Inicial	Extracción							
Le da compañía		1,000	,971							
Es un servicio cómodo		1,000	,684							
Le da seguridad		1,000	,874							
Se siente más tranquilo		1,000	,834							

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,604	65,105	65,105	2,604	65,105	65,105	2,237	55,932	55,932
2	,760	18,998	84,102	,760	18,998	84,102	1,127	28,170	84,102
3	,510	12,749	96,851						
4	,126	3,149	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados		
	Componente	
	1	2
Le da compañía	,187	,968
Es un servicio cómodo	,827	,022
Le da seguridad	,883	,306
Se siente más tranquilo	,859	,310

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Respecto al primer factor analizado, **compañía**, interesa comprobar la relación existente con las variables independientes que se vienen analizando en este trabajo. En base a los análisis de varianza y de comparación de medias efectuados, perciben la función de compañía de forma más acentuada los beneficiarios con las siguientes características:

- Usuarios que viven solos.
- Mujeres.

- Grupo de edad más joven, comprendido entre 65 y 74 años.
- Han solicitado el servicio fundamentalmente por motivos de soledad o enfermedad.
- Han llamado en algún momento al centro de atención por una emergencia.
- De mayor antigüedad en el servicio, sobre todo a partir de tres años.
- Han recibido la visita en los últimos meses de la profesional que desempeña el puesto de coordinadora de zona.
- Residentes en municipios pequeños, de hasta 2.000 habitantes.

En cualquier caso, a pesar de las diferencias expuestas, la capacidad de predicción de estas variables independientes sobre la valoración de la función de compañía es muy baja, debido a la homogeneidad de las respuestas efectuadas en la misma. El análisis de regresión múltiple realizado, para el que se han transformado todas las variables que lo exigían en índices o en variables ficticias dicotómicas con valores 0-1, consigue explicar sólo un 6% de la varianza.

En el caso del segundo factor, **seguridad**, las diferencias en función de diversas variables son mínimas, al ser las respuestas prácticamente unánimes. Aún así, se señala en mayor medida por los siguientes grupos, en comparación con el resto:

- De mayor antigüedad, especialmente a partir de tres años como usuario.
- Han solicitado teleasistencia por motivos de soledad o enfermedad.
- Aquellos que no disponen del servicio de ayuda a domicilio.

El análisis de contenido de las entrevistas en profundidad muestra la importancia otorgada a ambos factores. En el primer caso, la necesidad de **compañía**, aparece tanto de forma manifiesta como latente en una serie de comentarios textuales. En este sentido, la interacción con el centro de atención es interpretada por algunos usuarios más como una relación de amistad que profesional.

“¡Ay! me da una alegría cuando las llamo. Que me alegro mucho de sentirlos hablar, y de que me llamen a mí.” (EP2)

“No me ha pasado nada. Si yo he estado bien. A mí lo que me ha pasado ha sido eso, que me quedé solo... no me lo quito ni nada. Y estoy aquí, con él. Y cuando me acuesto, solo, no tengo hijos ni nada. Pues ¡a estar solo! Y ya con esto, me pasa algo, toco un poco, y ya está llamando y me contestan enseguida.” (EP1)

“Le da uno al botón y habla con el que esté de servicio, puedes hablar todo lo que quieras y ya le digo, mucha amabilidad y agradables y puedes desahogarte si tienes penas, si estás alegre, si tienes actividades, si no las tienes. Fíjate, puedes tener una conversación amena con ellos y te quedas satisfecha, al menos yo, en mi caso... El servicio es una ayuda grande y mientras que pueda uno,

en casa. Que se echa mucho de menos a la persona y es duro. Y esto es una ayuda que favorece mucho.” (EP6)

Las potenciales situaciones de emergencia por enfermedad, caída u otras circunstancias preocupan a los mayores, pero también a los familiares. El servicio les aporta la **seguridad** para afrontar estas situaciones por sí mismos y les ayuda a permanecer en su domicilio, aspecto deseado por una amplia mayoría según los propios estudios del CIS examinados en la parte teórica de esta tesis.

“Me apunté para irme al asilo, pero no ha querido mi hija... Ahí estoy, que no sabemos lo que vamos a hacer, porque yo tampoco quiero irme de mi casa y el servicio me ayuda.” (EP3)

“...pues estoy contento, pues por eso, porque me encuentro solo, si por casualidad me pongo malo de noche o cualquier cosa pues llamo por lo menos... mandan médicos, ambulancias o lo que haga falta.” (EP4)

Se valora incluso en situaciones en las que por error se pulsa la unidad de control remoto, activando el proceso para dar respuesta a una ‘falsa’ emergencia.

“Una vez llamé sin darme cuenta. Tenía el botón, y no me di cuenta y le dí, yo estaba en la cocina. Cuando viene de pronto una hija de una sobrina ‘¡tita abre!’... Cuando vio que yo le abrí... dijo ‘¡que mal rato!, que han llamado a la casa diciendo que te ha pasado algo, porque no respondes’”. (EP5)

Los familiares valoran de manera especial la seguridad para el usuario, por encima de la compañía, aspecto este último al que apenas se refieren en las entrevistas. Como muestra, la siguiente afirmación.

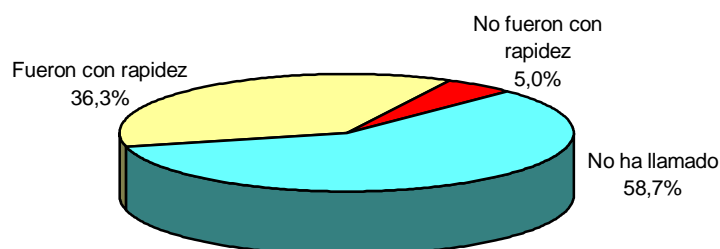
“Lo he tenido que usar para mi marido que él está enfermo, he tenido que llamar al médico para que venga a la casa. Y él se encuentra muy a gusto con él... llama a emergencia a Granada y habla, y se encuentra bien con eso.” (EP8)

VII.1.5. Llamadas de emergencia: realización y valoración de la rapidez de respuesta

Centrando el análisis en la utilización que habitualmente se hace del servicio, dos de cada cinco han llamado como mínimo una vez al centro de atención por algún tipo de emergencia: caída, enfermedad, dolor repentino, etc. Una amplia mayoría, el 88% de los casos, considera que los recursos movilizados fueron a casa con rapidez, mientras que en el 12% restante no obtuvieron respuesta con la celeridad deseada (sobre el total de encuestados, estos resultados corresponden al 36,3 y 5% respectivamente). El gráfico

7.10 resume la información de las dos variables: Realización de llamada de emergencia y, en caso afirmativo, si la respuesta fue la adecuada desde una percepción subjetiva.

Gráfico 7.10. Rapidez de respuesta ante llamada de emergencia



En aquellos casos en que los usuarios indican que no hubo respuesta adecuada, se les pidió que explicaran el motivo. Las afirmaciones son diversas, pero en sólo uno de cada seis casos reconocen que realmente no era necesario que fueran a su casa. Estos resultados ponen de manifiesto que uno de cada diez encuestados que entienden que han requerido el desplazamiento de recursos en el domicilio no valoran de forma positiva la rapidez de la intervención.

En ocasiones, la falta de disponibilidad de personal sanitario o de otros recursos en ese momento clave, puede explicar que la agilidad de respuesta no sea la esperada en algunos de estos casos, sobre todo en municipios con menores medios que exigen la movilidad desde otros núcleos de población. También hay ocasiones en las que, desde el centro de atención, no se considera necesaria la movilización de recursos que vayan a casa del usuario, a pesar de que éste no lo perciba de la misma forma e interprete que no han querido atenderle. También puede haber errores en la prestación del servicio. En cualquier caso, es un claro ejemplo de falta de coincidencia entre calidad objetiva y calidad subjetiva en un servicio concreto.

La incorporación de unidades móviles en el servicio en los últimos años ha permitido acortar los tiempos de atención en caso de emergencia, siendo de manera frecuente el primer recurso que llega al domicilio. Sin embargo, habrá que comprobar en sucesivas evaluaciones del programa si se ha traducido también en un cambio en la percepción subjetiva de los beneficiarios, que ante todo exigen inminencia en la respuesta ante situaciones personales que interpretan como muy graves.

No hay diferencias estadísticamente significativas en la **realización de llamadas de emergencia** en función del sexo, edad o nivel de estudios. Sí las hay en relación a la situación de convivencia, la dificultad de movilidad física, el motivo de solicitud, ser usuario del SAD, número de llamadas emitidas y número de llamadas recibidas.

En términos relativos, han hecho más llamadas de emergencia los que viven acompañados, aquellos que tienen mayor nivel de dependencia y los usuarios de ayuda a domicilio, como muestra la siguiente tabla de contingencia (tabla 7.11). Los problemas de dependencia y de padecimiento de enfermedades son determinantes para efectuar este tipo de demandas a teleasistencia. Por ello, estudiando los motivos de solicitud, las personas que en mayor proporción las han efectuado han sido los que solicitaron el programa motivados por problemas de salud propios, o de familiares que viven con ellos, y aquellos en los que fue por recomendación de los profesionales de servicios sociales comunitarios.

Tabla 7.11. Realización de llamadas de emergencia, según situación de convivencia y dificultad de movilidad

Situación de convivencia	Sí	No	Total
Vive solo	38,6	61,4	100,0
No vive solo	49,1	50,9	100,0
	χ^{2**}		
Dificultad AVD 'subir y bajar escaleras'			
Puede solo	37,1	62,9	100,0
Alguna dificultad	39,8	60,2	100,0
No puede	50,0	50,0	100,0
	χ^{2*}		
Usuario de ayuda a domicilio			
Sí	47,8	52,5	100,0
No	39,8	60,2	100,0
	χ^{2*}		

En general, los beneficiarios que han efectuado llamadas por emergencia tienen un mayor contacto, en algunos casos muy frecuente, con el centro de atención, siendo la media de llamadas tanto realizadas por ellos como emitidas por el centro bastante superior a los demás (coeficiente de correlación de 0.27** y 0.16** respectivamente). Por otro lado, también se observan diferencias con la antigüedad en el servicio, existiendo una correlación positiva (0.142**). Como era de esperar, a mayor tiempo en

teleasistencia la probabilidad de llamar por algún tipo de emergencia es más elevada (tabla 7.12)⁶¹.

Tabla 7.12. Correlaciones⁶² entre realización de llamadas de emergencia y las variables: llamadas emitidas, llamadas recibidas y antigüedad en el servicio

		Llamadas por emergencias	Llamadas del centro último año	Llamadas del usuario último año	Tiempo con el servicio
Llamadas por emergencias	Correlación de Pearson	1	,161**	,286**	,142**
	Sig. (bilateral)		,004	,000	,004
	N	445	323	425	406
Llamadas del centro último año	Correlación de Pearson	,161**	1	,280**	-,047
	Sig. (bilateral)	,004		,000	,421
	N	323	324	313	296
Llamadas del usuario último año	Correlación de Pearson	,286**	,280**	1	-,046
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,363
	N	425	313	426	388
Tiempo con el servicio	Correlación de Pearson	,142**	-,047	-,046	1
	Sig. (bilateral)	,004	,421	,363	
	N	406	296	388	406

Respecto a la valoración de la rapidez de **respuesta dada a la llamada de emergencia** existen diferencias notables en función de la situación de convivencia y nivel de estudios. A pesar de que una amplia mayoría la valoran de manera satisfactoria en todos los grupos comparados, las quejas se producen más entre aquellos usuarios que no viven solos, y los que poseen estudios (tabla 7.13). El nivel de exigencia con la respuesta dada aumenta a medida que el nivel de instrucción de las personas es mayor, aspecto sustancial para comprender la relación entre los factores sociales y la calidad percibida del servicio. De igual modo, los que viven acompañados han solicitado teleasistencia más para cubrir emergencias que por problemas de soledad, por lo que la posibilidad en términos relativos de realizar este tipo de demandas puede resultar más alta.

⁶¹ Para efectuar el análisis de correlaciones se ha transformado la variable 'llamada por emergencia' en una variable dicotómica con valor 0-1 (no-sí). El resto son variables cuantitativas.

⁶² ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Tabla 7.13. Respuesta a llamada de emergencia
(rapidez de la movilización de recursos)**

Situación de convivencia	Sí	No	Total
Vive solo	90,3	9,7	100,0
No vive solo	81,8	18,2	100,0
	χ^2*		
Nivel de estudios			
Sin estudios	96,3	3,7	100,0
Lee y escribe	82,0	18,0	100,0
Con estudios	77,8	22,2	100,0
	χ^{2***}		

También se constata una pequeña relación, -al nivel de significación de 0,05-, entre la valoración de la rapidez y la visita de la coordinadora de zona en el domicilio en los meses anteriores. De los que han llamado por emergencias (dos de cada cinco encuestados) valoran más positivamente la respuesta recibida los que han tenido esa visita, respecto a aquellos casos en los que no se ha producido la misma (el 90% frente al 82%). El incremento de las visitas en el domicilio, que ha caracterizado al servicio en los tres últimos años, puede ayudar a incrementar aún más esa cifra de respuestas positivas. No existe asociación con el resto de variables independientes que se están analizando.

Ejemplos sobre situaciones de emergencia producidas aparecen en determinadas entrevistas en profundidad. En ellas se comprueba la eficacia en la respuesta dada, donde disponibilidad y rapidez se convierten en factores básicos. En muchos casos exige movilizar recursos externos, fundamentalmente sanitarios.

“Una vez llamé porque se encontraba mal mi señora, y entonces vinieron médicos, la estuvieron viendo y dijeron ‘esto hay que ir al hospital’. Pusieron la ambulancia y nos fuimos al hospital. Es la única vez.” (EP4)

“Me han servido de mucho...cuando mi marido, las dos o tres veces que lo necesité, vinieron de noche. Porque un día se puso muy malo, y ya el médico no estaba aquí, y digo ¿qué hacemos?. Pues vamos a llamar y ellos que se encarguen...que se encarguen que yo ahora mismo no atino ni a buscar el médico de guardia ni nada... Y ellos ‘No se preocupe usted que ya estamos nosotros ahí’ ¡Y vinieron antes que el médico!... porque el médico había ido a visitar a otra persona que lo había llamado y lo había necesitado... Y mientras vinieron ellos y le pusieron o le tomaron la tensión, ¡le estaban reanimando un poco!...Y ¡enseguida llegó el médico!” (EP5)

“Pues cuando mi marido se pone malo llamo a teleasistencia antes que al médico. La decisión es más rápida y el servicio urgente, y viene más rápido todavía...” (EP8)

VII.1.6. Percepción de preocupación por el usuario

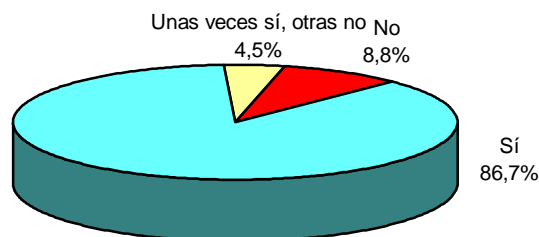
La sensación de seguridad va unida, también, a la percepción que tienen los usuarios sobre el interés de los profesionales del servicio para atenderles cuando sea necesario. La mayor parte de los entrevistados plantean que se preocupan por ellos lo suficiente (86,7%), mientras que el 8,8% indican lo contrario, y tan solo el 4,5% señalan que se preocupan ‘unas veces sí y otras no’ (gráfico 7.11).

A través de una pregunta abierta se ha indagado en las razones de esta percepción positiva: Cuatro de cada diez lo creen así por las llamadas recibidas desde el centro interesándose por su situación. El 28% señalan la buena atención y amabilidad como indicador de preocupación. Le siguen con menor porcentaje aspectos como la competencia y profesionalidad del personal, las reivindicaciones al usuario para que llame con más frecuencia o a cualquier hora del día, así como las visitas de las coordinadoras de zona en el propio domicilio. Algunos de los comentarios textuales realizados se muestran a continuación:

‘Por que me llaman diciéndome que les llame más a ellos’.
‘Me hablan, me preguntan, me hacen mis pruebas, me miden la tensión’.
‘Me llaman, y están siempre para lo bueno y para lo malo’.
‘Son muy amables y te tratan muy bien’.

Frente a las opiniones anteriores, existen otros usuarios que entienden que los profesionales del servicio no se preocupan lo suficiente por ellos. En este caso indican como motivo principal que desean más llamadas desde el centro de control. Otras causas, de menor importancia, serían la falta de respuesta al problema planteado, una experiencia negativa de la atención recibida, o la petición de más visitas en el domicilio por parte de las coordinadoras de zona.

En contra de lo que podría considerarse, no hay relación entre esta valoración de los usuarios y el número objetivo de llamadas que en los últimos doce meses, anteriores al trabajo de campo, han recibido desde el centro. Los encuestados que reivindican tener más atención reciben un número medio de llamadas similar a los que no opinan así. Tampoco hay diferencias con otras variables extrínsecas como nivel de estudios, o intrínsecas como aportación económica al servicio.

Gráfico 7.11. Se preocupan lo suficiente por usted

Existe asociación de la valoración con variables como sexo, edad, antigüedad en el servicio, tamaño del municipio, motivo de solicitud o llamadas efectuadas por el propio usuario. En general, en todas las categorías una amplia mayoría piensan que se preocupan lo suficiente por ellos. El perfil de los que entienden que no es así, y por tanto hacen una valoración menos positiva, es el que sigue (se indica el porcentaje de cada perfil o categoría referida que afirman que no se preocupan suficientemente desde el servicio por ellos, y que superan el 8,8% del conjunto de integrantes de la muestra):

- Hombres (13%).
- Grupo intermedio de edad, de 75 a 84 años (12,3%).
- Viven con otras personas en el hogar (12,4%).
- Residentes en municipios superiores a 10.000 habitantes (13,3%).
- Llevan menos de un año con el servicio (21,4%).
- Lo solicitaron sin un motivo concreto, tan solo porque les parecía bien tenerlo (25%). También destacan en este caso los que solicitaron teleasistencia por enfermedad de un familiar (11,1%).
- Grupo de beneficiarios que menos llamadas ha efectuado al centro de atención en el último año, en concreto un máximo de tres (11%).
- Los que han efectuado una llamada por emergencia y afirman que la respuesta recibida no fue lo suficientemente rápida (18,2%).
- Personas que manifiestan que el servicio no ha respondido a lo que esperaban (el 45% de ellos).

Todos los resultados expuestos son en términos relativos o porcentuales, representando en términos absolutos un número de casos bastante bajo en relación al total. En base a estas consideraciones descritas, la percepción de baja preocupación

hacia el usuario parece deberse más a un sentimiento subjetivo de soledad o de expectativas elevadas, más que a otros factores como la soledad objetiva o las características técnicas de la prestación del servicio. Uno de los objetivos para la mejora del programa será incidir en las variables extrínsecas al mismo que pueden estar condicionando estas opiniones.

A este respecto, las valoraciones en las entrevistas en profundidad son muy positivas. Reconocen que desde el servicio hay una preocupación por ellos, no solo por el seguimiento y las llamadas que reciben interesándose por su estado, sino por la disponibilidad que muestran los profesionales del centro de atención al insistirles que deben efectuar todas las llamadas que deseen y en cualquier momento. Perciben que alguien está ‘pendiente’ de ellos, y se sienten apoyados ante cualquier circunstancia para la que necesiten ayuda.

“La última vez me han dicho, ‘pues si estamos aquí para eso, para que nos llame usted’...y ellas me dicen, ‘mira que tienes que tener cuidado de llevarlo, que nosotros tenemos el teléfono de tu hija. Y si a usted le pasa algo en su casa y no está ella pronto la llamamos nosotros’...” (EP2)

“...después he llamado yo pero solamente por saludarlos y porque me dijeron que llamara de vez en cuando para ver si funcionaba bien o no funcionaba bien. Y de vez en cuando llamo... Pero ellas de vez en cuando llaman... y veces que han llamado y no he estado aquí, y han llamado después dos ó tres veces más, ‘¿dónde anda usted?’, pues mira he estado con los amigos un rato por ahí... ‘pues nosotros decíamos este hombre que no está en la casa ¿qué le pasará?’...” (EP4)

“Son muy cariñosas. Me dicen ‘usted debe de llamar, usted debe de hablar con nosotros’... que cuando quiera charlar un rato, que las llame...” (EP3)

“Pero ellas me dicen, ‘que llame usted todos los meses, que veamos cómo está, si está bien, si funciona bien el botón o no’... y unas veces me acuerdo y otras veces pasan dos ó tres meses y no llamo.” (EP5)

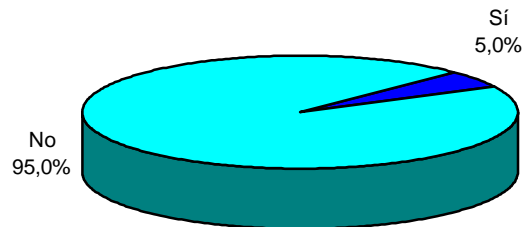
“...siempre ellos llaman, y nosotros llamamos, y estamos en contacto. Están muy pendientes de nosotros todos los meses. Tenemos contacto con ellos.” (EP8)

VII.1.7. Comunicación con el centro de atención

La existencia de dificultades para contactar con el centro de atención es escasa. Así, el 95% afirma que no han tenido ninguna dificultad (gráfico 7.12). Según las estadísticas de llamada, es mínimo el tiempo en el que todas las líneas del centro están ocupadas, si bien las causas también pueden ser otras. En concreto, un 5% de los usuarios indican haber tenido algún problema que, ordenándolos de mayor a menor importancia serían los siguientes: no recepción de llamada en el centro, averías en el

equipo, problemas auditivos o de habla, o falta de comprensión del funcionamiento en los primeros días de utilización.

Gráfico 7.12. Dificultad para contactar con el centro



En este caso, no hay asociación con el resto de variables independientes que se analizan en la investigación, excepto con la situación de convivencia y el copago. En el caso de aquellos que no viven solos el porcentaje de los que manifiestan haber tenido alguna dificultad alcanza el 11%. También es más elevado entre los que realizan alguna aportación (un 10%). Las altas expectativas explican en este caso esa situación.

VII.2. EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO

En sus inicios la búsqueda de la calidad se fundamentaba en el control de un producto o servicio. En la actualidad se impone el énfasis en el logro y evaluación de la satisfacción del cliente, intentando responder a sus necesidades o expectativas.

Conseguir un nivel óptimo estará en función de las características y especificidades del servicio y de la percepción de cómo se presta según lo esperado, todo ello contextualizado dentro de una determinada realidad social y cultural.

En este sentido, un 20% de insatisfacción indicaría una alarma importante sobre su funcionamiento (Horovitz, 1992). En los servicios dirigidos a personas mayores algunas investigaciones sitúan esta cifra en un 10%, por lo que un nivel de satisfacción superior al 90% mostraría una valoración y calidad elevadas.

VII.2.1. Cobertura de expectativas

En el estudio de la calidad percibida es necesario indagar en las discrepancias existentes entre lo esperado y la opinión subjetiva de lo recibido (Zeithaml et al, 1993; Berry y Parasuraman, 1993; López y Gadea, 1995).

Tanto el contexto social y cultural como las características personales de los usuarios intervienen en la generación y construcción de estas percepciones, lo que hace imprescindible contrastar las valoraciones de las personas que reciben el servicio para su evaluación (Fantova, 2006; Cabrera et al, 2010). También afecta la información recibida por cauces formales e informales, y las experiencias previas que se hayan tenido con ese servicio.

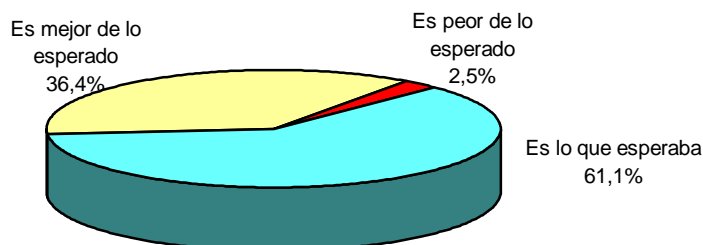
En el análisis es importante comprender la existencia de la denominada “*zona de tolerancia*”, que corresponde al espacio entre lo aceptable y lo deseado por parte del usuario (Berry y Parasuraman, 1993).

Sin embargo, no resulta tarea sencilla en este caso detectar las expectativas iniciales con una escala específica. Éstas no siempre existen o se tienen con claridad, por las características del servicio de teleasistencia y de las personas a las que va dirigido.

Considerando estas dificultades, a las cuales nos hemos referido en el capítulo de metodología, se preguntó a los encuestados si el servicio respondía o no a lo esperado. Las respuestas muestran como sí cubre las expectativas e incluso son superadas en un porcentaje importante. Para un 36,4% es mejor de lo esperado, para un 61% representa

lo que esperaba, mientras que solo para el 2,5% no responde a sus expectativas, valorándolo peor de lo que creía en un inicio (gráfico 7.13).

Gráfico 7.13. El servicio responde a lo que esperaba



Existen diferencias notables, estadísticamente significativas, con las variables situación de convivencia, nivel de formación, tamaño del municipio, usuario SAD, realización de llamadas de emergencia y tiempo en el servicio. Aunque en los grupos comparados la mayoría indican que el servicio responde a lo que esperaban, se superan más las expectativas en los que viven solos. En cuanto al nivel educativo, responde a lo esperado en mayor proporción en aquellos que tienen algún tipo de estudios, mientras que en las personas sin formación se superan algo más que en el resto. Respecto al tamaño del municipio, se cumplen en mayor medida en los inferiores a 10.000 habitantes, frente a los de más población. Para las personas que no tienen ayuda a domicilio responde también más el servicio a lo esperado. Por último en los usuarios que han llamado por una emergencia, a pesar de que teleasistencia cubre ampliamente lo esperado, la cobertura de esas expectativas iniciales es algo menor que en los que no han tenido que llamar (tabla 7.14). No obstante, es imprescindible considerar al comentar porcentajes tan bajos que el error muestral de la investigación se sitúa en el 4,5%.

Tabla 7.14. El servicio responde a lo esperado, según distintas variables independientes⁶³

Situación de convivencia	Lo			Total
	esperado	Mejor	Peor	
Vive solo	60,6	38,2	1,2	100,0
No vive solo	62,7	30,9	6,4	100,0
	χ^{2**}			
Nivel de estudios				
Sin estudios	61,4	37,7	1,0	100,0
Lee y escribe	60,8	35,4	3,8	100,0
Con estudios	66,7	33,3	0,0	100,0
	χ^{2*}			
Tamaño del municipio				
Hasta 2.000 habitantes	63,8	34,1	2,2	100,0
2.001 a 5.000	62,7	36,1	1,2	100,0
5.001 a 10.000	44,8	54,3	1,0	100,0
10.001 a 20.000 habitantes	71,7	23,0	5,3	100,0
	χ^{2***}			
Usuario de ayuda a domicilio				
Sí	57,1	37,4	5,5	100,0
No	61,0	37,1	1,9	100,0
	χ^{2*}			
Realización de llamada por emergencia				
Sí	57,8	37,8	4,4	100,0
No	63,2	35,7	1,2	100,0
	χ^{2**}			

De igual modo, se ha constatado una asociación con la antigüedad en teleasistencia que marca una tendencia de interés. Las expectativas se superan más entre usuarios con mayor antigüedad, sobre todo en los que llevan más de cinco años en el programa, lo que indica también una valoración positiva del mismo.

Del análisis de la información precedente, y exceptuando el 2,5% de encuestados que muestran lo contrario, se desprende que una amplia mayoría perciben el servicio de conformidad a lo que pensaban sobre él, superando incluso lo previsto un 36% de ellos. Este último dato representa lo que López y Gadea (1995) conceptualizan como 'calidad ideal', que simboliza un nivel más alto que la 'calidad satisfecha'. La superación de

⁶³ Variables: situación de convivencia, nivel de estudios, tamaño del municipio, usuario del SAD y realización de llamada por emergencia.

expectativas llevaría a la primera, mientras que el solo hecho de alcanzarlas afectaría a la segunda.

En cualquier caso, habrá que comprobar también la posible relación entre esta variable con el grado de satisfacción con una serie de dimensiones y con el servicio en general.

VII.2.2. Nivel de satisfacción con las dimensiones del servicio

El grado de satisfacción es el aspecto más importante a la hora de valorar la calidad percibida de un servicio. Así lo reflejan distintos modelos de evaluación de la calidad examinados en los capítulos teóricos de esta tesis.

En este sentido, uno de los elementos básicos del modelo de excelencia EFQM, basado en la autoevaluación, está representado por los ‘resultados en los clientes’, referido a la satisfacción de los mismos, siendo la dimensión con más peso con el 20% de la puntuación total. Otro de los elementos importantes es el impacto en la sociedad, mediante el análisis de los beneficios obtenidos en la comunidad y de la percepción que ésta tiene de la actuación de la institución.

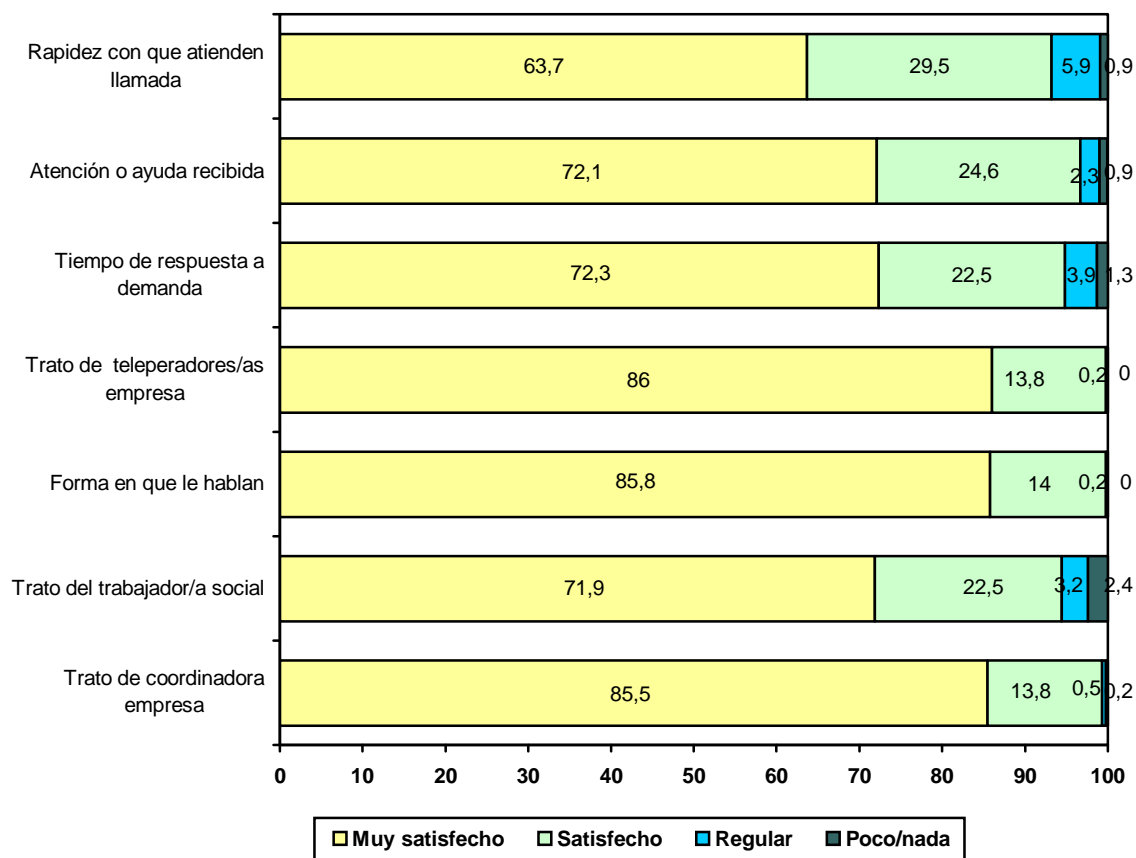
El mismo aspecto caracteriza al modelo EVAM (evaluación, aprendizaje y mejora), desarrollado en España en 2006 y actualizado en 2009 por la AEVAL (Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios) para aplicarlo a las políticas públicas de los distintos niveles de la Administración. Los ‘resultados’, que incluyen la medición periódica de la satisfacción, son uno de los seis ejes que lo integran.

En la investigación mediante encuesta, se preguntó a los usuarios su nivel de satisfacción con una serie de dimensiones del servicio. Éstas se han seleccionado mediante dos criterios o procedimientos: en primer término por la importancia otorgada en la estructura analítico conceptual fundamentada principalmente en las dimensiones del modelo SERVQUAL, y una segunda selección en función de los análisis realizados tras los respectivos pre-test de prueba de las diferentes versiones del cuestionario, hasta la obtención del definitivo. De esta forma, se ha conseguido dar validez de constructo tanto a los ítems como a las categorías de respuesta que forman la escala, mediante su adecuación al nivel de formación e información de la población objeto de estudio. En concreto, se ha preguntado por el nivel de satisfacción con:

- La rapidez con la que atienden la llamada.
- La atención o ayuda que ha recibido.
- El tiempo en dar solución a su problema o demanda.
- El trato recibido de los teleoperadores.
- La forma en la que le hablan o expresan las cosas.
- El trato con el/la trabajador/a social del ayuntamiento.
- El trato de la coordinadora de zona de la empresa.

Los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad realizadas con carácter previo a la elaboración del cuestionario, así como el examen de los diferentes pre-test del mismo, han permitido la elaboración de una escala ordinal con las categorías siguientes: “muy satisfecho”, “satisfecho”, “regular”, y “poco o nada”. Para profundizar en el análisis se han construido índices ponderando las categorías de cada variable, que permite obtener valores de 0 (mínimo de satisfacción) a 1 (máximo de satisfacción) para cada una de ellas.

Como ilustra el gráfico 7.14, en todos los casos el grado de satisfacción es muy elevado. La tabla 7.15 refleja los resultados ordenados de mayor a menor valoración, según la puntuación del índice creado para compararlos. La más alta corresponde al trato recibido de los teleoperadores (99,8% están satisfechos o muy satisfechos); seguida muy de cerca por la forma en que le hablan estos (99,8%) y por el trato de las coordinadoras de zona (99,3%). Le sigue la atención o ayuda recibida (96,7%), el tiempo transcurrido en solucionar el problema planteado (94,8%) y el trato del/la trabajador/a social de los servicios sociales (94,4%). La valoración menos elevada corresponde a la rapidez con la que atienden la llamada (93,2%), sin ignorar que en este caso las respuestas continúan siendo muy favorables.

Gráfico 7.14. Grado de satisfacción con dimensiones del servicio**Tabla 7.15. Índices de valoración de las dimensiones**

Trato de teleoperadores/as empresa	0,951
Forma en que le hablan	0,951
Trato de coordinadora empresa	0,948
Atención o ayuda recibida	0,891
Tiempo de respuesta a la demanda	0,884
Trato del trabajador/a social	0,878
Rapidez con que atienden la llamada	0,851
Total	100,0

Con objeto de poder reducir las dimensiones para realizar un estudio más detallado, se ha efectuado un análisis factorial por componentes principales, para definir la estructura subyacente entre las siete variables sobre satisfacción. Se pretende explicar la mayor variabilidad posible con un número reducido de factores (De Vicente y Manera, 2003; García Jiménez et al, 2000). El objetivo es resumir y reducir las dimensiones, comprobando los ítems que agrupa cada una de ellas (tabla 7.16).

Tabla 7.16. Satisfacción con dimensiones del servicio. Análisis factorial

Comunalidades									
		Inicial		Extracción					
Indice rapidez llamada		1,000		,734					
Indice atención recibida		1,000		,817					
Indice tiempo solución		1,000		,758					
Indice trato teleoperadoras		1,000		,934					
Indice forma que le hablan		1,000		,935					
Indice trato trabajador social		1,000		,995					
Indice trato coord zona		1,000		,822					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,319	61,700	61,700	4,319	61,700	61,700	2,676	38,234	38,234
2	,861	12,298	73,998	,861	12,298	73,998	2,273	32,469	70,703
3	,815	11,637	85,636	,815	11,637	85,636	1,045	14,932	85,636
4	,454	6,482	92,117						
5	,264	3,770	95,888						
6	,230	3,288	99,176						
7	,058	,824	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados			
	Componente		
	1	2	3
Indice rapidez llamada	,199	,816	,170
Indice atención recibida	,418	,797	,083
Indice tiempo solución	,340	,798	,077
Indice trato teleoperadoras	,911	,311	,082
Indice forma que le hablan	,910	,306	,114
Indice trato trabajador social	,158	,153	,973
Indice trato coord zona	,814	,350	,193

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Si bien se podría haber extraído una sola dimensión al existir una correlación muy alta entre todas las variables, que explicaría el 61,7% de la variabilidad o varianza, la decisión ha sido extraer tres factores para poder explicar el 85,6%. En concreto, son los siguientes.

1. Ayuda o respuesta a la demanda: incluye la atención, la rapidez de la llamada y el tiempo de solución a su problema o demanda.
2. Trato recibido: de teleoperadoras, coordinadoras de zona y la forma en que se dirigen a los usuarios.
3. Trato y relación con el trabajador social de los servicios sociales.

El análisis factorial ha permitido centrar el estudio sobre la satisfacción en las tres variables siguientes: 1) tiempo en dar solución al problema o demanda por el que ha llamado; 2) trato de las teleoperadoras del servicio; y 3) trato o relación con el trabajador/a social.

Tiempo en dar solución a la demanda

La mayor parte de los encuestados se muestran muy satisfechos (72,3%), y un 22,5% satisfechos, con la rapidez de la respuesta a las demandas que realizan de forma habitual al centro de atención. Como dato menos positivo, destaca que el 3,9% indican la opción 'regular' y un 1,3% están poco o nada satisfechos (gráfico 7.14).

Interesa, por tanto, conocer qué perfiles de usuarios son los que, dentro del alto nivel de satisfacción, se sitúan por encima del valor del marginal total. En concreto hay algún tipo de asociación con: grupos de edad, situación de convivencia, estudios, tamaño de municipio, visita de coordinadora de zona, nivel de llamadas hechas al centro de atención, realización de llamadas por una emergencia y rapidez de respuesta ante ésta.

En casi todos los casos examinados las respuestas que reconocen el máximo grado de satisfacción supera el 70% de los encuestados. Partiendo de este hecho, se indican a continuación una serie de diferencias estadísticamente significativas de interés para la investigación, señalando los perfiles de usuarios con mayor nivel de satisfacción:

- Grupo de más edad, de 85 y más años.
- Personas sin estudios. Los que poseen estudios reglados tienen una opinión menos favorable respecto a esta dimensión.
- Aquellos que viven solos.
- Residentes en los municipios más pequeños, inferiores a 2.000 habitantes.
- Beneficiarios con menor antigüedad. Se trata de un sector con posiciones más polarizadas, al mostrar las opiniones más favorables y a su vez las más críticas.
- Los que hacen un uso medio del servicio, situándose alrededor de la media de llamadas realizadas al centro de atención el año anterior.
- Aquellos que han tenido una visita reciente de la coordinadora de zona.
- Personas que han efectuado llamadas por alguna emergencia. También este grupo presenta las valoraciones más extremas, con las opiniones a su vez menos favorables que en el resto de categorías.

- Los que han recibido una respuesta muy rápida ante una emergencia.

Esta última información confirma que la opinión menos favorable corresponde a los usuarios que interpretan como inadecuada la respuesta recibida ante una situación de emergencia (cabe recordar que suponen el 5% del total de encuestados). Su nivel de satisfacción apenas supera el 50%, destacando que un 30% indican la opción 'regular' y el nivel de insatisfacción llega al 15%.

Trato de las teleoperadoras del servicio

La atención al ciudadano es un elemento importante en el logro de la calidad, lo que va a depender en gran medida del trato recibido por parte de los profesionales de la organización. En este sentido, deberá cuidarse al máximo el proceso de comunicación entre técnicos y usuarios.

El trato recibido es fundamental para lograr una elevada calidad percibida. En teleasistencia, los/as teleoperadores/as realizan un trabajo complejo para el que se requiere una elevada preparación y una serie de habilidades a la hora de detectar la causa por la que llama el usuario. Su amabilidad es resaltada por todos los encuestados, pues un 97% manifiestan que es así siempre y el 3% restante que casi siempre. Esta amabilidad de los teleoperadores es el aspecto mejor valorado, expuesto también en las entrevistas y grupos de discusión, y permite que el 86% de ellos estén muy satisfechos y el 13,8% satisfechos, como ilustra el gráfico 7.14.

Aunque las valoraciones son homogéneas, se ha hallado asociación con la situación de convivencia y el nivel de estudios, si bien las mayores diferencias están en función de percepción de la rapidez ante una llamada de emergencia. La satisfacción más alta con el trato recibido (indican en mayor proporción la categoría 'mucho') está entre los que no viven solos y, respecto al nivel educativo, en los que se sitúan en situaciones extremas: tanto los que tienen estudios reglados como aquellos caracterizados por una situación de analfabetismo.

Sin embargo, la percepción de rapidez en la respuesta a una emergencia sí muestra diferencias muy notables. Mientras que un 90% de los encuestados que han percibido una respuesta ágil y rápida tienen la máxima satisfacción, en aquellos que han entendido que no se daba la respuesta con la rapidez suficiente ese porcentaje baja al 55%, y además un 4,5% de ellos indican la opción de 'regular'. La satisfacción con el trato

desde el centro de atención es muy alta. No obstante, los usuarios que han experimentado una respuesta que entienden inadecuada ante una emergencia son los que menor satisfacción muestran.

Trato con el profesional de servicios sociales

En determinados servicios sociales en los que la coproducción forma parte de la esencia del programa, adquiere especial relevancia el factor humano y la interacción profesional-usuario. Teleasistencia es un claro exponente.

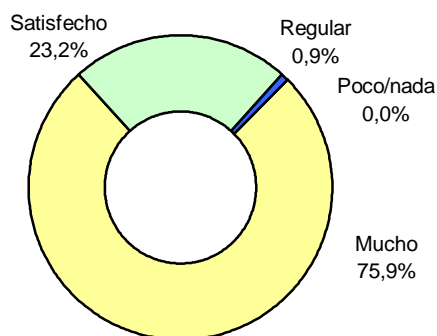
La satisfacción con el trato y relación con el profesional es, en este caso, del 94,4% (el 72% están muy satisfechos y el 22,5% satisfechos). Frente a estos resultados, un 3,2% consideran que ‘regular’ y el 2,4% manifiestan que lo están poco o nada (gráfico 7.14).

En este caso, apenas hay asociación con otras variables, tan solo con la edad y con ser usuario de ayuda a domicilio. La mayor satisfacción corresponde al grupo de mayor edad, superior a 85 años (la totalidad de ellos), y a las personas que también disponen del servicio de ayuda a domicilio (el 99% de satisfacción), que son los que poseen una relación más frecuente con el/la trabajador/a social del municipio. En esta dimensión el nivel de satisfacción sí tiende a incrementarse con la edad.

VII.2.3. Satisfacción general

La satisfacción general con teleasistencia es muy alta. Un 76% están muy satisfechos y el 23% satisfechos, frente a sólo un 1% que indican ‘regular’. Nadie señala la categoría ‘poco o nada’ (gráfico 7.15). El índice de valoración se sitúa en 0,92 (valores entre 0 y 1).

Gráfico 7.15. Satisfacción general con el servicio



En este caso, las diferencias más notables se encuentran en función de antigüedad en el servicio, tamaño del municipio, llamadas efectuadas al centro, cobertura de expectativas y rapidez de respuesta ante una llamada de emergencia (tabla 7.17). No hay relación con factores como el sexo, edad, situación de convivencia o nivel formativo, existiendo respuestas homogéneas en todas las categorías comparadas.

Tabla 7.17. Grado de satisfacción general con el servicio, según distintas variables independientes⁶⁴

Antigüedad en el servicio	Muy satisfecho	Satisfecho	Regular	Total
Menos de 1 año	67,9	28,6	3,6	100,0
1 a 3 años (12-36 meses)	70,1	29,3	0,6	100,0
3 a 5 años (37-60 meses)	75,5	23,4	1,1	100,0
Más de 5 años	82,0	18,0	0,0	100,0
	χ^{2**}			
Tamaño del municipio				
Hasta 2.000 habitantes	79,9	19,4	0,7	100,0
2.001 a 5.000	66,7	31,0	2,4	100,0
5.001 a 10.000	73,1	26,9	0,0	100,0
10.001 a 20.000 habitantes	80,5	18,6	0,9	100,0
	χ^{2**}			
Llamadas del usuario al centro				
1 a 3 llamadas	72,1	27,9	0,0	100,0
4 a 6	79,7	19,5	0,8	100,0
7 a 10	78,0	22,0	0,0	100,0
Más de 10 llamadas	71,8	25,9	2,4	100,0
	χ^{2*}			
Expectativas				
Es lo esperado	67,9	31,3	0,7	100,0
Es mejor de lo esperado	90,0	9,4	0,6	100,0
Es peor de lo esperado	63,6	27,3	9,1	100,0
	χ^{2***}			
Rapidez en la respuesta en llamada por emergencia				
Sí	80,5	18,9	0,6	100,0
No	45,5	50,0	4,5	100,0
	χ^{2***}			

⁶⁴ Variables: Antigüedad en el servicio, tamaño del municipio, llamadas del usuario al centro, expectativas y rapidez en la respuesta ante una llamada de emergencia.

El nivel de satisfacción es más alto en los casos siguientes:

- Usuarios con mayor antigüedad en teleasistencia, sobre todo los que llevan más de cinco años.
- Los que residen tanto en los municipios más pequeños, como en aquellos de mayor tamaño, superiores a 10.000 habitantes.
- Los que realizan un nivel medio de llamadas al centro de atención.
- Aquellos para los que el servicio representa o les aporta más de lo que esperaban antes de tenerlo.
- Beneficiarios que han percibido rapidez en la respuesta ante una llamada de emergencia.

La información analizada demuestra como el descontento existente con el servicio, y que supone un porcentaje muy bajo -1%-, se explica principalmente por una percepción de respuesta negativa ante una situación de emergencia que exige movilización de terceros recursos, en la mayor parte de los casos sanitarios.

Los análisis de comparación de medias, varianza y correlaciones realizados con estas variables -en unos casos utilizando las cuantitativas, sin agrupar; en otros a través de la elaboración de índices-, confirman todas las relaciones establecidas en el estudio del grado de satisfacción general.

En todas las categorías las opiniones son muy favorables, si bien en la medida en que se cubren expectativas el valor del índice general de satisfacción se incrementa aún más (coeficiente de correlación de 0.25**). También queda demostrado mediante el análisis de varianza efectuado (tabla 7.18).

**Tabla 7.18. Índice de satisfacción general, según expectativas.
Análisis de varianza**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,642	2	,321	14,256	,000
Intra-grupos	9,823	436	,023		
Total	10,465	438			

Por otro lado, en relación a una de las hipótesis del modelo, tiene una especial relevancia la elevada correlación entre el nivel de satisfacción general y el existente con los tres factores analizados anteriormente: 1) tiempo de respuesta a la demanda (coeficiente de correlación de 0.63**); 2) trato de las teleoperadoras del servicio

(0.64**); y 3) trato y relación con el profesional de servicios sociales (0.27**). La amabilidad y el trato son aspectos que contribuyen a una valoración muy positiva del programa. En este sentido, los resultados confirman que la satisfacción viene determinada en parte por la relación o interacción entre usuarios y profesionales del servicio (Fernández y Martínez, 2003).

Además de las variables anteriores, en base a las hipótesis de partida en la investigación, interesa conocer la relación existente con determinados indicadores empíricos sobre coproducción del servicio, por un lado, y efectos en el bienestar de los encuestados, por otro. Para ello se han considerado dos preguntas básicas:

- 1) Frecuencia de uso de la unidad de control remoto, que los usuarios deben llevar consigo de forma permanente.
- 2) Cambio en su vida cotidiana si dejaran de tener teleasistencia, que permite comprobar de forma indirecta los efectos positivos del programa en la calidad de vida subjetiva.

Con respecto al primero de ellos, hay una importante ausencia de diferencias. Es decir, el hecho de seguir más las recomendaciones técnicas del servicio -frecuencia con la que llevan de forma adecuada la unidad de control remoto o medallón- no implica tener un nivel más o menos alto de satisfacción.

Por el contrario, en el segundo sí hay diferencias notables, como se expone en la tabla 7.19. Dentro del elevado grado de satisfacción existente, lo están aún más aquellos que reconocen que el servicio tiene efectos positivos en su vida cotidiana, como era de esperar. El análisis estadístico de comparación de medias también muestra la relación entre ambas variables en el nivel de significación 0,05.

Tabla 7.19. Grado de satisfacción general, según cambio en la vida si no tuviera el servicio

	Cambiaría a peor	Seguiría igual	Total
Muy satisfecho	77,5	64,4	75,8
Satisfecho	21,7	33,9	23,3
Regular	0,8	1,7	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
	χ^2_*		

VII.2.3.1. *Motivos de satisfacción*

Mediante una pregunta abierta se han estudiado las razones que permiten explicar el elevado nivel de satisfacción con el servicio. Una vez realizada la categorización y codificación pertinentes, se procedió a su análisis. Por orden de mayor a menor frecuencia, son las siguientes: Seguridad, compañía, atención recibida, tranquilidad, rapidez y eficacia, utilidad, y comodidad (tabla 7.20).

**Tabla 7.20. Motivos para estar satisfecho (%)
(Categorización de pregunta abierta)**

Seguridad	39,2
Compañía	20,2
Atención recibida	14,3
Tranquilidad	14,1
Rapidez y eficacia	3,8
Utilidad	3,5
Comodidad	3,3
Otros	1,6
Total	100

Algunas de las frases textuales emitidas por los encuestados, son las siguientes:

- ‘Si me pongo mala, llamo y vienen’.
- ‘Porque a cualquier hora que llame es un servicio muy bueno’.
- ‘Porque por cualquier problema te mandan a alguien’.
- ‘Por la satisfacción de que me pueden ayudar y no tengo a nadie más, el equipo es mi familia’.
- ‘Me siento muy reconfortada de acostarme por la noche y saber que no estoy sola’.
- ‘Por la noche cierro la puerta y nos quedamos solos, pero estoy muy tranquila’.
- ‘Es cómodo y muy práctico’.
- ‘Te atienden muy bien, en todo lo que les pides’.

Por otro lado, los motivos por los que se señala cierta insatisfacción, expresada por el 1% de los usuarios, son la complejidad del funcionamiento, la escasez de información, percibirlo como un servicio caro y una valoración insuficiente de la atención recibida. Como muestra, los comentarios siguientes:

- ‘No me llaman, y me parece caro’.
- ‘Tendría que ser gratuito’.

Atendiendo a las explicaciones que verbalizan para justificar la elevada satisfacción, se comprueba como los aspectos relacionados con los efectos que provoca en el bienestar de los usuarios y familiares son los más subrayados, quedando en un segundo término las dimensiones específicas de los modelos clásicos de calidad.

En este sentido, la valoración subjetiva de los cambios que un programa en el ámbito de la intervención social provoca en la situación o bienestar personal y social de la población a la que va dirigido, debe considerarse en los modelos teóricos y metodológicos de evaluación de calidad percibida como una de las dimensiones básicas.

VII.2.3.2. Aspectos positivos y negativos

A efectos de una investigación evaluativa centrada en la calidad percibida, interesaba profundizar en los aspectos positivos y negativos del servicio. Para ello se introdujeron dos preguntas abiertas en el cuestionario. La información examinada evidencia que la valoración de los usuarios es de nuevo bastante positiva (tabla 7.21).

Tabla 7.21. Aspecto más positivo (%)
(Categorización de pregunta abierta)

Seguridad ante emergencias	46,8
Amabilidad, trato, profesionalidad del personal	14,7
Compañía, respuesta a problemas de soledad	10,7
Rapidez	7,1
Tranquilidad	6,8
Todo es positivo	6,4
Comodidad, manejo del equipo	3,2
Permanencia, disponibilidad 24 horas	2,5
Visitas en casa	1,1
Otros	0,7
Total	100

Entre los **aspectos positivos**, hay uno en el que coinciden prácticamente la mitad de los entrevistados: la seguridad que les transmite el servicio ante una emergencia o situación imprevista. Algunos de los comentarios efectuados se exponen a continuación:

- ‘Que puedo estar en mi casa. Si no lo tuviera tendría que haberme ido a casa de un hijo’.
- ‘Si me ocurre cualquier cosa llamo enseguida y tengo quien me socorra’.
- ‘Que están ahí por si tengo que utilizarlo por alguna urgencia’.
- ‘Te puede ayudar en dos sentidos: compañía y emergencia’.

La amabilidad y profesionalidad del personal se señala en segundo lugar, lo que indica una muy buena valoración:

- ‘Lo mejor del servicio es la amabilidad de la gente que está ahí’.
- ‘La simpatía y buen trato que recibo de las operadoras’.
- ‘Lo formales y cumplidores que son’.

En tercer lugar, la compañía la resaltan como el aspecto más positivo uno de cada diez usuarios. Le siguen, por este orden, la rapidez, la tranquilidad, ‘todo’, y la comodidad. Como muestra, las siguientes frases textuales:

- ‘Si hay que llamar te atienden rápido’.
- ‘La tranquilidad que nos dan a los enfermos’.
- ‘Para la gente mayor no lo han podido inventar mejor, es cómodo y da tranquilidad’.
- ‘Que todo es bueno y que es un milagro’.
- ‘Todo, el medallón te puede salvar’.

Menos importantes desde un punto de vista cuantitativo son otros aspectos como la disponibilidad, las visitas recibidas en el domicilio por las coordinadoras de zona, o la posibilidad de avisar a la familia ante una urgencia o imprevisto.

- ‘Que dura 24 horas, que es permanente’.
- ‘Que me visitan a casa de vez en cuando’.
- ‘Que tienen llaves los más allegados’.

El estudio de los **aspectos negativos** aporta ideas interesantes para la mejora del programa, pues en muchos casos son sugerencias en lugar de críticas. Lo más destacable es que un 85% creen que todo está bien, que no existe ningún elemento que pueda calificarse de forma negativa. En consecuencia, el análisis se centra en el 15% de encuestados que sí señalan algún aspecto.

Siguiendo un orden de mayor a menor frecuencia, se indican en primer lugar los comentarios sobre aspectos técnicos o tecnológicos, seguidos de las quejas con el servicio prestado, el copago, y una consideración no óptima de la intensidad de llamadas emitidas desde el centro de atención y de las visitas recibidas de las coordinadoras de zona.

**Tabla 7.22. Aspecto más negativo (%)
(Categorización de pregunta abierta)**

Ninguno	85,1
Aspectos tecnológicos o técnicos	6,2
Inadecuada atención y quejas con el servicio o programa	3,2
Aportación económica	2,5
Pocas llamadas y visitas en el domicilio	1,6
Otros	1,4
Total	100

Como muestra de los comentarios relacionados con la tecnología, destacan que no sirva para la calle, el tiempo excesivo para realizar la llamada, la existencia de lugares de la vivienda donde no se escucha -sobre todo en algunas casas muy grandes-, los inconvenientes relativos a la forma de comunicación, o no poder ver a las teleoperadoras además de hablar con ellas. En las quejas relativas de forma específica a teleasistencia, con importancia muy baja (3,2%), se encuentran la sensación de haber recibido un trato peor a lo esperado o no haber obtenido la información deseada. La categoría ‘otros’, formada por aspectos señalados por un único encuestado, recoge cuestiones tan diversas como no disponer de equipo médico especializado propio, la dificultad de acceso a la unidad móvil e incluso críticas con la estética (tamaño y forma) del medallón.

En cualquier caso, los avances tecnológicos han permitido en los últimos años introducir cambios en el servicio. Estos han producido mejoras importantes en teleasistencia móvil, detectores, videoasistencia y cobertura de la señal dentro de determinadas viviendas en las que anteriormente no era óptima en algunas de sus dependencias o espacios.

VII.2.3.3. La satisfacción con el servicio en el análisis de contenido de las entrevistas en profundidad

Las entrevistas muestran un elevado nivel de satisfacción con el programa, y de manera especial con el trato recibido. Hacen un reconocimiento hacia los profesionales de teleasistencia que, tanto desde el centro de atención como en las visitas de seguimiento en los propios domicilios, les atienden. De esta forma, señalan su amabilidad y proximidad. Utilizan términos como “alegría”, “amistad” o “cariño” para aludir a ambos aspectos.

“Sí, es muy buena, muy cariñosa, y muy agradable la muchacha (*coordinadora de zona*)... Son muy agradables, apañadas que son las muchachas (*teleoperadoras centro de atención*), y con mucho cariño que te hablan, a mí me gusta llamarlas porque me gusta sentir las hablar, y me da alegría y todo... Si no fuera por el teléfono aquí no podríamos estar, porque eso es una cosa muy buena.”(EP3)

“Bien, bien... Yo digo las cosas y me da una alegría, y digo, ya se me ha olvidado cómo se llaman ustedes para yo llamarlos también con ese agrado que me llaman. Y yo se lo digo, lo saben ellas que se lo digo yo.” (EP2)

“... que son personas extrañas (*referido a los usuarios*), que no se han conocido nunca ni nada, pues que tienen una amabilidad grande, que te atienden el rato que necesites y que está muy bien.” (EP6)

“Son personas mayores que están solas, y en fin, es muy importante el trato que les den. Que les hablen con cariño, que les hablen bien, que estén dispuestos, que sean serviciales. Todo eso yo creo que es muy importante en este servicio... mucha parte del servicio está en el trato... Y a ellos que además que se ven personas cariñosas, que se prestan a hacerlo bien.” (EP7)

La relación profesional-usuario es intensa en algunos casos, y se realizan incluso visitas al centro de atención.

“El trato muy bien, yo no puedo tener quejas de ellas. Ellas, cuando me ven, también se alegran mucho. Llego allí (*al centro de atención*), en cuanto me ven, me besan, me abrazan... Pero yo que estoy muy agradecido con ellas, y ellas conmigo también... Vino (*visita de coordinadora a casa del usuario*), estuvo aquí, y estuvimos hablando y me estuvo apuntando todas las medicinas y todas las cosas... Yo tengo allí una amistad muy grande...El trato es conmigo, ¡bueno!, conmigo y con todos será igual... Pero que yo tengo mucha amistad con ellas...No puedo tener queja, al revés, agradecerles hasta no poder más.” (EP1)

También se resalta la “bondad” del servicio, sobre todo en la seguridad que transmite a los mayores que viven solos.

“...yo lo encuentro bueno, porque esto es una cosa que para las personas mayores, ya como yo, si se encuentran solos, esto es una ayuda grande. Ahora, las personas que tienen familia y eso pues a lo mejor no le hace tanta ayuda.” (EP4)

Los familiares también destacan aspectos positivos, e indican que teleasistencia responde a las expectativas

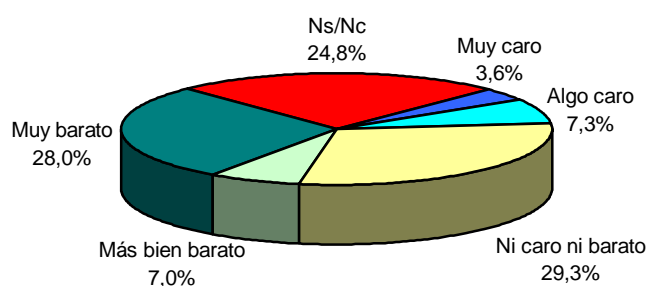
“...no le ha hecho falta así, una urgencia, pero que yo creo que sí está contenta. Mi madre cuando se va a ir de la casa varios días avisa, para decir que no va a estar. Porque si la llaman y no está, pues puede dar lugar a alguna confusión... En fin, que está en contacto con ellos, y sí, el servicio está respondiendo a lo que ella esperaba... Ella algunas veces les llama. A lo mejor, en nochebuena por ejemplo, pues ella también se acuerda de ellos y dice ‘voy a llamar a esta gente que habrá alguien de guardia, a felicitarles’...” (EP7)

Por tanto, reconocen e insisten en la labor y trato del personal del servicio. Muestra de ello son las llamadas de felicitación o las visitas que reciben en el centro de atención.

VII.2.4. Valoración del coste económico

Al preguntar por el coste del programa, se constata que a la mayoría de encuestados no les parece elevado. Solo uno de cada diez lo cataloga como ‘algo caro’ o ‘muy caro’. Bien es cierto que muchos de ellos sólo tienen el coste de las llamadas telefónicas, al no haber copago en el 86% de los casos, en el momento de la realización del trabajo de campo (gráfico 7.16).

Gráfico 7.16. Valoración del coste económico



En esta ocasión hay asociación con la antigüedad del servicio y, como era de esperar, con la aportación por él. En el resto de relaciones estudiadas no existen diferencias importantes.

En lo referente al tiempo como usuario, a pesar que en todos los tramos una mayoría poseen una opinión positiva, son los que se han incorporado de manera más reciente, sobre todo aquellos con menos de un año de antigüedad, quienes exponen en mayor medida que es ‘algo’ o ‘muy caro’ (el 20,6% de ellos).

Y con respecto a las personas que sí tienen copago, entienden que el coste es elevado en mayor proporción (15%) que el resto (9%). Aún así, en ambas situaciones una mayoría lo percibe como barato, o en todo caso ‘ni caro ni barato’. Y ello porque, en primer lugar, el nivel o porcentaje de aportación económica suele ser muy bajo; y en segundo término, debido a que el coste económico de las llamadas también lo es al tener un precio reducido, equiparado a una llamada local.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN (III): COPRODUCCIÓN DEL SERVICIO Y PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS EN EL BIENESTAR PERSONAL Y SOCIAL

En evaluación de la calidad hay tres aspectos básicos que diferencian a los servicios de los productos: primero, suelen ser intangibles; segundo, más heterogéneos -en especial aquellos en los que el usuario tiene una alta participación-; y tercero, producción y consumo suelen ir unidos en numerosos casos, al observar la propia producción del servicio recibido (Zeithaml et al, 1993; Beltrán, 2000; Palacios, 2003).

De esta forma, las propias especificidades de los servicios sociales requieren ir más allá del examen de factores como la cortesía, trato o amabilidad que, sin dejar de ser fundamentales, deben complementarse con otros indicadores para evitar el efecto que pueda llegar a tener la denominada “trampa de la calidad” (Alvira, 1991,1997).

Por ello se debe incorporar la percepción de los usuarios sobre los beneficios que les aporta el servicio (Pérez-Llantada et al, 1999), con mayor motivo si cabe en los programas de intervención social que pretenden una mejora del bienestar y condiciones de vida de la población a la que se dirigen. Además, tendrá que comprobar cómo se desarrolla la coproducción por parte de las personas beneficiarias, muy importante en algunos casos.

En consecuencia, desde el estudio de la calidad percibida de teleasistencia se realiza, por supuesto, una valoración subjetiva del grado de satisfacción con sus distintas dimensiones, expuestas en el capítulo anterior, pero también de otros factores no menos importantes como el uso y utilización que realizan los usuarios o la contribución a su bienestar, relacionados ambos con la efectividad del programa.

Por ello, este último capítulo de resultados se divide en dos grandes apartados. El primero presta atención a la utilización y los factores de coproducción del servicio, mediante el desarrollo de los temas siguientes: uso que realiza el encuestado ante determinadas problemáticas, la adecuación de la utilización de la unidad de control remoto a los requerimientos establecidos, y la valoración de la necesidad de llevarla incorporada de forma continuada. El segundo trata la información producida en la investigación sobre los efectos del programa en el bienestar de los usuarios y en su entorno social o familiar, desde una percepción subjetiva, y está formado por tres epígrafes: 1) el efecto del servicio en la vida cotidiana de la persona mayor; 2) las consecuencias en el estado anímico; 3) su impacto y utilidad.

Los resultados, tal y como han sido comentados en los dos capítulos anteriores, combinan simultáneamente los análisis univariable y bivariable de la información

cuantitativa, con la exposición de las respuestas textuales en las preguntas abiertas, y el examen de las entrevistas en profundidad a usuarios y familiares.

VIII.1. COPRODUCCIÓN DEL USUARIO Y USO DEL SERVICIO

VIII.1.1. Problemáticas y uso del servicio

Con el propósito de investigar las necesidades de las personas que tienen teleasistencia, se ha analizado el desarrollo de situaciones que, producidas en los tres meses anteriores a la entrevista, podían originar una llamada al centro de atención, así como el comportamiento o elección del usuario en ese momento. En concreto, se preguntó si en ese tiempo se encontraron enfermos, solos, mal anímicamente o habían sufrido una caída en el hogar.

Es importante subrayar que la mitad de las caídas que tienen las personas mayores de 65 años se producen en el interior de la vivienda, y el 46% de ellas en el baño (Dengra, 2008). Y en relación al hecho de sentirse solos, diversas investigaciones han comprobado la relación existente entre soledad objetiva y subjetiva en la población mayor. De esta forma, vivir solo incrementa los índices de soledad subjetiva (Rubio y Aleixandre, 2001).

Como es evidente, no todas esas situaciones necesariamente requieren una llamada al centro de atención. Pero resulta indicativo comprobar el grado de utilización del servicio ante las mismas y los motivos que llevan a tomar la decisión de llamar. Los resultados son los siguientes (véase tabla 8.1):

- Se han encontrado enfermos un 33,5%. De ellos llamaron un 23%.
- Dos de cada cinco se han sentido solos, de los que hablaron con el centro de atención el 9%.
- Algo más de la mitad han estado bajos de ánimo. Utilizó el servicio en ese momento un 8%.
- Un 15% ha sufrido algún tipo de caída en casa. Recurrieron al centro de atención la cuarta parte de ellos.

Tabla 8.1. Respuesta a los problemas del equipo (%)

	Sí	No
Se ha encontrado enfermo en alguna ocasión	33,5	66,5
Se ha sentido solo/a	42,0	58,0
Ha estado bajo de ánimo	54,0	46,0
Se ha caído en casa	15,5	84,5

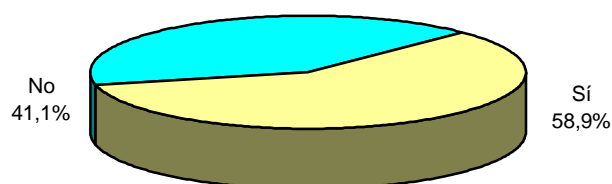
A partir de estos resultados, se comprueba que hay acontecimientos o situaciones en los que la persona decide no hacer uso del servicio. Por ello se interrogó mediante una pregunta abierta sobre los motivos de no utilización. Se constata que para una mayoría de ellos la causa o suceso no se percibe lo suficientemente importante para realizar la llamada. También en otras ocasiones se recurre a la ayuda de familiares o vecinos. Es importante además el número de los que llamaron directamente al centro médico por percibirlo como más rápido (en uno de cada diez casos en los que no se pulsó).

Sin embargo, el dato más relevante es que en el 18% de los casos en que no se llamó al servicio ante situaciones que podían haberlo requerido fue por ‘no molestar’, por timidez, o porque ‘les daba reparo llamar’.

Este hallazgo pone de manifiesto que determinados usuarios no utilizan en ocasiones teleasistencia de la forma considerada como ‘óptima’ desde una perspectiva o nivel técnico. Y no se produce por falta de información, pues el 90% reconoce que le insisten los profesionales para que llame con mucha más frecuencia, sino por factores como la propia percepción sobre el contenido del servicio, o la tendencia en algunos mayores a minimizar el riesgo.

En esta misma línea, no es de extrañar que ante la pregunta formulada en el cuestionario “¿ha pensado alguna vez que era mejor no llamarles para evitarles molestias?”, tres de cada cinco usuarios reconozcan que en alguna ocasión sí lo han pensado (gráfico 8.1).

Gráfico 8.1. Ha pensado que era mejor no llamar para evitar molestias



La tabla 8.2 expone los porcentajes correspondientes a las diferencias observadas en función de sexo, situación de convivencia, antigüedad en el servicio y realización de aportación económica. No hay diferencias significativas con el resto de variables estudiadas.

Se constata que las mujeres, los que viven solos, los que tienen más de un año de antigüedad y aquellos que no hacen aportación económica son los sectores que en mayor proporción se caracterizan por esa actitud. Las diferencias por sexo se mantienen al analizar por separado los que viven en soledad y los que comparten el hogar con otras personas. En cuanto al tiempo en teleasistencia, puede entenderse que a más antigüedad las posibilidades de que se den situaciones de este tipo, en principio, aumentan.

En consecuencia, interesa destacar que la actitud tendente a la mayor utilización del servicio, adecuado desde una perspectiva técnica, caracteriza más a los varones que a las mujeres. También a los que viven acompañados, en los que influye la presión del entorno familiar. Y para los que realizan algún tipo de copago, al tener posiblemente una actitud más exigente.

A pesar de las consideraciones anteriores, en todos los grupos examinados siempre hay una proporción, como mínimo de un 40%, que han mostrado reparo en contactar con el centro de atención en algún momento, aún teniendo asumida la continua insistencia por parte de los profesionales para que llamen más y lo utilicen en el momento que lo necesiten o deseen.

Tabla 8.2. Ha pensado que era mejor no llamar, según sexo, situación de convivencia, antigüedad y copago

Sexo	Sí	No	Total
Hombre	45,2	54,8	100,0
Mujer	62,0	38,0	100,0
	χ^{2***}		
Situación de convivencia			
Vive solo	61,3	38,7	100,0
No vive solo	50,4	49,6	100,0
	χ^{2**}		
Antigüedad en el servicio			
Menos de 1 año	41,4	58,6	100,0
1 a 3 años (12-36 meses)	61,1	38,9	100,0
3 a 5 años (37-60 meses)	55,3	44,7	100,0
Más de 5 años	57,7	42,3	100,0
	χ^{2*}		
Aportación económica por el servicio			
Sí	41,7	58,3	100,0
No	61,6	38,4	100,0
	χ^{2***}		

Las razones de este comportamiento, recabadas mediante una pregunta abierta, son diversas. Su categorización se muestra en la tabla 8.3. Para un 36% su problema o situación es poco importante para llamar, advirtiendo muchos de ellos que hay otras personas que lo pueden necesitar más. El 31% piensa que los teleoperadores estarán muy ocupados realizando otras tareas. Un 25% sigue insistiendo que no quiere molestar, mientras que un 7% señalan aspectos relacionados con el temor a no saber expresarse en la comunicación que se establece e incluso a que desde el centro de atención piensen mal de ellos. A continuación se exponen algunas de las respuestas emitidas:

‘Simplemente por dar conversación no iba a llamar, no me parece correcto’.

‘Vaya que digan que soy una pesada’.

‘Por si están haciendo cosas y tienen que venir’.

‘Tienen que estar agotados porque somos muchos viejos (usuarios)’.

Tabla 8.3. Motivos por los que piensa que puede molestar (%)

Problemática poco importante, otras personas lo necesitan más	35,6
Están ocupados con otras tareas	31,2
Para no molestarles	24,9
Por timidez o temor	7,5
Otros motivos	0,8
Total	100,0

En cualquier caso, siempre desde el centro de atención se insiste continuamente a los usuarios en la disponibilidad para resolver sus problemas y demandas, comentándoles de forma reiterada que llamen con mayor frecuencia. Reconocen que las operadoras les comentan que deben utilizar el servicio más a menudo, aunque sea solo para charlar. Así lo manifiestan nueve de cada diez encuestados.

La utilización es un tema recurrente en las entrevistas en profundidad. Reconocen que, en la línea de la información analizada anteriormente, no se utiliza en determinadas ocasiones, aún disponiendo de él y sabiendo que deben hacerlo. Son hábitos adquiridos que llevan al desempeño de un “rol pasivo” por parte del usuario, que no sigue las recomendaciones técnicas. Timidez, sensación de molestar, valoración personal que minimiza la importancia de lo sucedido, o búsqueda de recursos de forma directa en la propia comunidad -vecinos, familiares-, son algunas de las causas por las que suceden hechos de este tipo.

“Estoy solo y el sobrino es el que me lleva cuando de noche me ha pasado cualquier cosa (*enfermedad*)... yo allí, para eso no los he llamado, he llamado a la ambulancia. Yo no he llamado nunca, porque yo ni he caído en eso, porque hubieran venido enseguida... me ha dado cosa, digo, ¡por Dios! ¿Voy a llamarlos ahora a las dos o tres de la mañana? Y me lo han dicho allí (*centro de atención*) muchas veces, pero yo... Pero ya, ya sí llamo, si me pasara algo llamo.” (EP1)

“Me caí y no llamé. Pues, después no me ha hecho falta... Y lo puse porque me hacía falta. Pero que cuando me hizo falta pues no lo utilicé... Ellos son muy buenos. A lo que los llamo, me atienden enseguida. Pero que cuando me caí, podía haber llamado y no me acordé de tocar el botón.” (EP3)

“Y yo no quería llamar más, porque pienso yo que con ello le hago más gasto a ellos ¿sabe lo que yo quiero decir? Que no las llamo más veces, porque ¡qué dirán!...” (EP2)

Para la mejora del servicio es fundamental analizar los motivos que llevan a actuar de esta forma. Aunque la autonomía personal implique también capacidad de decidir, el logro de los objetivos requiere su utilización ante situaciones de ese tipo. De nuevo

encontramos el desencuentro entre directrices técnicas y hábitos culturales en parte de los usuarios.

VIII.1.2. Uso de la unidad de control remoto

La utilización adecuada del medallón o unidad de control remoto (también denominado pulsador vía radio) es un elemento básico en el programa de teleasistencia, especialmente en situaciones de emergencia en las que la persona no tiene la movilidad necesaria para llegar al terminal o teléfono por sus propios medios.

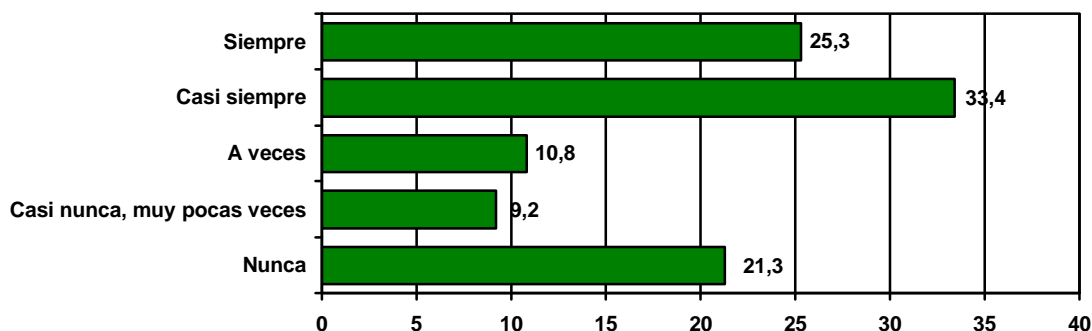
De forma continuada los profesionales de la administración responsable y de la empresa que prestataria explican a los usuarios, en las visitas de seguimiento o mediante llamadas desde el centro, la importancia de tenerlo siempre incorporado. El objetivo es que se lleve colgado a todas horas, mientras se esté en casa. La tecnología desarrollada permite que pueda incluso sumergirse en el agua sin ningún riesgo de avería. Por tanto, constatar si se realiza un uso correcto del mismo, desde el punto de vista de la conceptualización técnica del servicio, es imprescindible a la hora de analizar las dimensiones propuestas sobre la calidad.

Para obtener la información se introdujeron diferentes preguntas en el cuestionario relacionadas con los momentos y situaciones de la vida cotidiana en los que los encuestados llevan colgada la unidad de control remoto:

- Para dormir.
- En la ducha o baño.
- Frecuencia con la que la tiene habitualmente.
- Motivos por los que no la lleva siempre consigo, mediante pregunta abierta.

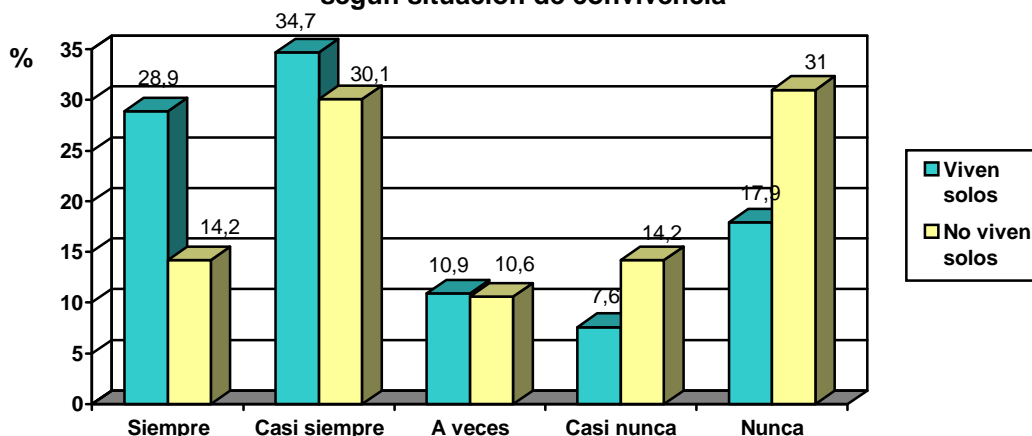
VIII.1.2.1. Frecuencia de utilización

En lo referente a la frecuencia, el comportamiento de los usuarios no es el óptimo, como ilustra el gráfico 8.2. El 25% indican que 'siempre', y un 33% 'casi siempre' o 'la mayoría de las veces'. Un 11% lo tienen en 'algunas ocasiones', y un 9% reconoce que 'muy pocas veces' o 'casi nunca'. Por último, el 21% manifiestan de forma abierta que no lo suelen llevar prácticamente nunca.

Gráfico 8.2. Cuándo lleva el pulsador (%)

Este resultado coincide con el registro realizado in situ por los encuestadores. En el momento de la entrevista aproximadamente la mitad lo llevaban colgado de forma correcta, y un 7% más incorporado consigo en una prenda de vestir. En el resto de los casos lo tenían ubicado en diferentes puntos de la casa, principalmente en muebles del dormitorio.

En principio, cabe esperar que los usuarios que viven solos lleven con mayor frecuencia la unidad de control remoto. Esto es así, existiendo por tanto diferencias significativas entre los dos grupos, pero a su vez hay un importante número que, a pesar de vivir solos en su vivienda, optan por no llevarlo de forma continuada. Como ilustra el gráfico 8.3, entre los que viven solos el 18% no lo llevan 'nunca' y un 7% 'casi nunca'.

Gráfico 8.3. Cuándo lleva el pulsador, según situación de convivencia

Los motivos de este comportamiento por parte de los usuarios, analizados mediante una pregunta abierta del cuestionario y en orden de mayor a menor importancia, son los siguientes (tabla 8.4): Incomodidad (24,9%), olvido o falta de hábito (15,3), sensación

de no necesitarlo por encontrarse bien (14,6), miedo a que se rompa (10,3), apoyo informal (8,0), dejarlo cerca de donde se encuentra (7,3), salir fuera de casa (6,6), temor a pulsar de forma indebida (6,3), al bañarse o dormir (4,7), y otras (2,0) -entre las que se incluyen aspectos tan diferentes como recomendaciones del médico o cuestiones estéticas o de imagen personal-.

**Tabla 8.4. Motivos por los que no lleva el pulsador (%)
(Categorización de pregunta abierta)**

Incomodidad o molestia	24,9
Olvido, falta de hábito	15,3
No necesidad por encontrarse bien	14,6
Temor a romperlo	10,3
Tiene apoyo informal en el hogar	8,0
Suficiente con tenerlo lo más cerca posible	7,3
Salir fuera de casa	6,6
Temor a pulsar de forma indebida	6,3
Al bañarse o dormir	4,7
Otras	2,0
Total	100

Como muestra, se exponen las siguientes citas textuales que aluden a distintos motivos tratados:

- ‘Por que pienso que se puede estropear de usarlo mucho’.
- ‘Estoy casi todo el día acompañado y si me pasa algo me ayudan’.
- ‘Porque me encuentro bien como para llevarlo siempre encima’.
- ‘Creo que me confío mucho y pienso que no me va a hacer falta’.
- ‘Lo llevo en el bolsillo que es más cómodo’.
- ‘Se me olvida’.
- ‘Por temor a darle sin querer’.
- ‘No le llevo conmigo pero siempre lo tengo cerca en la habitación donde estoy’.

En general, a partir de estas respuestas se percibe que para parte de los encuestados llevar el medallón de forma continuada puede transmitir una sensación de “debilidad” que no desean. De ahí las expresiones del tipo “*me encuentro bien como para llevarlo siempre*” o “*si lo necesito ya iré donde lo tengo*”. Interesa comprobar con qué factores de los estudiados hay asociación, con objeto de comprender mejor este comportamiento.

Además de la situación de convivencia, ya analizada en párrafos anteriores, existen diferencias notables en función de las siguientes variables: sexo, dificultad de movilidad física, usuarios de ayuda a domicilio, y visita de la coordinadora de zona en los últimos meses.

Tabla 8.5. Cuándo lleva el pulsador, según sexo, dificultad de movilidad física, usuarios SAD y visita de coordinadora

Sexo	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
Hombre	17,9	26,2	6,0	14,3	35,7	100,0
Mujer	27,1	35,1	11,9	8,0	18,0	100,0
χ^{2***}						
Dificultad AVD 'subir y bajar escaleras'						
Puede solo	17,1	30,5	14,3	9,5	28,6	100,0
Alguna dificultad	22,9	34,1	11,6	10,4	20,9	100,0
No puede	41,8	34,1	4,4	5,5	14,3	100,0
χ^{2***}						
Usuario de ayuda a domicilio						
Sí	40,9	33,3	8,6	4,3	12,9	100,0
No	20,4	35,1	11,3	9,1	24,1	100,0
χ^{2***}						
Visita de coordinadora de zona						
Sí	28,3	33,8	11,9	8,0	18,0	100,0
No	19,5	32,0	8,6	11,7	28,1	100,0
χ^{2**}						

Como muestra la información que recoge la tabla 8.5, siguen más las indicaciones referentes a los requerimientos técnicos en la prestación del servicio las mujeres, aquellos que tienen una mayor dificultad de movilidad física, usuarios del SAD y las personas que han recibido en los últimos meses la visita en su domicilio de la coordinadora de zona.

En cuanto al nivel formativo, es necesario indicar que si bien no hay diferencias al nivel de significación estadística establecido para este trabajo, se observa una tendencia a utilizarlo de forma correcta a medida que se incrementan los estudios cursados. De hecho, en el caso de las personas con estudios los que nunca lo utilizan representan sólo un 13%.

Cabe destacar que en los pocos casos en que el servicio no ha cubierto las expectativas iniciales es muy frecuente no tener cerca el pulsador. Sin embargo, apenas hay diferencias entre los dos grupos restantes: aquellos para los que responde lo esperado, y los que superan las expectativas previas.

Por otra parte, existe una correlación positiva con el número de llamadas emitidas. A más cantidad de llamadas efectuadas por el usuario, se siguen en mayor medida las

recomendaciones técnicas sobre el uso de la unidad de control remoto (coeficiente de correlación entre ambas variables de 0.15**).

En cualquier caso, en todos los grupos hay un porcentaje de personas que indican que no lo llevan, aspecto que ha de ser objeto de reflexión a nivel técnico para optimizar las actuaciones del programa y lograr que se reduzca lo máximo posible este comportamiento.

Hay dos factores que pueden ayudar a explicar esta actitud. Por un lado, el contexto social y cultural contribuye en muchos casos a sancionar el rol de víctima caracterizado por una “debilidad personal”, sobre todo entre los hombres mayores que evitan llevar el pulsador. Por otro, una mayor frecuencia de contacto con los profesionales del servicio hace que se sigan más las recomendaciones técnicas.

Otro elemento a considerar es el uso del pulsador remoto en dos momentos concretos: para *dormir* y para la *ducha*. En ambas situaciones genera rechazo en algunos mayores. Este hecho queda refrendado en que solo la tercera parte lo usan ‘siempre’ de manera correcta en ambos momentos. Han de establecerse medidas para un incremento del uso del medallón durante la noche y en el baño, lugar con gran riesgo de caídas con consecuencias graves en la población mayor.

Conseguir un cambio de actitudes de los usuarios es uno de los retos a los que se enfrenta día a día el servicio, como indican los propios profesionales en las entrevistas en profundidad. Para ello se ha incrementado en los últimos años la frecuencia de visitas en los domicilios de coordinadoras de zona y técnicos de unidades móviles, así como las llamadas desde el centro de atención, para asesorar en la utilización del equipo tecnológico y lograr el uso adecuado del pulsador según las recomendaciones técnicas. En consecuencia, será necesario comprobar si todo ello ha conseguido el efecto deseado, hecho que deberá ser objeto de estudio en la siguiente evaluación del programa.

Las entrevistas en profundidad aportan también los distintos comportamientos ante el uso de la unidad de control remoto, y como desde el servicio se informa sobre la conveniencia de llevarlo de forma permanente.

Hay tres tipos de usuarios. El primero corresponde a aquellos que siguen las normas o recomendaciones técnicas. Desempeñan un “rol activo”, con un carácter normativo.

“Siempre llevo el medallón. Salgo fuera y no me lo quito ni nada. Y estoy aquí, con él.” (EP1)

“... lo dejo ahí colgado, y de momento me lo pongo cuando me levanto, para estar aquí en casa, pues lo tengo todo el día. Pero cuando voy a salir pues me lo quito. Lo cuelgo otra vez, hasta que me hace falta.” (EP3)

“Mi marido siempre lo lleva puesto, siempre lo tiene colgado, o al lado. Nunca lo tiene ni guardado ni nada de eso. Siempre a mano. Si es que es para llevarlo así.” (EP8)

El segundo corresponde a aquellos que la utilizan solo en ocasiones, pero el hecho de convivir con otras personas les permite tener ayuda. Y el tercer tipo lo representan las personas que viven solas y no lo llevan de forma continuada, al no percibirlo necesario. Tienen una actitud de “autoconfianza”, y valoran que pueden prever las situaciones y recurrir a él si tuviesen que efectuar una llamada de emergencia. En este caso, el uso viene determinado fundamentalmente por la percepción subjetiva del estado de salud.

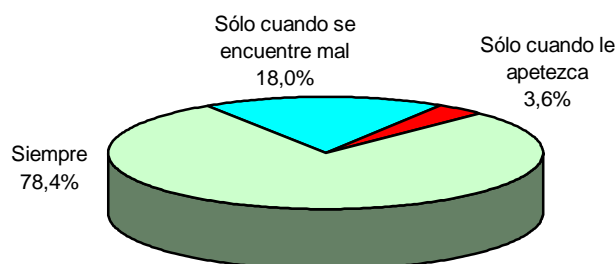
“Pues me lo quito... porque muchas veces me lo quito, pero ella (*coordinadora de zona*) me regañó, porque no lo llevaba puesto... y me dijo tú a donde vayas lo llevas... Porque yo, me da alegría de sentirlas decirme: ‘no te dejes el medallón, tú llévalo, que nosotros estamos aquí, si te pasa algo y no está tu hija, van a por ti’.” (EP2)

“...que no me descolgara la medalla, es lo que me dijeron, que la llevara siempre conmigo. Pero yo me sabe mal de estar andando aquí en la casa de aquí para allá y encontrándome bien...llevarlo colgado siempre no, si yo ya de aquí para adelante me encontrara un poco más trastornado, que la mente se ponga mal o algo, entonces sí me lo pondría. Pero mientras yo me encuentre bien, creo yo que no hace falta llevarlo siempre.” (EP4)

“Todas las veces no lo tengo, porque yo mi sitio casi es éste y el medallón está ahí también...Y cuando salgo a la calle, como en la calle no sirve, pues no me lo voy a dejar puesto. Y no lo tengo mucho puesto... además no me siento mal, porque si yo me levantara una mañana y me sintiera mal, pues claro, me lo dejaría puesto de día.” (EP5)

VIII.1.2.2. Valoración sobre la necesidad de llevarlo de forma adecuada

En línea con lo expuesto en los anteriores apartados, la información recibida sobre el funcionamiento de teleasistencia no siempre se corresponde con la percepción que tienen los beneficiarios. Aunque el 96% recuerdan que insistieron los profesionales en que debían llevar siempre el medallón, no parecen compartir esa idea una quinta parte de ellos. Cuando se les preguntó por la necesidad percibida de llevarlo incorporado, si bien una amplia mayoría manifestaron que siempre, un 18% entienden que solo cuando se encuentren mal, y un 4% cuando les apetezca (gráfico 8.4).

Gráfico 8.4. Cuándo cree necesario llevar el medallón

Aunque la mayoría responden ‘siempre’, cabe preguntar qué perfil de usuario manifiesta que debe llevar el medallón tan solo ‘cuando se encuentre mal’ o incluso ‘cuando le apetezca’. En términos generales coincide con aquellos que no lo llevan consigo de forma continuada y que han sido estudiados anteriormente (el porcentaje mostrado es la suma de las dos categorías de respuesta):

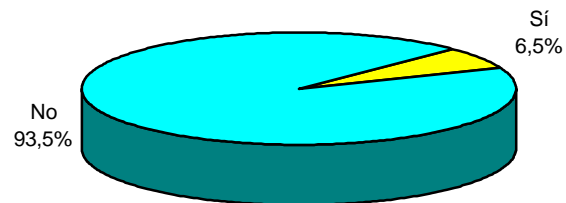
- Hombres (36%).
- Viven con otras personas en el hogar (30%), frente al 19% en el caso de beneficiarios que están solos.
- Sin estudios reglados (26%).
- No tienen problemas de movilidad física (30%).
- No disponen del servicio de ayuda a domicilio (26%).
- En los últimos meses no han tenido la visita de la coordinadora de zona (34%).
- Los que no han efectuado nunca una llamada por emergencia (27%), frente a los que sí la han tenido que realizar (14%).

En definitiva, se trata fundamentalmente de personas que no lo tienen como hábito adquirido. De hecho opinan así más de la mitad de los que habitualmente no lo llevan. Sin duda, el cambio de actitud debe orientarse de forma prioritaria sobre estos usuarios.

Y es que no usarlo debidamente puede originar situaciones peligrosas en caso de caídas o emergencias. De hecho, el 6,5% de encuestados reconocen que en alguna ocasión han necesitado pulsar y no han podido hacerlo por no tenerlo colgado, como refleja el gráfico 8.5. Las circunstancias han sido las siguientes: Caídas (73% de los casos), enfermedad inesperada (23%), robo o agresión (4%). De los que se han encontrado en alguna de estas situaciones, dos de cada tres sí lo han utilizado con más frecuencia a partir de ese momento, si bien uno de cada tres continúa con el mismo uso

que antes de la emergencia: muy bajo (casi nunca o nunca) en la mayoría de estos casos (70%). De nuevo se comprueba la dificultad que implica cambiar determinados hábitos, incluso experimentando situaciones personales bastante negativas.

Gráfico 8.5. Ha necesitado pulsar y no llevaba medallón



VIII.2. CONTRIBUCIÓN AL BIENESTAR PERSONAL Y SOCIAL

Según el modelo teórico que fundamenta esta investigación, el análisis del impacto en el bienestar de los usuarios es básico en la evaluación de la calidad percibida de un programa de servicios sociales comunitarios.

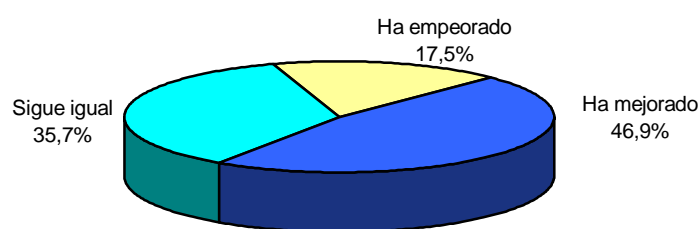
Consiste, en definitiva, en medir la efectividad, entendida como logro o consecución de resultados (Alvira, 2000). Y, siguiendo la perspectiva utilizada en este trabajo, debe realizarse desde la opinión o percepción subjetiva de las personas con las que se interviene. Ellas mismas han de valorar si ha mejorado su situación personal y social.

Para ello se formularon varias preguntas acerca de los siguientes asuntos: primero, en qué medida perciben si su vida ha mejorado desde que tienen el servicio; segundo, si se encuentran más animados que antes; y tercero, en qué cambiaría su vida si dejaran de ser usuarios del mismo. Para cada una de las cuestiones se ha comprobado mediante preguntas abiertas si los cambios expresados son o no consecuencia del programa, con objeto de estudiar los argumentos que, con sus propias palabras, manifiestan los entrevistados.

VIII.2.1. Efectos del servicio en la vida cotidiana

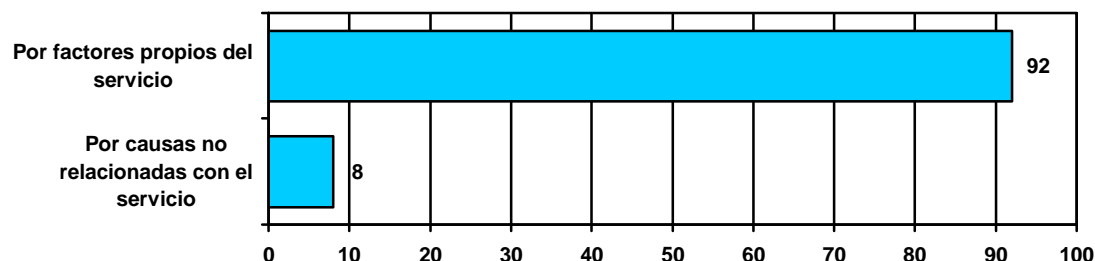
Las características de los encuestados, con un número importante de personas con dificultades de realización de las actividades de la vida diaria o con problemas de salud, hacen prever en muchos casos un incremento paulatino del nivel de dependencia con el transcurso del tiempo. No obstante, casi la mitad consideran que su vida ha mejorado desde que tienen teleasistencia, mientras que el 36% expresan que siguen igual y el 17% manifiestan que su vida ha empeorado (gráfico 8.6).

Gráfico 8.6. Cómo ha cambiado su vida



En las razones expuestas por aquellos que reconocen una mejora en su situación, se observa como el 92% señalan motivos relacionados directamente con el servicio, mientras que el 8% lo justifican con argumentos ajenos a éste (gráfico 8.7).

Gráfico 8.7. Mejora de la vida desde que es usuario (%)



Entre las causas que los usuarios no relacionan directamente con el servicio, destacan la mejora del estado de salud y de su situación personal o familiar. En los motivos que atribuyen directamente a teleasistencia señalan, por este orden, incremento de la tranquilidad, aumento de su seguridad y más compañía (tabla 8.6). Coinciden estos elementos con la definición del programa a nivel técnico y los objetivos marcados en él.

Tabla 8.6. Motivos por los que ha mejorado la vida, relacionados con el servicio (%) (Categorización de pregunta abierta)

Seguridad ante una emergencia	25,3
Más compañía	23,7
Más tranquilidad	46,3
Estar más animado	4,7
Total	100

Las siguientes frases textuales muestran algunas de estas razones que representan aspectos muy positivos de teleasistencia:

- ‘Me encuentro ahora mucho más tranquila’.
- ‘Estoy seguro, porque si me pasa algo tengo donde acudir de manera fácil’.
- ‘Porque pueden llamar a familiares si me sucede alguna cosa’.
- ‘Si me encuentro mal, llamo y por lo menos sé que alguien vendrá’.
- ‘Me ha dado más confianza y amparo’.
- ‘Estoy ahora más animada que antes’.

Respecto a los que plantean un cambio negativo de su situación, todos dan argumentos ajenos al servicio. De cada diez personas que tienen esta opinión, seis aluden causas relacionadas con el empeoramiento de su estado de salud, tres

manifiestan problemas ‘propios’ de la edad, y uno por cambios familiares (generalmente fallecimiento de personas allegadas). Como muestra, los siguientes comentarios:

‘Al poco tiempo de poner el servicio murió mi marido y no me he recuperado del todo’.
‘Estoy peor de mis problemas de salud’.
‘Con la edad uno se vuelve más torpe’.

Para muchos de ellos, la complejidad de su situación personal o las consecuencias de sus problemas de salud son prioritarias y quedan antepuestas a los efectos positivos del servicio en la valoración de la continuidad o empeoramiento en su calidad de vida.

En cualquier caso, la valoración sobre el efecto positivo del programa es la más reseñada en todas las categorías de las variables independientes analizadas. Hay asociación con las siguientes: situación de convivencia, grado de dificultad de movilidad física, frecuencia de realización de llamadas al centro de atención y realización de llamadas de emergencia. No existen diferencias significativas con el resto de variables examinadas.

Destacan en una proporción más alta que el resto la mejoría de su vida desde que tienen el servicio:

- Los entrevistados que viven solos (50%, frente al 38% de los que no lo están).
- No tienen problemas de movilidad física (52,4%).
- Han realizado un mayor número de llamadas -más de 10- en los últimos doce meses (57,6%); por lo que tienen una relación muy fluida con el centro de atención.
- Aquellos que en algún momento los han utilizado por una emergencia (57,1%).

En consecuencia, son personas que no han experimentado un incremento de problemáticas relacionadas con la salud o la realización de las actividades de la vida diaria desde que son usuarios. Y a los que el servicio les ha dado una o varias veces respuesta adecuada ante una emergencia, o bien les permite tener un gran apoyo emocional, previniendo de esta forma problemas relacionados con la soledad.

La aproximación comprensiva al objeto de estudio mediante las entrevistas en profundidad, ha permitido obtener información cualitativa sobre el impacto del programa tanto a nivel personal como del entorno familiar o social más próximo. En este caso, el efecto en el bienestar se constata mediante las funciones de seguridad y compañía, expuestas a lo largo del capítulo anterior tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Esta percepción repercute en una mayor tranquilidad tanto de usuarios como

de familiares, término utilizado como unidad de registro, y que se comenta de manera textual en afirmaciones como:

“Si me pasa algo, pronto las llamo. Es más tranquilidad... Si no lo tuviera, si me pusiera aquí mala, pues no tendría a quién llamar... aquí encerrada, y cada uno está en su casa”. (EP2)

“Sobre el servicio, yo por lo menos estoy tranquilo por eso, porque si me acuesto y me pongo malo llamo y ya vendrá quién sea.” (EP4)

“Estoy más tranquilo, ¿se da usted cuenta? Antes, todas las vecinas han estado con mi mujer a todas horas... Y ahora yo solo, cada uno en su casa y Dios en la de todos. Y yo estoy solo aquí, y la única cosa que tengo es eso, de que si lo tengo puesto y me pasa cualquier cosa, pues llamo. Eso es lo que tengo yo, porque ¿a quién llamo acostado?” (EP1)

“Claro que estoy mejor, más tranquila, que digo, si me caigo, pues llamo y me atenderá alguien. Pues estoy sola. Arriba vive mi hijo, y a veces se quiere salir también, y me quedo sola. Pues por si me caigo, pues llamo y ya me atienden ¡quién sea!” (EP3:4).

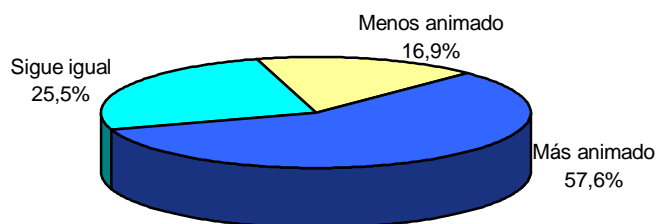
“... nosotros estamos también más tranquilos. También los hijos estamos más tranquilos porque bueno, ella está sola. Qué ya te digo, que si da una voz, es que no la oye nadie. Pues sabemos que tiene ese servicio, en un momento dado lo puede utilizar... Si no lo tuviera, pues estaríamos más preocupados de decir, hay que ver que si cualquier noche se pone mala y no es capaz tan siquiera ni de marcar un número de teléfono, pues así es solo pulsar un botón. O sea, que es la tranquilidad de saber que en cualquier momento ella está atendida, de día y de noche.” (EP7)

La utilidad y buena valoración que se otorga al servicio se manifiesta en la realización de comentarios positivos dirigidos a los demás miembros de su entorno. No es de extrañar que la difusión informal sea cada vez más importante, en la medida en que el conocimiento del programa es más elevado.

“(Comentando sobre el servicio) A cualquiera se lo digo. Una vecina quería ponerlo, y le digo: ‘pues ponlo que va muy bien, que gusta tenerlo, y son muy cariñosas, y están si te caes o algo’. Y yo le aconsejaba que lo pusiera, y a muchos más se lo he dicho.” (EP3)

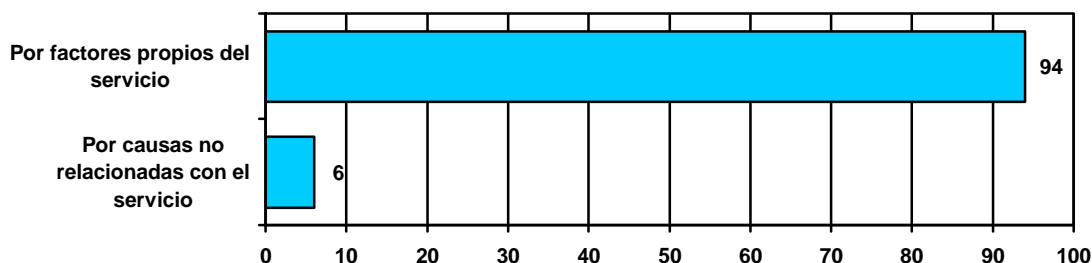
VIII.2.2. Consecuencias en el estado anímico

Una de las principales funciones de teleasistencia es el apoyo en problemas relacionados con la soledad. Se preguntó si estaban o no más animados desde que tenían el servicio y cuáles eran los motivos. Un 58% manifiestan estar mejor, un 25% dicen que no han experimentado ningún cambio, mientras que el 17% lo están menos (gráfico 8.8).

Gráfico 8.8. Evolución del estado de ánimo

De los que han mejorado en su estado de ánimo, el 94% identifican el servicio de teleasistencia como responsable directo, con motivos como un aumento de la tranquilidad, mayor consuelo, o más apoyo y compañía (gráfico 8.9). Como ejemplo, algunas respuestas formuladas por los propios entrevistados:

- ‘Me encuentro más tranquila’.
- ‘Me encuentro más protegida, es un ángel de la guarda’.
- ‘Tengo una cosa que es un apoyo para mí; mi familia está lejos’.
- ‘Tengo más consuelo o apoyo si me pasa algo’.
- ‘Veó que las personas de teleasistencia miran mucho por mí’.

Gráfico 8.9. Mejora de estado anímico desde que es usuario (%)

Estas respuestas confirman que las nuevas tecnologías aplicadas a la intervención social no aíslan a los usuarios sino que, muy a contrario, hacen disminuir el riesgo de estados depresivos y facilitan el contacto con otras personas. Muestran, por tanto, su carácter preventivo.

En esta ocasión, se han hallado diferencias significativas en función de la situación de convivencia, la edad y el nivel formativo. Los que viven solos (un 60% de ellos), aquellos de menor edad -tramo de 65 a 74 años- (68%), y sin estudios reglados (59%), manifiestan más que el resto este incremento del estado de ánimo desde que disponen de teleasistencia. No hay relación con el resto de variables estudiadas.

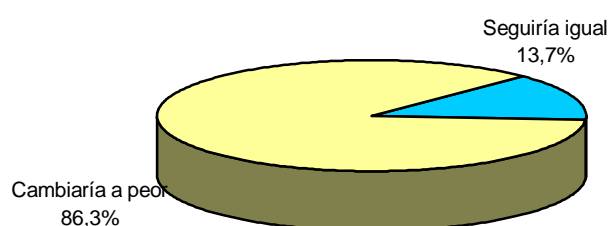
Los motivos que no están relacionados de forma directa con el servicio, al igual que en el caso anterior, aluden a la mejora de su situación personal, en muchos casos como consecuencia de una disminución de los problemas de salud física y psíquica.

Entre los usuarios que verbalizan estar menos animados, se comprueba como los principales motivos van unidos a problemáticas relacionadas con la salud, fundamentalmente estados depresivos. En concreto señalan: sentirse mayor, la depresión y enfermedades propias; seguidos a distancia por enfermedad de familiares, problemas de soledad y fallecimiento de personas allegadas. En ocasiones el servicio ayuda, pero no es suficiente para superar determinadas situaciones de soledad y problemas severos relacionados con estados depresivos, precisando otro tipo de recursos.

VIII.2.3. Percepción del impacto y utilidad del servicio

La utilidad del programa se percibe de manera positiva por los encuestados al plantear la disyuntiva sobre los posibles efectos si dejaran de tenerlo. Como indican los datos del gráfico 8.10, una amplia mayoría (86,3%) expresan que su vida cambiaría a peor, frente al 13,7% que consideran que seguiría igual. Nadie manifiesta un cambio favorable si no dispusiera de teleasistencia.

Gráfico 8.10. Cambio en la vida si dejara de tener el servicio



De forma indirecta, se puede afirmar que gran parte de los usuarios reconocen que el servicio contribuye a su calidad de vida, al afirmar que cambiarían a peor en caso de no disponer del mismo. La tabla 8.7 recoge los resultados correspondientes a las variables que tienen relación con esta opinión, no existiendo diferencias significativas en el resto de las consideradas como independientes en el análisis.

Tabla 8.7. Cambio en la vida si dejara de tener el servicio, según distintas variables independientes⁶⁵

Sexo	Cambiaría a peor	Seguiría igual	Total
Hombre	81,7	18,3	100,0
Mujer	87,3	12,7	100,0
χ^{2*}			
Dificultad AVD 'subir y bajar escaleras'			
Puede solo	84,5	15,5	100,0
Alguna dificultad	89,2	10,8	100,0
No puede	80,0	20,0	100,0
χ^{2**}			
Usuario de ayuda a domicilio			
Sí	80,4	19,6	100,0
No	86,9	13,1	100,0
χ^{2*}			
Llamadas del centro al usuario			
1 a 3 llamadas	82,3	17,7	100,0
4 a 6	89,3	10,7	100,0
7 a 10	80,8	19,2	100,0
Más de 10 llamadas	93,3	6,7	100,0
χ^{2*}			
Realización de llamadas por emergencia			
Sí	91,8	8,2	100,0
No	82,1	17,9	100,0
χ^{2**}			

En todas las categorías analizadas dicha afirmación supera el 80%. Ahora bien hacen una mejor valoración, reconociendo en mayor medida los efectos positivos de teleasistencia en su vida cotidiana, las mujeres, los que tienen un nivel medio y alto de autonomía personal, aquellos que reciben más llamadas del centro de atención, los que han efectuado alguna vez una llamada por emergencia y los que no tienen ayuda a domicilio. En definitiva, son dos los perfiles: por un lado, aquellos usuarios con menores problemas de dependencia; y por otro, los que realizan un mayor uso de teleasistencia.

⁶⁵ Variables: Sexo, nivel de dificultad de movilidad física, usuario de ayuda a domicilio, llamadas del centro al usuario, y realización de llamada de emergencia.

Por lo que respecta a la relación con las expectativas, hay también diferencias sustanciales. De esta forma, cambiaría su vida a peor en el 96% de los casos en los que el servicio es mejor de lo esperado; en el 82% para los que responde a lo que esperaban, y solo en un 60% para los que ha resultado ser peor de lo que creían antes de tenerlo.

Ante los resultados expuestos en la anterior tabla cabe preguntarse cuáles son los motivos por los que valoran un cambio negativo en el caso de no disponer del programa. Fundamentalmente el menoscabo del apoyo emocional, la pérdida de tranquilidad y la falta de seguridad ante una emergencia. Otros aspectos señalados, con menor importancia a nivel porcentual, son la dificultad para contactar con familiares, la menor comodidad en su vida, las repercusiones en su entorno familiar, y la necesidad imperiosa de tenerlo. Teleasistencia representa para muchos usuarios no solo seguridad, sino un importante apoyo instrumental y emocional en casos de soledad (tabla 8.8). Así lo demuestran una serie de afirmaciones realizadas por ellos:

- ‘Me encontraría más insegura’.
- ‘Dejaría de tener este consuelo’.
- ‘Estaría solo del todo’.
- ‘Estaría sola y me tendría que ir con mis hijas’.
- ‘Ya no tendría esperanzas de llamar a nadie y los números de teléfono no los entiendo’.
- ‘Tendrían que estar mis hijos pendientes de mí’.
- ‘Me tendría que ir a una residencia’.

Tabla 8.8. Efectos ante la ausencia del servicio (%)
(Categorización de pregunta abierta)

Pérdida de apoyo y compañía, problemas de soledad	35,2
Pérdida de tranquilidad para usuarios y familiares	32,3
Pérdida de seguridad ante emergencias o caídas	27,1
Imposibilidad de llamar a familiares	2,7
Otros motivos	2,7
Total	100

Por último resulta de interés comprobar, siguiendo el modelo teórico y metodológico que ha servido de base para esta investigación evaluativa, que el indicador de coproducción estudiado tiene asociación con la percepción sobre el cambio que se produciría en el bienestar personal si dejasen de tener el servicio. Como se expone en la tabla 8.9, aquellos que siempre llevan consigo el medallón valoran mejor que el resto los efectos que tiene en su vida. Se trata de un perfil que desempeña un rol

de usuario más activo y cumplidor con las directrices o recomendaciones a nivel técnico del programa de teleasistencia.

Tabla 8.9. Cambio en la vida si dejara de tener el servicio, según frecuencia con la que lleva el pulsador

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	Total
Cambiaría a peor	93,6	85,1	76,1	85,4	84,6	13,8
Seguiría igual	6,4	14,9	23,9	14,6	15,4	86,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

χ^2^*

En resumen, el servicio repercute de manera muy positiva en la vida cotidiana de las personas que disponen de él. Facilita a las que viven solas mantener su autonomía. El análisis de los datos no sólo muestra su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, sino el apoyo emocional y la ‘sensación de compañía’ que supone para una amplia mayoría de los usuarios. Por tanto, tiene un marcado carácter preventivo, además del asistencial.

PARTE IV
CONCLUSIONES

CAPÍTULO IX

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

En este último capítulo de la tesis se realiza una síntesis de los aspectos tratados, los resultados empíricos de mayor relevancia y las conclusiones de la investigación. Primero, se examinan los principales referentes teóricos y conceptuales; segundo, la conexión entre metodología y teoría; en tercer lugar, los hallazgos empíricos de la investigación evaluativa. Se incluyen en estas conclusiones, la relación entre resultados y objetivos, propuestas a nivel técnico orientadas a la mejora continua del programa evaluado, y la exposición de líneas de trabajo a desarrollar en los estudios de calidad percibida en programas de servicios sociales comunitarios.

IX.1. Referentes teóricos y conceptuales de la investigación

El primer tema de importancia es la identificación y conceptualización de **los servicios sociales personales como área fundamental del Estado de Bienestar** que, como forma de organización sociopolítica cuyo objetivo principal es la puesta en marcha de sistemas y políticas públicas orientadas hacia la protección social y el pleno empleo, es producto de factores sociales, políticos, económicos e históricos. El consenso producido entre distintas visiones políticas e ideológicas –conservadores, liberales y socialistas- permite su surgimiento y desarrollo a partir de la segunda guerra mundial.

Durante tres décadas este modelo se desarrolla en diversos países de centro y norte de Europa. Fundamentados en una apuesta por la intervención pública, se construyen y consolidan sistemas universales de protección social dirigidos al conjunto de la ciudadanía.

Sin embargo, a partir de 1970 surgen dificultades para su continuidad y comienza a cuestionarse el modelo. Los problemas en la economía y mercado de trabajo, el fin del consenso keynesiano, las transformaciones del poder político o la pérdida de legitimación social de la actuación estatal, son factores que contribuyen a que se hable con frecuencia de la “crisis del Estado de Bienestar”.

Todo ello ha provocado un creciente protagonismo del mercado y la sociedad civil en la consecución del bienestar social, produciéndose una reestructuración institucional y una reorientación ideológica del modelo intervencionista. En definitiva, una reducción de la protección estatal y el desarrollo de políticas sociales más restrictivas que se ha

acentuado en los tres últimos años, a partir de la actual e intensa crisis económica iniciada en 2008.

España ha experimentado un tardío y lento desarrollo del Estado de Bienestar respecto a otros países occidentales avanzados. La universalidad de los sistemas de protección social se va a iniciar tres décadas más tarde, con la llegada de la transición y la etapa democrática, lo que repercute en la baja cobertura existente de algunas prestaciones. Aunque el gasto social público se ha incrementado en los años 2008 y 2009, llegando al 25% del PIB⁶⁶, está lejos aún de la media de la Unión Europea y de países como Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. Si a esto añadimos que se prevé en los próximos años un importante descenso del gasto social, como consecuencia de los ajustes presupuestarios de las distintas administraciones públicas, podemos constatar que se van a generar incertidumbres sobre su futuro.

Las grandes áreas de la política social son sanidad, educación, protección del trabajo, seguros y subsidios de rentas, protección social de la vivienda y servicios sociales (Kahn y Kamerman, 1987; Casado y Guillén, 2001). Los servicios sociales son herramientas de la política social, y su objeto se sitúa en las necesidades humanas.

La respuesta a las necesidades sociales proviene de cuatro ámbitos: familia, empresa privada, voluntariado y sistema público. La ayuda recibida por las personas ha cambiado a lo largo de la historia, en función de condiciones y factores políticos, económicos, sociales y culturales. Ha dependido de la organización social y política de cada etapa histórica.

Por tanto, cada momento histórico y cada sociedad se han caracterizado por una modalidad o forma de prestar servicios sociales, si bien muy diferentes y con unos planteamientos bastante distintos de los que definen nuestro actual sistema, basado en el desarrollo de una serie de derechos sociales que tienen todos los ciudadanos. En consecuencia, los servicios sociales son una construcción social.

El Consejo de Europa define el sistema público de servicios sociales como “todos los organismos que tienen como misión aportar una ayuda y una asistencia personal directa a individuos, grupos y comunidades para favorecer su integración en la sociedad”. La actual estructura de este Sistema se va configurando en los primeros años de la democracia, con un doble nivel: un nivel de atención primaria o básico que dará

⁶⁶ Según metodología SEEPROS (EUROSTAT).

lugar a los *servicios sociales comunitarios*, denominados también generales, de base, o de atención primaria. Tienen un carácter universal, dirigidos a toda la población, y se encuentran circunscritos a un territorio. Y un segundo nivel de *servicios especializados* orientados hacia sectores, problemáticas o situaciones concretas, que requieren una intervención más específica.

Esta situación lleva a plantear una serie de acciones que el sistema público de servicios sociales debe afrontar en los próximos años para lograr un desarrollo óptimo en el marco de un creciente pluralismo del bienestar: Mejora del conocimiento y de la percepción social de los servicios, apuesta por la universalidad, mejora y consolidación de la atención a la dependencia, respuesta a nuevas problemáticas y necesidades, mayor coordinación y descentralización, e incorporación de los principios de la calidad y la mejora continua. Retos esenciales para su implantación y consolidación definitiva, si se pretende su equiparación a otros sistemas como salud o educación.

Un segundo aspecto señala la relevancia de los **programas y prestaciones** de servicios sociales comunitarios, y su desarrollo como **principal logro del sistema público de servicios sociales**. Éste va dirigido a toda la población mediante el principio de universalidad, y tiene su origen en los inicios del actual modelo de Estado social y democrático de derecho (Roldán, 2001).

Los servicios se van a configurar con dos niveles: comunitarios o de atención primaria, y especializados. Los primeros conforman la vía de acceso a una serie de programas y prestaciones del propio ámbito de actuación, y también de otros sistemas de protección social.

En el análisis de la legislación que los regula hay que partir de la “Declaración Universal de Derechos Humanos”, promulgada por Naciones Unidas en 1948, y donde se reconocen numerosos derechos sociales fundamentales para todos los ciudadanos. La Carta Social Europea, aprobada en 1961, en su artículo 14 regula el derecho a los servicios sociales, considerándolos como prestaciones técnicas que “contribuyen al bienestar y al desarrollo de individuos y grupos en la comunidad”. Por último, el Tratado de Lisboa no trata de forma expresa los servicios sociales como política de la Unión Europea, orientando la política social a acciones relacionadas con el empleo como factor fundamental de cohesión social.

En España, la Constitución de 1978, aunque no regula de forma directa los servicios sociales, introduce los valores que han fundamentado el desarrollo normativo posterior (Alemán, 1996; Alemán y Pérez, 1999). Además, asigna las competencias en materia de ‘asistencia social’ a las Comunidades Autónomas, lo que ha impedido que se promulgue una Ley estatal sobre servicios sociales. Todas las autonomías desarrollaron durante la década de los ochenta, sobre todo los últimos años, y principios de los noventa, la correspondiente legislación.

Con objeto de implementar un sistema de servicios sociales, con una orientación municipalista, se aprueba en 1988 el ‘Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales en las Corporaciones Locales’, para garantizar a la población una serie de prestaciones básicas: información y orientación; ayuda a domicilio y otros apoyos a la unidad convivencial; alojamiento alternativo; y prevención e inserción social. Todo ello mediante una serie de recursos, siendo los más importantes los centros de servicios sociales, centros de acogida y albergues.

El Plan articula, mediante convenio administrativo, la colaboración técnica y financiera entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, para facilitar a las Corporaciones Locales la prestación de los servicios. Adquiriendo entre las entidades firmantes los compromisos de cofinanciación, gestión, información y asistencia técnica (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991; Gutiérrez Resa, 2001). No obstante, pese al intento de asegurar una oferta de programas y servicios, no se ha conseguido un desarrollo óptimo y homogéneo en todas las Comunidades Autónomas. La escasa financiación estatal, no haber diseñado criterios técnicos comunes, o la falta de una garantía de coberturas mínimas de las prestaciones han tenido como consecuencia una situación de heterogeneidad en la prestación de estos servicios entre las diferentes regiones o territorios. También es una situación derivada de la asunción de las competencias por las Autonomías antes de estar diseñado y consolidado un modelo general y común en todo el país.

La implantación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y tención a las personas en situación de Dependencia, ha afectado de forma directa al sistema de servicios sociales en los ámbitos legislativo, organizativo y financiero, experimentando un notable crecimiento. Así, durante el año 2010 se han atendido más de 6,7 millones de usuarios, siendo la población mayor el sector con el

número de demandas más elevado, seguido de familia, personas con discapacidad, inmigrantes e infancia.

Existen también diferencias entre Comunidades Autónomas en la aplicación de la Ley 39/2006. En unos casos han priorizado el servicio de ayuda en el domicilio, en otros la atención residencial, y un tercer grupo las prestaciones económicas a cuidadores/as familiares. El resultado ha sido la heterogeneidad y desigualdad en la asignación de prestaciones a los usuarios.

A un nivel de análisis más próximo, en Andalucía se configura el sistema de servicios sociales a partir de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía; y del Decreto 11/1992, de 28 de enero, que establece la naturaleza y prestaciones de los servicios sociales comunitarios. Posteriormente se han desarrollado normativas y planes específicos en áreas relacionadas con mayores, menores, inclusión social, personas con discapacidad, drogodependencias, voluntariado o mediación familiar.

Pero sin duda han sido las administraciones locales las que más han contribuido al desarrollo de los servicios sociales de atención primaria. La legislación les ha atribuido importantes competencias, bajo el principio de descentralización. En los municipios pequeños las Diputaciones tienen una función esencial en la prestación de los servicios a todos los ciudadanos.

Es el caso de Diputación Provincial de Granada, que tiene competencias delegadas de la Comunidad Autónoma para la prestación de servicios sociales comunitarios en los municipios menores de 20.000 habitantes de la provincia. Los programas que se están llevando a cabo están relacionados con información y orientación sobre recursos, promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, prevención y atención a la infancia y familia, fomento de la inclusión, y actividades comunitarias de prevención, inserción e información.

Uno de los programas, en el marco de promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, es objeto de evaluación en esta tesis: el programa de teleasistencia domiciliaria. En la provincia de Granada comenzó a prestarse en 1994, a través un convenio entre Diputación Provincial, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y el IMSERSO. Implicó la introducción de nuevas tecnologías en

los servicios sociales comunitarios aplicadas a la mejora del bienestar, y dirigidas a dar compañía y seguridad a los usuarios.

En cualquier caso, el desarrollo de un marco normativo y competencial, la consolidación de las estructuras administrativas y de recursos humanos, la creación de centros y otros recursos, o la delimitación de los ámbitos específicos de actuación siguen representando los principales logros conseguidos por el sistema público de servicios sociales (Alemán y Pérez, 2000). No obstante, no se ha conseguido superar por completo la imagen inicial de servicios dirigidos hacia minorías y no para el conjunto de la población como están definidos. La mejora de la calidad debe constituir un pilar básico en el aumento de la legitimidad del Sistema y su consolidación. Para ello resulta imprescindible la mejora técnica de las intervenciones y la evaluación de programas y servicios.

Un tercer tema fundamental viene representado por las características de la **investigación evaluativa**, y la **complementariedad de diferentes tipos de evaluación de programas**. La identificación del marco general de referencia, que incluye la caracterización del programa y el análisis de su entorno socioinstitucional, sirve de punto de partida del proceso evaluador (Gómez Serra, 2004). La comprensión del contexto a nivel social, político o histórico en el que se desarrolla el programa, y de los intereses de los actores sociales implicados, serán imprescindibles para efectuar y aplicar un diseño de investigación evaluativa.

Evaluar un programa consiste en emitir un juicio de valor, en base a la información producida de forma científica y sistemática, con objeto de introducir los cambios pertinentes en el mismo. La evaluación no es un fin, sino un medio para intervenir y actuar.

En este sentido, la investigación evaluativa aplica los métodos y técnicas de investigación social, tanto cuantitativos como cualitativos, al estudio de programas y proyectos sociales.

Existe una mayor tradición y cultura evaluativa en algunos ámbitos de las políticas públicas como la sanidad o la educación. Su incorporación a los servicios sociales es más reciente, lo que requiere profundizar en propuestas y desarrollos de metodologías

para la evaluación, siendo la sociología una de las disciplinas que debe ocuparse de esta tarea.

En la evolución histórica seguida por la evaluación de programas se han diferenciado tres fases: inicio, expansión, y etapa de reorientación. En esta tercera etapa se complementan distintos paradigmas y aproximaciones metodológicas. En esta evolución, avanza desde el examen de objetivos y resultados, hasta la evaluación de procesos y permanente, incorporando de forma paulatina el análisis del contexto del programa y la opinión de los usuarios o población beneficiaria del mismo.

Los distintos tipos de evaluación analizados a lo largo del capítulo, relacionados con diferentes modelos, aportan una perspectiva amplia de posibilidades en el análisis de programas de servicios sociales.

En cualquier caso, decantarse de forma exclusiva por un solo tipo de evaluación resulta insuficiente si se pretende realizar un análisis exhaustivo y holístico de un programa. Gran parte de los modelos expuestos son complementarios. La construcción de un modelo de calidad, con carácter global e integrador, debe partir precisamente de distintos planteamientos e ideas que sirven para configurar varios de los modelos que se han examinado.

Otra cuestión de especial importancia para este trabajo, es la **aplicación de la evaluación de la calidad en los servicios sociales comunitarios**, y la diferenciación entre calidad recibida o técnica, y percibida. Ésta última, desarrollada en la tesis, se basa en la valoración subjetiva de los usuarios. Todo ello partiendo de los **distintos modelos de calidad** aplicados en las entidades públicas.

La implantación de sistemas de calidad en las administraciones públicas, incluida la evaluación de servicios, pretende un mejor funcionamiento de la organización, mayor optimización de recursos, cubrir expectativas de la ciudadanía y, como consecuencia, el logro de una mayor legitimidad social.

La mejora continua de los procesos y servicios, la orientación de la organización hacia los usuarios, y la responsabilidad social son principios básicos de la calidad que se están incorporando de forma creciente al sector público, como proceso de modernización de las administraciones públicas. Ello exige un cambio de rol del

ciudadano beneficiario, que pasaría a considerarse como cliente con capacidad de exigir respuestas y prestaciones adecuadas.

En el ámbito de la intervención y los servicios sociales, la calidad también está relacionada con las expectativas y necesidades de la población a la que van dirigidos. Va unida a las aptitudes y actitudes de las personas que deben impulsarla, siendo la responsabilidad de fomentarla y gestionarla del personal que ocupa los puestos directivos en la organización (López Cabanas et al, 1999; Fernández, 1999; Barbero y Díez, 2009; Calvo, 2011). No obstante, los servicios sociales tienen peculiaridades importantes que los diferencian de otras políticas públicas. Una de ellas es como la interacción profesional-demandante que exige el proceso técnico de intervención puede derivar en una reconversión de la demanda, y a su vez en una mayor o menor aceptación del servicio recibido. Otra, que los perfiles de ciudadanos y sus necesidades son muy diversos. Además, al carácter intangible de los servicios se une que en numerosas ocasiones el usuario es coproductor de los mismos, siendo inseparables su producción y consumo.

Las normas ISO son referentes para el cumplimiento de criterios y procedimientos de las entidades para conseguir la certificación o acreditación de calidad. Muy utilizados en las administraciones públicas, permitiendo una autoevaluación de las distintas dimensiones de calidad, son los modelos EFQM (Modelo de excelencia europeo) y EVAM, desarrollado en España por la Agencia de Evaluación y Calidad (AEVAL), y fundamentado en el ciclo PDCA (planificar- desarrollar- controlar- actuar). Todos ellos han sido examinados en un epígrafe del capítulo.

El mayor riesgo que poseen los sistemas de aseguramiento es su propia utilización, considerar como un fin lo que es sólo un medio para la mejora. Es decir, que la introducción de planes y sistemas orientados a la excelencia en servicios públicos se convierta en la búsqueda de una acreditación, por intereses profesionales o de determinados grupos, más que en la mejora de los servicios y las respuestas dadas a la ciudadanía. Las organizaciones, sobre todo las de mayor tamaño, se caracterizan por la complejidad y los intereses de los distintos grupos sociales que la conforman, en ocasiones contrapuestos.

Tradicionalmente, en el ámbito del bienestar social, se ha prestado más interés a la calidad científico- técnica que a la percepción de las personas o colectivos que son

usuarios, o potenciales beneficiarios, de los servicios. Sin embargo, hay una tendencia creciente hacia nuevos enfoques centrados en la calidad percibida, como parte fundamental de la misma, la satisfacción con los servicios. La valoración se centra así, de manera holística, en la percepción subjetiva del usuario como actor más relevante (Smith, 2011; Cabrera et al, 2010).

El modelo de Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993), que sirve de fundamento para el desarrollo del instrumento SERVQUAL permite la medición de diferentes dimensiones de la calidad de un servicio desde la perspectiva de los usuarios o clientes, comparando percepción del servicio recibido con las expectativas iniciales. Estas dimensiones y el instrumento utilizado para la medición han de ser adaptados a las características del servicio evaluado, en este caso el ámbito de los servicios sociales comunitarios de carácter público, de las personas a las que se pide opinión, y de la organización que lo presta u ofrece.

En este sentido, esta tesis pretende el desarrollo de metodologías que permitan evaluar la calidad percibida de un programa o servicio tomando como referencia, entre otras, las dimensiones establecidas por SERVQUAL, aplicado en este caso a una población con un bajo nivel de información y formación.

La calidad percibida del servicio dependerá de las discrepancias entre expectativas, el servicio esperado, y la percepción del servicio recibido. Y exige contrastar la opinión de los usuarios (Fantova, 2006). Todo ello dentro de un determinado contexto social y cultural que interviene en la generación y construcción de opiniones y percepciones.

Como ciencia social, la Sociología debe desarrollar metodologías de investigación evaluativa que permitan conocer, explicar y comprender los factores asociados a las valoraciones que los usuarios de servicios sociales comunitarios realizan de los programas y servicios que reciben. En definitiva, una elaboración de modelos teóricos y metodológicos que, basados en una aplicación rigurosa y sistemática de métodos y técnicas de investigación social cuantitativos y cualitativos, permitan una aproximación holística a la realidad social estudiada.

IX.2. La conexión entre metodología y teoría de la investigación

La realidad social, objeto de estudio de la sociología, es compleja y exige un pluralismo metodológico. La metodología y la aplicación de técnicas de investigación social en la evaluación aportan información rigurosa y sistemática que permite decidir los cambios necesarios para orientar la mejora de la calidad de los programas sociales.

El **objetivo general** de la tesis ha sido *“desarrollar y aplicar un modelo teórico y metodológico que permita evaluar la calidad percibida de programas de servicios sociales comunitarios, mediante la determinación de dimensiones del servicio, y el análisis de la relación entre la percepción de los usuarios y los elementos extrínsecos e intrínsecos del programa”*.

La propuesta se ha aplicado en el programa de teleasistencia domiciliaria en la provincia de Granada, en concreto en los municipios menores de 20.000 habitantes, que se desarrolla desde los servicios sociales generales.

La *hipótesis general* de partida es: *“La evaluación percibida del programa de teleasistencia permite establecer los factores positivos y las propuestas y estrategias de mejora del servicio, desde la perspectiva subjetiva de los propios usuarios”*.

Para ello, se ha establecido un **modelo que considera la diversidad de perspectivas** y que permite la conexión entre teoría, metodología y observación empírica de la investigación realizada. Los *fundamentos teórico-conceptuales y metodológicos del modelo de evaluación* han sido los siguientes:

- Relevancia de la calidad percibida.
- Pluralismo metodológico para un objeto de estudio complejo y multidimensional.
- El desarrollo de instrumentos específicos, en este caso un cuestionario, que adapten las escalas de medida utilizadas al nivel de formación e información de los usuarios.
- La medida de la satisfacción como factor fundamental de la calidad percibida.
- Operativización de la calidad en dimensiones e indicadores concretos y evaluables.
- La percepción de los efectos en el bienestar personal y social. Incorpora los logros y efectividad del programa desde un punto de vista subjetivo.

Teleasistencia requiere que el usuario desempeñe un rol normativo y realice un uso adecuado. La “coproducción” es así una característica básica que ha sido incorporada al modelo de investigación evaluativa propuesto.

Por todo ello la **estrategia metodológica**, en base a los objetivos establecidos, está fundamentada en: 1) el análisis de las dimensiones que conforman la calidad del servicio desde la percepción de los usuarios, tomando como referencia las identificadas por el instrumento SERVQUAL; 2) la búsqueda de nuevas dimensiones de calidad mediante una aproximación comprensiva, para lo que se han realizado entrevistas en profundidad y grupos de discusión con usuarios y familiares, y entrevistas a profesionales; y 3) estudio de las relaciones entre la satisfacción con el servicio de teleasistencia y otras variables intrínsecas y extrínsecas al mismo.

Las **variables e indicadores propuestos** se han agrupado en las siguientes dimensiones o temas:

- De SERVQUAL: Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía.
- Cobertura de expectativas.
- Satisfacción general.
- Uso del servicio por parte del usuario como elemento de coproducción.
- Indicadores de calidad recibida.
- Bienestar personal y social.
- Características de los usuarios: autonomía personal, apoyo social, características sociodemográficas.

En la **producción de la información** han sido utilizadas *técnicas cuantitativas y cualitativas*, que han permitido la aproximación a un fenómeno complejo y multidimensional como es la evaluación de la calidad percibida:

- *Encuesta* a usuarios del servicio, con un tamaño de la muestra de 448 personas.
- *Grupos de discusión* a usuarios y familiares: 2 grupos
- *Entrevistas en profundidad* a usuarios, familiares, profesionales y responsables técnicos: 12 entrevistas.
- *Obtención de datos secundarios*, mediante su sistematización en tres fichas de registro totalmente anónimas.

Los grupos de discusión y determinadas entrevistas en profundidad se han utilizado fundamentalmente con una finalidad exploratoria, con el propósito de profundizar en la realidad estudiada, y han contribuido a la construcción del cuestionario y a la interpretación de los resultados. Las entrevistas en profundidad a usuarios se han

utilizado en el análisis, buscando la complementariedad entre la aproximación cuantitativa y cualitativa al objeto de estudio.

En el proceso de elaboración del cuestionario se realizaron hasta cinco pretest, para lograr una máxima adecuación al nivel de formación e información de la población objeto de estudio.

Por otro lado, se ha corroborado la calidad de la medición llevada a cabo a través del cuestionario a usuarios. Para comprobar la **fiabilidad de la medida**, se ha desarrollado una prueba test-retest, sobre 40 personas que han formado parte de la muestra. Para ello, de llevaron a cabo dos aplicaciones del mismo cuestionario (test y retest).

Por fiabilidad hace referencia al grado de consistencia de los resultados al repetir las medidas, a la exactitud de éstas (Latiesa, 1992). Se trata de la consistencia y estabilidad de las observaciones. Se han seleccionado los siguientes coeficientes:

- Para variables nominales y ordinales: coeficiente de estabilidad neto -CEN, coeficiente de estabilidad en la respuesta -CER, y coeficiente de estabilidad bruta global CEBG (Latiesa, 1992). También el estadístico Kappa de Cohen en aquellos casos en los que ha sido factible su aplicación.
- Para variables de intervalo o razón: coeficiente de correlación r de Pearson.

La fiabilidad es óptima en las variables analizadas, siendo superiores a 0,70 los coeficientes CEN, CER y CEBG; y r superior a 0,80, llegando incluso a 0,97 en el caso de la variable edad.

En cuanto a las **técnicas de análisis de la información**, el *análisis estadístico de los datos cuantitativos* se ha efectuado en los niveles univariable, bivariable y multivariable, presentándose en los resultados todos ellos de forma simultánea cuando lo han requerido los temas tratados, y en función de los objetivos.

En cuanto al **programa objeto de estudio**, teleasistencia domiciliaria, se inicia en 1994 mediante un convenio firmado entre la Federación Española de Municipios y Provincias, IMSERSO y Diputación Provincial de Granada. En un servicio de seguridad y compañía, que posibilita apoyo técnico de forma permanente, 24 horas al día. La tecnología que tiene a su disposición el usuario en el domicilio está compuesta por un terminal o teléfono con un botón integrado, y una unidad de control remoto (denominado medallón o pulsador vía radio) que siempre debe llevar consigo dentro de la vivienda. Ambos sistemas le permiten comunicarse con un centro de atención, que da

respuesta especializada a las demandas planteadas. El servicio incluye además unidades móviles, vehículos dotados con personal especializado y material de primeros auxilios, destinadas a intervenciones en situaciones de emergencia; y profesionales de coordinación de zonas, que realizan visitas de seguimiento en los propios domicilios de los usuarios. Más del 97% de éstos tienen 65 y más años. En 2010 el número de beneficiarios era de 5.732, con una cobertura entre la población mayor del 5,7% (referido a los municipios inferiores a 20.000 habitantes de la provincia).

IX.3. Hallazgos empíricos sobre la calidad percibida del programa evaluado

Los resultados de la investigación se han estructurado por temas, incluyendo en cada uno de ellos el análisis univariable, bivivariable y multivariable cuando ha sido pertinente. Además, se ha integrado el tratamiento de las preguntas abiertas del cuestionario y las entrevistas en profundidad realizadas a usuarios y familiares.

Para comprender la relación entre las distintas variables es necesario partir de las **características y el perfil de las personas entrevistadas**. Destacan las siguientes:

- La investigación se centra en los usuarios de 65 y más años, que representan el 98% del total de perceptores.
- El 81% son mujeres y el 19% hombres. La presencia de éstas en el programa es elevada, muy superior al peso que tienen en la estructura por sexo y edad de la población mayor en su conjunto. La edad media es de 77,9 años, sin diferencias apreciables entre ambos sexos.
- Respecto al nivel de estudios, leen y escriben el 48%, no lo hacen el 35%, mientras que solo saben leer el 12%. Han cursado estudios reglados, fundamentalmente educación obligatoria, el 5% restante. El nivel formativo es más elevado en hombres y en el grupo de menor edad (65 a 74 años).
- En relación al estado civil, en ambos sexos predomina el estado de viudedad, si bien en mayor proporción en féminas (76%), que en los varones (42%). Esta situación explica que vivan solos tres de cada cuatro: en concreto el 78% de mujeres y 58% de hombres.

- La tercera parte de los integrantes de la muestra residen en municipios inferiores a 2.000 habitantes. Suelen ser núcleos geográficos de interior y con población más envejecida, donde este tipo de servicios como teleasistencia son fundamentales.
- Estos resultados, apoyados por un análisis de correspondencias, han permitido establecer el perfil principal de usuarios del programa: mujer, de 75 a 84 años, viuda, sin estudios, y que vive sola en su hogar.

Un segundo tema hace referencia a los **problemas relacionados con la dependencia** y el **apoyo social** prestado:

- Aunque hay beneficiarios con diversos grados de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (por ejemplo, tres de cada cuatro manifiestan tener algún tipo de dificultad para subir y bajar escaleras, sobre todo los de más edad), forman parte del programa también personas sin problemas de dependencia o movilidad física. No obstante, incluso en los que presentan algún impedimento para su movilidad física, la mayoría de ellos viven solos (dos de cada tres).
- El resultado anterior confirma que teleasistencia domiciliaria tiene un marcado carácter preventivo. De hecho, al analizar el baremo de acceso, el apartado de situación sociofamiliar tiene mayor capacidad predictiva que el correspondiente a la valoración de la autonomía personal, sobre la puntuación total, según el análisis de regresión efectuado.
- Los usuarios que compatibilizan este servicio con el de ayuda a domicilio (SAD) representan un 23% de encuestados, que fundamentalmente corresponden a personas que viven solas y con mayor nivel de dependencia. Hay que precisar que en el momento de la realización del trabajo de campo no estaba implantada la Ley 39/2006, por lo que éstos pertenecían en su totalidad a la prestación básica del Plan Concertado.

Un tercer aspecto, de especial relevancia, lo constituyen determinadas **características del servicio** recibido:

- La antigüedad media en teleasistencia es de cuatro años en el momento de aplicación del cuestionario, si bien con una dispersión elevada. Así, en un 7% de los casos es inferior a un año, y en un 28% superior a cinco.

- El tiempo medio de espera para la instalación desde la solicitud es de tres meses. Hay una correlación entre periodo de espera para la instalación y percepción subjetiva del mismo, si bien esa valoración es bastante positiva (un 58% entienden que fue ‘poco’ o ‘nada’ y un 28% ‘lo normal’). A mayor tiempo real peor valoración a nivel subjetivo. Los que poseen formación reglada manifiestan, por un lado opiniones más críticas, y por otro más favorables, estando más polarizadas sus valoraciones. También se constata en todos los casos una amplia mayoría tienen una opinión positiva, si bien hay un mayor nivel de exigencia entre las personas que realizan aportación económica o copago.
- En el análisis de la última llamada efectuada por el usuario antes de contestar al cuestionario, los motivos principales han sido los relacionados con problemas de soledad, funcionamiento del equipo, y petición de información. Estos resultados muestran el carácter preventivo que tiene teleasistencia, y que no es sólo un servicio de emergencias. No obstante, las llamadas relacionadas con salud y urgencias sanitarias son las que tienen una mayor duración, debido a su importancia cualitativa.

Uno de los contenidos esenciales de la tesis es el referido a las distintas **dimensiones de la calidad del servicio de teleasistencia**. Éstas representan una adaptación de las planteadas para el desarrollo del instrumento SERVQUAL por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993). La calidad se fundamenta en un conjunto de principios y métodos orientados a la excelencia, entre los que se encuentra el logro de la satisfacción de los clientes. A este respecto, hay que diferenciar entre calidad recibida, que afecta a criterios técnicos y procesos en la prestación de un servicio, y percibida, que depende de la valoración subjetiva de las personas a las que se dirige. Los aspectos más importantes sobre las dimensiones son los que siguen:

- Las vías no formales son las más utilizadas para conocer el servicio. Las más importantes son vecinos y amigos (35%), y familiares (28,4%). El principal cauce formal, los profesionales de servicios sociales, ocupa el tercer lugar (28%).
- Solo uno de cada cuatro usuarios ha visto el funcionamiento del servicio, generalmente en casa de un vecino o familiar, con anterioridad a formular su solicitud. En mayor medida las mujeres, los de menor de edad y aquellos con estudios reglados.

- Los dos motivos principales para solicitar teleasistencia son la situación de soledad objetiva (59,4%), y la existencia de una enfermedad propia (26%). Vivir solo es la causa principal, sobre todo en el caso de mujeres y personas con escasos problemas de dependencia. Por el contrario, entre los que no viven solos la existencia de una enfermedad representa el primer motivo. Las entrevistas en profundidad revelan que los mayores acceden al programa buscando “seguridad”, precisamente por esos dos factores: soledad objetiva o enfermedad. La situación personal y familiar incide a la hora de efectuar la solicitud del programa.
- Los trámites para el acceso son percibidos como sencillos por una amplia mayoría de encuestados. Tan solo un 7% los cataloga como un poco complicados, fundamentalmente personas que los realizan ellos directamente. En este último caso suelen tener un nivel de formación elevado y una mayor exigencia ante la Administración. En cualquier caso, se valora de forma muy positiva el apoyo de los profesionales de servicios sociales en la realización de dichos trámites, aspecto subrayado también por los familiares en las entrevistas en profundidad.
- La percepción sobre la explicación inicial en la instalación del equipo es también muy positiva, catalogándola como ‘muy bien’ o ‘bien’ el 96,3% de los encuestados. Solo el 3% la identifican como ‘regular’, principalmente aquellos con menos de un año de antigüedad en el servicio y, por tanto, menos familiarizados con su manejo.
- Sobre la comprensión del funcionamiento, lo entendieron todo desde el principio tres de cada cuatro. Sin embargo un 15% solo asimilaron algunas cuestiones, las más básicas, y un 13% manifiesta que al principio le resultó difícil y han interiorizado su uso con el transcurso del tiempo. Pese a ser muy sencillo el manejo, tuvieron más dificultad las personas que no disponían de teléfono en el domicilio con anterioridad, menos habituados a esta tecnología. En cualquier caso la familiaridad con el equipo tecnológico instalado en la vivienda llega a través de su utilización: solo un 3% manifiestan tener algún tipo de dificultad a la hora de utilizarlo.
- En esa explicación inicial, y con independencia del uso que dan a la unidad de control remoto, prácticamente la totalidad (96%) reconocen de forma explícita que los profesionales les transmitieron la necesidad de llevarla siempre consigo y de manera adecuada (colgado en forma de medalla).

- La respuesta ante los problemas que han surgido en el funcionamiento, tanto del terminal telefónico como de la unidad de control remoto, es percibida como muy rápida, si bien en uno de cada diez casos se demanda más celeridad. Esta valoración más crítica corresponde en mayor proporción a usuarios con estudios, más exigentes y con unas expectativas más elevadas. Es un ejemplo de posible cambio de tendencia hacia un tipo de usuario “cliente”, exigente con el servicio que recibe.
- Los resultados corroboran los objetivos que a nivel técnico tiene el programa de teleasistencia: dar seguridad y compañía. Una amplia mayoría manifiestan que les da seguridad (95,5%), y compañía (89%). Además, cabe destacar que para el 96,8% es cómodo, y que el 95,5% se sienten tranquilos. Esta misma impresión se da en las entrevistas en profundidad, con el matiz de que los familiares insisten de forma prioritaria en el factor de seguridad, que va unido al de tranquilidad. El de compañía es menos señalado por los que viven con familiares, como era de esperar. No se puede obviar la relación directa existente entre soledad objetiva y subjetiva.
- En teleasistencia domiciliaria tienen especial importancia las llamadas ante una situación de emergencia. Dos de cada cinco encuestados las han realizado como mínimo una vez, de los que una amplia mayoría afirman que la respuesta fue muy rápida (88%), frente a un 12% que perciben que no fue con la premura deseada (esta cifra supone el 5% del total de entrevistados). En cualquier caso se trata de una percepción subjetiva, lo que explica que una misma situación puede ser interpretada de forma distinta según la persona a la que preguntemos. El nivel formativo es la variable que más determina esa valoración: a más estudios cursados se entiende menos positiva esa respuesta, aspecto sustancial para comprender la relación entre factores sociales y calidad percibida del servicio.
- El contacto humano con el personal técnico tiene también relación con una mejor valoración de la respuesta otorgada ante una emergencia. Ésta es más positiva entre los que han recibido la visita de la coordinadora de zona en los meses anteriores a la aplicación del cuestionario. Por este motivo, se han intensificado en los últimos años el número de visitas efectuadas en los domicilios.
- La percepción de preocupación por el usuario repercute en su sensación de seguridad. El 87% piensan que desde el servicio se preocupan lo suficiente por ellos, frente al 8,8% que consideran que no es así y demandan más atención. El 4,5% restante señalan

que ese interés se da en ocasiones. Las llamadas recibidas desde el centro de control, la amabilidad del personal, la buena atención o la profesionalidad, son factores que se señalan como indicativos de esa percepción positiva. Entre los que mantienen que no se preocupan lo suficiente, reivindican de manera explícita una mayor frecuencia de llamadas desde el centro. Sin embargo, en contra de lo esperado, no existen diferencias significativas entre esta opinión y el número real de llamadas recibidas. Los encuestados que desean tener más atención reciben un número de llamadas similar a los que no opinan así. En las entrevistas en profundidad se otorga un valor especial a la disponibilidad de los profesionales como una dimensión básica de teleasistencia, relacionada con la preocupación. Esto hace que se sientan apoyados al saber que alguien está “pendiente” de ellos.

La **evaluación de la satisfacción** constituye una parte sustancial de la calidad percibida. Dependerá de las expectativas, dentro de un contexto social y cultural determinado. Por ello hay que contrastar las opiniones de los usuarios (López y Gadea, 1995; Fantova, 2006; Cabrera et al, 2010). Se han obtenido importantes resultados en el análisis de la satisfacción con teleasistencia, considerando los objetivos e hipótesis establecidos en la investigación:

- En opinión de los propios encuestados, el servicio responde a lo esperado en el 61,1% de los casos, y lo supera en un 36,4%; tan solo para un 2,5% no se ajusta a las expectativas iniciales. El primer porcentaje (61,1%) corresponde a lo que López y Gadea (1995) identifican como “calidad satisfecha”; el segundo (36,4%), a la que estos autores definen como “calidad ideal”, que es la que supera las expectativas. Esta última se alcanza principalmente por personas que viven solas, y aquellas que no poseen estudios.
- Se han evaluado siete dimensiones. En orden de mayor a menor satisfacción, son las siguientes (el porcentaje de referencia que ha permitido esta ordenación corresponde a los que se sienten ‘satisfechos’ o ‘muy satisfechos’):
 - 1) Trato recibido de los teleoperadores (99,8%).
 - 2) Forma en la que le hablan o expresan las cosas (99,8%).
 - 3) Trato de la coordinadora de zona (99,3%).
 - 4) Atención o ayuda que ha recibido (96,7%).

- 5) Tiempo en dar solución a su problema o demanda (94,8%).
- 6) Relación con el/la trabajador/a social del ayuntamiento (94,4%).
- 7) Rapidez con la que atienden la llamada (93,2%).
- El análisis factorial ha permitido reducir la información a tres factores, representados por las siguientes variables: 1) Tiempo en dar respuesta a la demanda; 2) trato recibido de las teleoperadoras; y 3) relación con el profesional de servicios sociales. Respecto al primero, la satisfacción es muy elevada en todos los casos. No obstante, lo es aún más en usuarios de mayor edad, personas sin estudios, los que viven solos, aquellos que han tenido contacto directo reciente con técnicos del programa, y sobre todo los que perciben que la respuesta ante una emergencia ha sido muy rápida y acorde con lo esperado. En relación al segundo factor, el trato de las teleoperadoras es, como se ha expuesto anteriormente, la dimensión con mayor satisfacción; en este caso la valoración más alta corresponde a aquellos que viven acompañados, y los que poseen estudios. No obstante, de nuevo la variable que más diferencias muestra es la percepción de rapidez en la respuesta a una emergencia. En cuanto al tercero, también es muy elevada la satisfacción con el trato y relación con el profesional de servicios sociales, correspondiendo la opinión más favorable a los usuarios que tienen una relación más directa con él -personas con ayuda a domicilio-, así como los de más edad (de 85 y más años).
 - La satisfacción general con el servicio es muy alta: el 75,9% se muestra 'muy satisfecho' y el 23,2% 'satisfecho'. Por el contrario el 0,9% indican que 'regular'. Nadie manifiesta las opciones 'poco' o 'nada'. No hay diferencias estadísticamente significativas con variables sociodemográficas como sexo, edad o formación. Sí hay en función de la antigüedad, expectativas, y rapidez de respuesta. Así, están más satisfechos los usuarios con mayor antigüedad en teleasistencia, aquellos a los que el servicio les aporta más de lo esperado, y entre los que han tenido rapidez de respuesta ante una llamada de emergencia. El descontento mostrado por el 0,9% es consecuencia de la percepción de falta de agilidad ante una situación de urgencia que han tenido, y que de manera frecuente exige movilización de recursos que no dependen de forma directa de teleasistencia.
 - Hay una correlación muy elevada entre la satisfacción con el servicio en general y la existente con los tres factores analizados anteriormente: tiempo de respuesta a la

demanda (coeficiente de 0.63**); trato de las teleoperadoras del servicio (0.64**); y trato y relación con el profesional de servicios sociales (0.27**). Estos resultados confirman la hipótesis que relaciona la interacción usuarios-profesionales y el grado de satisfacción manifestado.

- Si nos situamos en las hipótesis de partida de este trabajo de investigación, se constata que no existe asociación entre el grado de satisfacción general y la frecuencia de uso de la unidad de control remoto, aspecto fundamental en la coproducción del servicio por parte del usuario. Por el contrario, sí hay diferencias respecto a la percepción de cambio en la vida si dejaran de tener el servicio. Las personas que reconocen que teleasistencia tiene efectos positivos en su vida cotidiana se muestran más satisfechos.
- Esta elevada satisfacción se explica por la “seguridad” que ofrece el programa. Con él se sienten seguros, más aún viviendo solos. A nivel cualitativo los aspectos relacionados con la amabilidad o la atención quedan en un segundo plano, no dejando por ello de ser importantes. Así se deduce de las respuestas dadas ante una pregunta abierta que indaga sobre los aspectos más positivos de teleasistencia. Esta idea coincide con el discurso que se extrae del grupo de discusión de familiares, que otorgan más valor a la atención ante una urgencia, que al trato recibido. Por tanto, a nivel cualitativo los efectos en el bienestar de usuarios y familiares se anteponen a las dimensiones de los modelos clásicos de calidad, más centrados en los aspectos como amabilidad o atención. Lo que requiere incorporarlo como una dimensión fundamental en los nuevos modelos teóricos y metodológicos de evaluación de calidad percibida en servicios sociales.
- Aún así, la amabilidad y el trato del personal es un aspecto importante en el que también se centran las entrevistas en profundidad. Se señalan en ellas dos factores básicos, “amabilidad” y “proximidad”, que generan situaciones que van más allá de las directrices técnicas, percibiendo al personal técnico del servicio como integrantes de un grupo social primario. En algunos casos llegan a identificarlos como parte de “su familia”.

En el análisis de la calidad se deben incorporar, además de aspectos relacionados con el trato, amabilidad, cortesía o satisfacción, otros indicadores. Es el caso de los

factores de coproducción y utilización del servicio, muy importantes en el programa de teleasistencia domiciliaria. Los principales hallazgos se presentan a continuación:

- El uso del servicio va a depender del perfil de usuario. En unos casos las llamadas se producen por problemas relacionados con la soledad, en otros por emergencias (enfermedad, caídas,...), para pedir información, o por cualquier otra circunstancia. Un resultado muy relevante es que se dan situaciones en las que no se efectúa la llamada ante circunstancias que podrían haberlo requerido. Especial significado tiene que en determinados casos el motivo es por evitar “molestias” o por “timidez”. Esta actitud no es producida por falta de información, pues el 90% reconocen la insistencia continua por parte de los profesionales para que llamen con más frecuencia, sino por la percepción sobre el contenido del servicio o por minimizar el riesgo que tienen estas situaciones. Entendiendo que el beneficiario debe tener la capacidad de elección sobre cuando efectuar una llamada, es necesario establecer nuevas estrategias para un mayor uso en estos casos, que implican cambios de hábitos adquiridos relacionados con el contexto social y cultural de la persona mayor. No se puede obviar que la mitad de las caídas de la población mayor se produce en el hogar (Dengra, 2008); y que existe una relación directa entre soledad objetiva y el hecho de sentirse solo (Rubio y Aleixandre, 2001).
- Tres de cada cinco encuestados indican que en algún momento han pensado que era mejor no llamar para evitar molestias. De ellos, una tercera parte fue expresamente por timidez o por evitar interferir en el desarrollo del trabajo de los teleoperadores (actitud representada por uno de cada cinco, sobre el total de usuarios). Esta actitud corresponde más al perfil de mujeres que viven solas.
- Ante situaciones imprevistas, como caídas o enfermedad repentina, llevar la unidad de control remoto de forma adecuada es imprescindible para que la producción del programa se desarrolle de acuerdo a las especificaciones técnicas, y se pueda dar una respuesta precisa y correcta. Estamos ante un elemento básico en la coproducción del servicio por parte de los beneficiarios. La llevan ‘siempre’ o ‘casi siempre’ el 59% de los usuarios, ‘a veces’ el 11%, ‘casi nunca’ un 9%, y el 21% restante manifiestan que no la llevan ‘nunca’. La frecuencia de uso es mayor en el caso de las personas que están solas, si bien también en su situación hay un porcentaje relevante que nunca lo llevan (18%). Los motivos principales que señalan son la incomodidad, la falta de

hábito, entender que no es necesario por encontrarse bien, o el temor a romperlo. En definitiva, son argumentos que utilizan para justificar que prefieren no llevarlo consigo permanentemente. La utilización es más alta, y por tanto siguen más las recomendaciones técnicas, las mujeres, las personas con problemas de dependencia, usuarios de ayuda a domicilio, y los que efectúan mayor número de llamadas al centro de atención. Resultados que indican la necesidad de insistir con nuevas intervenciones para lograr un mayor del uso del medallón o pulsador remoto.

- Mediante las entrevistas en profundidad se han identificado tres tipos de usuarios: 1) aquellos que desempeñan un rol normativo, que actúan conforme a las directrices técnicas; 2) usuarios que al no vivir solos y tener apoyo social otorgan menor importancia a llevar colgado el medallón de forma permanente; y 3) personas que, aún viviendo solas, tienen una actitud de autoconfianza y su uso viene determinado por la percepción subjetiva de su estado de salud. No obstante, el 96% de los encuestados reconocen que deben llevarlo siempre consigo, aunque parte de ellos no lo hagan.
- La importancia de una adecuada utilización de la unidad de control remoto se manifiesta en el hecho de que el 6,5% de perceptores han necesitado pulsarla en alguna ocasión por emergencia y no han podido hacerlo por no llevarla. La causa principal ha sido una caída, seguida de enfermedad inesperada y, en tercer lugar, una situación de robo o agresión.
- Es muy importante comprobar si el aumento de frecuencia de visitas en el domicilio de las coordinadoras de zona y técnicos de unidades móviles, producida en los últimos años, ha incrementado la utilización del pulsador remoto, para lo que se requiere una nueva investigación.

En el modelo conceptual elaborado para esta tesis, una de las dimensiones básicas extraídas de los grupos de discusión, realizados con carácter previo a la elaboración del cuestionario, es la **valoración que usuarios y familiares perciben sobre los efectos del programa en su bienestar** o calidad de vida. A este respecto se puede reseñar como más importante lo siguiente:

- Considerando que la población objeto del programa puede experimentar cambios en su salud y nivel de dependencia en el transcurso del tiempo, resulta significativo que prácticamente la mitad atribuyen a teleasistencia el principal motivo de la mejora en

su vida desde que disponen de la misma. Los que afirman que su vida ha empeorado (17,5%), lo atribuyen a factores ajenos al programa. De nuevo seguridad, tranquilidad y compañía son los factores que señalan en la mejora de su bienestar. Se trata en mayor medida de usuarios que viven solos, no tienen problemas de dependencia, aquellos que lo han utilizado en alguna ocasión para emergencia, y los que tienen una frecuencia de llamadas al centro de atención superior a la media.

- En las entrevistas en profundidad, y en los grupos de discusión, se reseña también un efecto importante en el entorno social más próximo: la tranquilidad que les supone a los familiares. Por tanto, teleasistencia tiene efectividad tanto sobre los beneficiarios como en la calidad de vida de la familia de éstos.
- El apoyo del programa en problemáticas relacionadas con el sentimiento de soledad se constata cuando tres de cada cinco encuestados reconocen que se encuentran más animados desde que lo tienen, fundamentalmente las personas que viven solas.
- Sobre la percepción del impacto del servicio, el 86,3% indican que su vida cambiaría a peor en caso de no tenerlo; y el 13,7% restante afirman que no tendrían ningún cambio en su calidad de vida. En todos los grupos comparados el porcentaje de valoración positiva de los efectos o contribución del programa al bienestar supera el 80%. Aún así, perciben en mayor medida ese efecto positivo las mujeres, los que tienen más autonomía personal y aquellos que han tenido que efectuar llamadas por emergencias. No disponer de teleasistencia implicaría, en sus propios términos, una pérdida de apoyo y compañía, de tranquilidad para usuarios y familiares, y de seguridad ante situaciones imprevistas.
- En relación a una de las hipótesis planteadas en el trabajo, las personas que siempre utilizan la unidad de control remoto de forma correcta, señalan en mayor proporción los efectos positivos del programa en su calidad de vida. Hay una relación entre la coproducción del servicio y los efectos en el bienestar personal.

Este trabajo ha intentado aplicar una propuesta teórica y metodológica para la evaluación de la calidad percibida de programas de servicios sociales comunitarios, como ha establecido el objetivo general de la investigación. Los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones y aspectos tratados representan en sí mismos unos

estándares de referencia para futuras mediciones, que permitirán comprobar según la percepción subjetiva de los usuarios el efecto de los cambios que de forma continuada se han introducido en los últimos años en el programa (incremento de visitas y llamadas de seguimiento, ampliación de unidades móviles, implantación de detectores en la vivienda, etc.). Se han establecido relaciones entre las diferentes variables, intrínsecas y extrínsecas al propio servicio, con objeto de buscar una explicación de las valoraciones efectuadas por las personas encuestadas.

Aunque en servicios sociales no se ha producido de forma total la transformación del rol de “usuario” en “cliente”, caracterizado por un mayor nivel de exigencia, sus opiniones sí permiten identificar determinadas mejoras en el servicio. Este hecho confirma la hipótesis general: la evaluación de la calidad percibida permite establecer estrategias de mejora continua del programa, expuestas en el capítulo. Este enfoque complementa las evaluaciones centradas de manera exclusiva en la calidad técnica o recibida, examinadas desde el punto de vista de los profesionales. La sociología aporta estrategias metodológicas válidas para ambos tipos de evaluación de la calidad de un programa o servicio, en este caso en el ámbito de los servicios sociales comunitarios.

Por último, cabe indicar que los usuarios realizan una valoración bastante positiva de las funcionalidades y prestaciones del servicio de teleasistencia domiciliaria, y muestran un nivel de satisfacción muy elevado. Sobre todo, les aporta seguridad y compañía, aspectos que confirman su marcado carácter preventivo. La propuesta teórica y metodológica desarrollada ha permitido comprobar que la calidad percibida es muy alta.

En cualquier caso, el marco del modelo de calidad utilizado se fundamenta en el enfoque de mejora continua de los servicios, y en la relación directa entre evaluación e investigación. Esta tesis pretende ser un punto de partida, que exige seguir profundizando en nuevas propuestas y líneas de estudio sobre éste y otros programas, dando respuesta a nuevos interrogantes que toda investigación genera. Es una tarea que requiere la implicación de todos los grupos y agentes relacionados con la prestación de los servicios, siempre con el objetivo de lograr el máximo bienestar de las personas a las que van dirigidos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABAD GONZÁLEZ, J.; MUÑIZ MARTÍNEZ, N.; CERVANTES BLANCO, M. (2003): “Análisis de correspondencias simples y múltiples”. En LÉVY MANGIN, J.P.; VARELA MALLOU, J. (Dir.): *Análisis multivariable para ciencias sociales*. Ed Pearson Educación, Madrid, pp 361-416.
- AENOR –Asociación Española de Normalización y Certificación- (2007): *Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de teleasistencia: Requisitos*. Ed. AENOR, Madrid.
- AEVAL –Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios- (2009): *Guía de evaluación Modelo EVAM, modelo de evaluación, aprendizaje y mejora*. Ed. AEVAL, Ministerio de la Presidencia, Madrid.
- AGUIAR GONZÁLEZ, F.; SÁEZ MÉNDEZ, H. (1999). “Logros y limitaciones de la política social en Andalucía”. En MOYANO ESTRADA, E.; PÉREZ YRUELA, M. (Coords): *Informe social de Andalucía (1978-98). Dos décadas de cambio social*. Ed Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía-IESA, Córdoba, pp 351-357.
- AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E (1992): *Evaluación de servicios y programas sociales*. S XXI editores, Madrid.
- AGUILAR HENDRICKSON, M. (2009): “Servicios sociales: las tribulaciones de un sector emergente”. En MORENO FERNANDEZ, L. (Ed.): *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Ed Siglo XXI, Madrid, pp 171-206.
- AGUIRIANO BEITIA, A. (1997): “Experiencia práctica en la gestión para la calidad total”. *Revista Siglo Cero*, Vol 29 (1), pp 15-22.
- ALAMINOS, A. (1999): *El análisis de discurso*. Editorial Club Universitario, Alicante.
- ALAMINOS, A. (2008): “La opinión pública europea y el Estado de Derecho: democracia y participación política”. En *Revista Sistema*, nº 202, Madrid, pp 21-46.
- ALASZEWSKI, A.; MANTHORPE, J. (1993): “Quality and the Welfare Services, A literature Review”. *British Journal Social Work*, 23, pp 653-665.
- ALBA TERCEDOR, C. R. (2000): “Desaparición o reestructuración del Estado: reformas de la Administración o reformas de la gobernación”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 69-97.
- ALEMÁN BRACHO, C. (1996): “Régimen jurídico de los servicios sociales en España”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Dir.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid, pp 57-78.

- ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (1996) (Dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid.
- ALEMÁN GRACHO, C.; PÉREZ SÁNCHEZ, M. (1996): “Los servicios sociales y su relación con otras disciplinas”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid, pp 29-54.
- ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords.) (1997): *Política Social*. Mc Graw-Hill, Madrid.
- ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÍA SERRANO, M. (1997): “Política social y salud”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords.): *Política Social*. Mc Graw-Hill, Madrid, pp 211-232.
- ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÍA SERRANO, M. (1999): *Fundamentos de Bienestar Social*. Tirant lo Blanch, Valencia.
- ALEMÁN BRACHO, C.; PÉREZ SÁNCHEZ, M. (1999). “El sistema andaluz de servicios sociales”. En MOYANO ESTRADA, E.; PÉREZ YRUELA, M. (Coords): *Informe social de Andalucía (1978-98). Dos décadas de cambio social*. Ed Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía-IESA, Córdoba, pp 321-350.
- ALEMÁN BRACHO, C.; PÉREZ SÁNCHEZ, M. (2000): “Nuevas estrategias para el avance de los servicios sociales. Nueva gestión, análisis y evaluación”. En DÍAZ MARTÍNEZ, J.A.; SALVADOR PEDRAZA, M.J. (Coords): *Nuevas perspectivas de los servicios sociales*. UNED, Madrid, pp 45-70.
- ALEMÁN BRACHO, C. y RAMOS LORENTE, M.M (2010): “Términos esenciales para comprender la Dependencia”. En ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J.M.; FERNÁNDEZ SANTIAGO, P. (Coords): *Dependencia y Servicios Sociales*. Ed. Aranzadi, Pamplona, pp 48-66.
- ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J.M; GARCÍA SERRANO, M. (2011): *Servicios sociales públicos*. Ed Tecnos, Madrid.
- ALMARCHA, A.; PASCUAL, M.; CAMPELLO, L.; CRISTÓBAL, P. (2000): “Integración laboral de personas con discapacidad: una perspectiva local”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 337-355.
- ALONSO, V.; BLANCO, A. (1990): *Dirigir con calidad total: su incidencia en los objetivos de la empresa*. Ed ESIC, Madrid.
- ALONSO SECO, J.M y ALEMÁN BRACHO, C. (2010): “El sistema de atención a la dependencia y los servicios sociales”. En ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO

- SECO, J.M.; FERNÁNDEZ SANTIAGO, P. (Coords): *Dependencia y Servicios Sociales*. Ed. Aranzadi, Pamplona, pp 153-199.
- ANDER-EGG, E. (1990): *Repensando la investigación-acción participativa*. Ed Departamento de Trabajo y Seguridad Social, Gobierno vasco, Vitoria.
- ANDER-EGG, E. (1991): *Introducción a la planificación*. S XXI editores, Madrid
- ALVARADO PÉREZ, E. (1998): “La crisis del Estado de Bienestar en el marco de la crisis de fin de siglo: algunos apuntes sobre el caso español”. En ALVARADO PÉREZ, E. (Coord): *Retos del Estado de Bienestar en España a finales de los noventa*. Ed Tecnos, Madrid, pp 21-57.
- ÁLVAREZ-MIRANDA, B. (1996): “El Estado de Bienestar: Veinte años de argumentos críticos”; En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 59-86.
- ALVIRA MARTIN, F. (1991): *Metodología de la evaluación de programas*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos, nº 2, Madrid.
- ALVIRA MARTIN, F. (1997): *Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico*. Ed Lumen-Humanitas, Buenos Aires.
- ALVIRA MARTÍN, F. (2000): “Metodología de la evaluación: la lógica de la evaluación”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 231-241.
- ALVIRA MARTIN, F. (2004): *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos, nº 35, Madrid.
- AMEZCUA VIEDMA, C.; JIMÉNEZ LARA, A. (1996): *Evaluación de programas sociales*. Ed Díaz de Santos, Madrid.
- AMIGÓ BORRAS, S. (1997): *La nueva sociedad de los servicios sociales*. Promolibro, Valencia.
- ARENILLA SÁEZ, M. (2000): “Planificación y políticas públicas”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 37-68.
- AYALA CAÑÓN, L. (2000): “Las rentas mínimas en el Estado de Bienestar Español”. En MUÑOZ DE BUSTILLO LLORENTE, R. (Ed): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza Editorial, Madrid, pp 323-350.

- AZNAR LÓPEZ, M. (1999): “Dos retos (y algunos ratos, ritos y rotos) de los servicios sociales”. En *Revista la Cristalera*, nº 8. Consejería de Trabajo y Política Social, Región de Murcia, pp 26-30.
- BALLESTER BRAGE, L. (1999): *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos*. Ed Síntesis, Madrid.
- BANDRÉS MOLINÉ, E. (1996): “¿A quién beneficia el Estado de Bienestar?”; En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 135-146.
- BAÑÓN I MARTÍNEZ, R. (2003): “La evaluación de la acción pública como responsabilidad democrática”. En BAÑÓN I MARTÍNEZ, R. (Comp.): *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Ed Díaz de Santos, Madrid, pp xv-xxvi.
- BARBERO BLANCO, I.; DÍEZ ARAMBURU, V. (2009): “Orientaciones para la implantación progresiva de sistemas de calidad en los servicios sociales locales de la Comunidad Autónoma del País Vasco”. En *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria- Revista de Servicios Sociales*, nº 45, pp 39-47. Ed Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- BARRIGA, 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. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- BARRIGA, S.; TRUJILLO, I. (2004): “Los servicios sociosanitarios en la sociedad del bienestar”. En *Anduli- Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, nº 4, pp 53-72. Ed Universidad de Sevilla, Sevilla.
- BAUDRILLARD, J. (1976): *La génesis ideológica de las necesidades*. Ed Anagrama, Barcelona.
- BAZO, M.T.; ANCIZU, I. (2004): “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”. En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 105, enero-marzo, CIS, Madrid, pp 43-77.
- BEVERIDGE, W. H. (1942): *Social insurance and allied services*. Cmd. London.
- BELL, D. (1976): *El advenimiento de la sociedad postindustrial*. Ed Alianza, Madrid.
- BELL, D. (1977): *Las contradicciones culturales del capitalismo*. Ed Alianza, Madrid.
- BELTRÁN, M. (2000): “El problema de la calidad en las organizaciones públicas”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 23-36.

- BELTRÁN, M. (2003): "Cinco vías de acceso a la realidad social". En GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (Eds): *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad, Madrid.
- BENGOA ARANA, M.A.; CELORIO YOLITO, M.J. (2000): "La calidad de las intervenciones sociales en las empresas de servicios humanos". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 49, pp 63-83. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- BENGOA ARANA, M.A.; CELORIO YOLITO, M.J. (2003): "Nuevas estrategias en la provisión de servicios humanos y clientes consumidores. Una visión desde el trabajo social". En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 133-146.
- BERICAT ALASTUEY, E. (2002): *Fragmentos de la realidad social posmoderna*. Fundación Centro de Estudios Andaluces, Temas de Actualidad, Sevilla.
- BERICAT ALASTUEY, E. (2003): "Mi idea de la Sociología". En Fundación CENTRA: *Informa. Boletín informativo de la Fundación Centro de Estudios Andaluces*, nº 8. Consejería de Relaciones Institucionales, Junta de Andalucía, Sevilla, pp 5-7.
- BERNILLON, A.; CERUTTI, O. (1998): *Los instrumentos de gestión de la calidad*. Ed Gestión 2000, Barcelona.
- BERNILLON, A.; CERUTTI, O. (1999): *Implantar y gestionar la calidad total*. Ed Gestión 2000, Barcelona.
- BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. (1993): *Marketing de servicios, la calidad como meta*. Parragón Ediciones, Barcelona.
- BLALOCK, H. M. (1981): *Introducción a la investigación social*. Ed Amorrortu, Buenos Aires.
- BRADSHAW (1972): "The concept of social need". *New Society*, 30, pp 640-643.
- BUENDÍA, J. (Comp.) (1991): *Envejecimiento y psicología de la salud*. Ed Siglo XXI, Madrid.
- BUSTELO RUESTA, M. (2003): "¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación?". En BAÑÓN I MARTÍNEZ, R. (Comp.): *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Ed Díaz de Santos, Madrid, pp 13-32.
- CABRERA RODRÍGUEZ, F. A.; DONOSO, T.; ANEAS, A.; DEL CAMPO, J.; PI I MURUGO, A. (2010): "Valoración de la satisfacción de usuarios de programas sociales: propuesta de un modelo de análisis". En *Revista de Educación*, nº 351, Ed Ministerio de Educación, Madrid, pp 311-336.

- CALLEJO, J (Coord); DEL VAL, C.; GUTIÉRREZ, J.; VIEDMA, A. (2009): *Introducción a las Técnicas de Investigación Social*. Ed CERA, Madrid
- CALVO GALINDO, A. (Coord) (2011): *El nuevo liderazgo en las administraciones públicas. Guía de buenas prácticas*. Ed Diputación Provincial de Alicante, Alicante.
- CAMPBELL, D.T.; STANLEY, J.C. (1966): *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rank McNally, Chicago. (Traducción al castellano: *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en investigación social*. Amorrortu, Buenos Aires, 1976).
- CAMPBELL, D.T. (1986): “Grados de libertad y el estudio de casos”. En COOK, T.D.; REICHARDT, CH.S.: *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Ed Morata, Madrid, pp 80-104.
- CAMPO, C. (1998): “La otra cara del Estado de Bienestar: la dualización social”. En ALVARADO PÉREZ, E. (Coord): *Retos del Estado de Bienestar en España a finales de los noventa*. Ed Tecnos, Madrid, pp 273-292.
- CAMPO LADERO, M^a.J. (2000): *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. CIS, Madrid.
- CASADO, D. (1991): *Introducción a los servicios sociales*. Ed Acebo, Madrid.
- CASADO, D. (1992): *Organizaciones voluntarias en España*. Ed Hacer, Barcelona.
- CASADO, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*. Ed CCS, Madrid.
- CASADO, D.; GUILLÉN, E. (1997): *Introducción a los servicios sociales*. Editorial Popular, Madrid.
- CASADO, D.; GUILLÉN, E. (2001): *Manual de servicios sociales*. Ed. CCS, Madrid.
- CASADO MARÍN, D.; LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración; situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación La Caixa, Barcelona.
- CASALS I CIENFUEGOS-JOVELLANOS, I. (2003): “Creación de escenarios para la mejora continua de la calidad en servicios sociales. El plan de calidad de ICASS 1999-2001. Generalitat de Catalunya”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 317-322.
- CASAS AZNAR, F. (1996a): *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Ed PPU. Barcelona.

- CASAS AZNAR, F (1996b): “Funciones sociales de la evaluación”. En *Revista de Intervención Psicosocial*, Vol. V, nº 14, pp 43-52.
- CASTELLS, M. (1996): “El futuro del Estado de Bienestar en la sociedad informacional”. *Revista Sistema*, nº 131, pp 35-53.
- CASTILLO BLANCO, F.A.; BARRANCO VELA, R. (1994): *Competencias locales en materia de servicios sociales*. Ed CEMCI, Granada.
- CASTÓN, P.; MARTÍNEZ, R.; RAMOS, M^a. M. (2012): “Los nuevos retos laborales ante la implantación de la Ley de Dependencia: Análisis socioprofesional en el contexto de Andalucía”. En *Revista de Estudios Regionales*, nº 90, Universidades Públicas de Andalucía, Málaga, pp. 17-44.
- CICOUREL, A. (1982): *El método y la medida en Sociología*. Ed Nacional, Madrid.
- COHEN, E.; FRANCO, R. (1993): *Evaluación de proyectos sociales*. S XXI editores, Madrid.
- COMÍN COMÍN, F. (1996): “Las formas históricas del Estado de Bienestar: El caso español”; En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 29-58.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES - C.A.S. (1994): *Plan de Servicios Sociales de Andalucía 1993-1996*. Junta de Andalucía, Sevilla.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES - C.A.S. (1999): *Las Prestaciones Básicas del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía*. Junta de Andalucía, Sevilla.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES - C.A.S. (2000): *El Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía. Memoria 1998*. Junta de Andalucía, Sevilla.
- COOK, T.D.; REICHARDT, CH.S. (1986): *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Ed Morata, Madrid. (título original: “*Qualitative and quantitative methods in evaluation research*”, Sage Publications, Inc, 1982).
- CÓRDOBA, S. (2003): “Una experiencia de evaluación de centros residenciales para personas mayores”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 325-344.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1986): *Salud comunitaria*. Ed Martínez Roca, Barcelona.
- CORRAL, L.; PERDIGUERO, A.; SARASA, S. (1988): *Seguimiento de la gestión de los servicios sociales comunitarios*. Ed Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales / S. XXI. Madrid.

- CRONBACH, L. J. (1981): *Toward a Reform of Program Evaluation*. Jossey Bass, San Francisco.
- CRONBACH, L. J. (1982): *Designing evaluations of educational and social programs*. Jossey Bass, San Francisco.
- CROSBY, P. (1990): *Hablemos de calidad*. Ed. McGraw-Hill, México.
- DE PAUL, J.; ARRUABARRENA, M.I. (1995): *Manual de protección infantil*. Ed Masson, Barcelona.
- DE PEDRO, M.T.; RODRIGO, I. (1994): “Adaptación de la encuesta SERVQUAL al sistema sanitario”. *Revista de calidad asistencial*, 3, nº 106.
- DE LA FUENTE ROBLES, Y.M. (2002): *El desarrollo de los servicios sociales: El caso de Jaén*. Ed Universidad de Jaén, Jaén.
- DE MIGUEL, J.M. (1998): *Estructura y cambio social en España*. Alianza Editorial, Madrid.
- DE VICENTE Y OLIVA, M.A.; MANERA BASSA, J. (2003): “El análisis factorial y por componentes principales”. En LÉVY MANGIN, J.P.; VARELA MALLOU, J. (Dirs.): *Análisis multivariable para ciencias sociales*. Ed Pearson Educación, Madrid, pp 327-360.
- DEL PINO MATUTE, E. (2009): “Un marco conceptual para estudiar el cambio del Estado del Bienestar y las Políticas Sociales”. En MORENO FERNANDEZ, L. (Ed.): *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Ed Siglo XXI, Madrid, pp 35-66.
- DEMING, W.E. (1982): *Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position*. Cambridge University Press, Cambridge.
- DEMING, W.E. (1989): *Calidad, productividad y competitividad*. Ed Díaz de Santos, Madrid.
- DENGRÁ MOLINA, R. (2008): *Modelo de toma de decisiones para la elección del servicio idóneo en personas mayores dependientes*. Universidad de Granada, Granada (Tesis doctoral no publicada).
- DENGRÁ MOLINA, R.; BABIANO FERNÁNDEZ, N.; GÓMEZ MATEOS, J. (2000): “Actitudes de las personas mayores hacia las nuevas tecnologías”. En ALCALÁ MANGAS, M. E.; DE VALENZUELA SÁNCHEZ, E. (Eds): *El aprendizaje de los mayores ante los retos del nuevo milenio*. Ed Dykinson, Madrid.
- DÍAZ AGUADO, M.J.; MARTÍNEZ ARIAS, R.; ALIA ROBLEDO, E. (1993): *La investigación aplicada a programas de intervención en caso de maltrato infantil*.

- Dirección General de Protección Jurídica del Menor, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- DÍAZ BARRADO, C.M. (1996): “La Carta Social Europea: un instrumento válido para el desarrollo de los derechos sociales en Europa”. En MARIÑO MENÉNDEZ, F.M.; FERNÁNDEZ LIESA, C. (1996) (Coords): *Política social internacional y europea*. Ed Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp 231-261.
- DIAZ DE RADA, V. (1999): *Técnicas de análisis de datos para investigadores sociales, aplicaciones prácticas con SPSS para Windows*. Ed. ra-ma, Madrid.
- DIAZ DE RADA, V. (2005): *Manual de trabajo de campo en la encuesta*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos, nº 36, Madrid.
- DÍAZ MARTÍNEZ, J.A.; BUÑUEL HERAS, A. (2000): “Prospectiva y planificación estratégica de servicios sociales”. En DÍAZ MARTÍNEZ, J.A.; SALVADOR PEDRAZA, M.J. (Coords): *Nuevas perspectivas de los servicios sociales*. UNED, Madrid, pp 71-105.
- DÍAZ MARTÍNEZ, J.A.; SALVADOR PEDRAZA, M.J. (2000): *Nuevas perspectivas de los servicios sociales*. UNED, Madrid.
- DÍEZ, M. (1995): *La construcción social de la imagen de la administración*. Seminario de Investigaciones Políticas IV. Aedemo, Barcelona.
- DONATI, P.; LUCAS, A. (1987): “La política social en el Estado de Bienestar”. En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 37, CIS, Madrid, pp 57-68.
- DONATI, P. (1993): *La cittadinanza societaria*. Ed Vari, Laterza.
- DOYAL, L.; GOUGH, I. (1994): *Teoría de las necesidades humanas*. Ed Fuhem, Madrid.
- DUTRENIT, J.M. (1989): *Gestión et évaluation des services sociaux*. Ed Economica, Paris.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Ed Alfons el Magnanim, Valencia.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1996): “Economías globales, nuevas tendencias demográficas y familias en transformación: ¿actual caballo de Troya del Estado de Bienestar?”. En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 349-372.
- FANTOVA AZKOAGA, F. (2002): “Hacia una gestión de calidad en los procesos de intervención social”. En *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, nº 128, pp 179-195. Ed Cáritas Española, Madrid.

- FANTOVA AZKOAGA, F. (2003): “Comunicación y relación en la intervención social y en la gestión de calidad”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 177-188.
- FANTOVA AZKOAGA, F. (2004): “Tendencias y apuestas en gestión de calidad para los servicios sociales”. CIES, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- FANTOVA AZKOAGA, F. (2006): “Gestionar servicios sociales ¿La asignatura pendiente?”. En *Educación Social Revista de Intervención Socioeducativa*, nº 34, pp 28-43. Fundació Pere Tarrés, Barcelona.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1992): “Valoración de programas”. En FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (Dir.): *Introducción a la evaluación psicológica II*. Ed Pirámide, Madrid.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (Ed.) (1996): *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Ed Síntesis, Madrid.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (Dir.) (2000): *Gerontología social*. Ed Pirámide, Madrid.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. (1996a): “Evaluación de programas en servicios sociales”; En FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (Ed.) (1996): *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Ed Síntesis, Madrid, pp 207-239.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. (1996b): “Roles y estrategias en evaluación de programas”. *Revista de Intervención Psicosocial*, Vol V, nº 14, pp. 9-21.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. (1999): “Los estándares de calidad de los servicios sociales para la infancia y familia”. En *V Congreso Estatal de Intervención Social*, tomo 3, pp 1853-1878, IMSERSO, Madrid.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, S. (1999): “Intervención social y calidad”. En *V Congreso Estatal de Intervención Social*, tomo 1, pp 281-296, IMSERSO, Madrid.
- FERNÁNDEZ GUERRERO, R.; MARTÍNEZ MORENO, A. (1999): *Servicios de apoyo a personas. Aportaciones a la gestión de empresas de economía social del sector*. Ed KRK, Oviedo.
- FERNÁNDEZ GUERRERO, R.; MARTÍNEZ MORENO, A. (2003): “Personas, conocimiento e innovación en servicios sociales”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 59-93.
- FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. (2005): *Gestión por competencias: Un modelo estratégico para la dirección de recursos humanos*. Ed Pearson Educación, Madrid.

- FERNÁNDEZ SANTIAGO, P. (2010): “La aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”. En ALEMÁN BRACHO, C.; ALONSO SECO, J.M.; FERNÁNDEZ SANTIAGO, P. (Coords): *Dependencia y Servicios Sociales*. Ed. Aranzadi, Pamplona, pp 361-394.
- FERNÁNDEZ-VILLARÁN ARA, A. (2003): “Diferentes enfoques de la gestión de calidad”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 25-49.
- FILSTEAD, W.J. (1986): “Métodos cualitativos: una experiencia necesaria en la investigación evaluativa”. En COOK, T.D.; REICHARDT, CH.S.: *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Ed Morata, Madrid, pp 59-79.
- FORTEZA, S.; RAMÓN, M.; MOREY, E. (1996): “Evaluación de las interacciones sociales entre los profesionales de atención directa y los usuarios de una residencia de personas con retraso mental”. *Revista Siglo Cero*, Vol 27 (5), pp 33-39.
- GALIANA CARMONA, T. (2004): “Investigación cualitativa”. En FRÍAS OSUNA, A.: *Salud pública y educación para la salud*. Ed Masson, Barcelona, pp 159-177.
- GALTUNG, J. (1990): “International development in human perspective”. En BURTON, J.W.(ed): *Conflict. Human needs theory*. Ed Macmillan, Londres, pp 301-305.
- GARAU, J. (Coord) (2005): *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales*. Ed INTRESS y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- GARCÉS FERRER, J. (1996): *Sistema político y administrativo de los servicios sociales*. Ed Tirant lo Blach, Valencia.
- GARCÉS FERRER, J.; DURÁ FERRANDIS, E. (1997): “Ideología y política social”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords): *Política social*. Ed McGraw-Hill, Madrid, pp 51-77.
- GARCÍA COTARELO, R. (1986): *Del Estado de Bienestar al Estado de Malestar*. Ed Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- GARCÍA FERRANDO, M. (2003): “La encuesta”. En GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (Eds): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Madrid, pp 167-201.
- GARCÍA FERRANDO, M. (2004): *Socioestadística: Introducción a la estadística en sociología*. Alianza Editorial, Madrid.

- GARCÍA FERRANDO, M. (Coord.) (2010): *Pensar nuestra sociedad globalizada: una invitación a la sociología*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia.
- GARCÍA HERRERO, G.A.; RAMÍREZ NAVARRO, J.M. (2002): *Diseño y evaluación de proyectos sociales*. Ed Certeza, Zaragoza (3ª edición).
- GARCÍA JIMÉNEZ, E.; GIL FLORES, J.; RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. (2000): *Análisis factorial*. Ed la Muralla, Cuadernos de Estadística, Madrid.
- GARCÍA MARÍN, J. (1997): *Aproximación sociológica a los servicios sociales*. Deputación Provincial da Coruña.
- GARDNER, J.F. (1999): "Quality services". En GARDNER, J.F. Y NUDLER, S. (Eds.): *Quality performance in human services: Leadership, values, and vision*. Paul H. Brookes, Baltimore, pp 3-19.
- GIL-MONTE, P.R.; PEIRÓ, J.M. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Ed Síntesis, Madrid.
- GIMENO ULLASTRES, J.A. (2000): "La incidencia redistributiva del gasto público en España". En MUÑOZ DE BUSTILLO LLORENTE, R. (Ed): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza Editorial, Madrid, pp 279-322.
- GINER, S.; SARASA, S. (1995): *Altruismo cívico y política social*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- GINER, S.; LAMO DE ESPINOSA, E.; TORRES, C. (Eds.) (1998): *Diccionario de sociología*. Alianza Editorial, Madrid.
- GINSBURG, N. (2000): "El Estado de Bienestar Británico y el gobierno conservador: 1979-1997". En MUÑOZ DE BUSTILLO LLORENTE, R. (Ed): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza Editorial, Madrid, pp 173-193.
- GOMÁ, R.; SUBIRATS, J. (1998): *Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*. Ed Ariel, Barcelona.
- GÓMEZ SERRA, M. (2002): "La evaluación de servicios y programas sociales: ¿un elemento de control o de transformación de la acción social?". En *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 57, pp 81-93. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- GÓMEZ SERRA, M. (2004): *Evaluación de los servicios sociales*. Ed Gedisa, Barcelona.
- GONZÁLEZ VADILLO, J.L. (2003): "El papel de las conversaciones en el cambio de las organizaciones". En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 51-58.

- GRANDE ESTEBAN, I. (1993): *Marketing estratégico para la tercera edad*. Ed ESIC, Madrid.
- GRANDE ESTEBAN, I. (2002): *Marketing de los servicios sociales*. Ed Síntesis, Madrid.
- GRANDE ESTEBAN, I.; ABASCAL FERNANDEZ, E. (1996): *Fundamentos y técnicas de investigación comercial*. Ed ESIC, Madrid.
- GUBA, E. G. (1978): *Toward a methodology of naturalistic inquiry in educational evaluation*. Los Angeles, Ca.: Center for the study of evaluation.
- GUERRERO, D.; DÍAZ CALLEJA, E. (1998): “Estado del Bienestar y redistribución de la renta nacional en España desde la transición”. En ALVARADO PÉREZ, E. (Coord): *Retos del Estado de Bienestar en España a finales de los noventa*. Ed Tecnos, Madrid, pp 133-165.
- GUERRERO SERON, A. (1996): *Manual de Sociología de la Educación*. Síntesis, Madrid.
- GUILLÉN RODRÍGUEZ, A.M. (1996): “Democracia y crisis del Estado de Bienestar en España: procesos de reestructuración y dificultades de apoyo político”. En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 321-348.
- GUILLÉN SADABA, E. (1996): “Los servicios sociales en Europa”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid, pp 707-730.
- GUTIÉRREZ JUNQUERA, P. (2000): “El Estado de Bienestar en España: Una visión de conjunto”. En MUÑOZ DE BUSTILLO LLORENTE, R. (Ed): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza Editorial, Madrid, pp 247-277.
- GUTIÉRREZ RESA, A. (1996): “Servicios sociales colectivos- servicios sociales comunitarios: paradoja para el futuro”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid, pp 247-269.
- GUTIÉRREZ RESA, A. (2001): “El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España (once años del Plan Concertado)”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 93, enero-marzo, CIS, Madrid, pp 89-130.
- GUTIÉRREZ RESA, A.; UÑA JUÁREZ, O. (2010): *Integración de los inmigrantes a través de los servicios sociales municipales en la Comunidad de Madrid*. Ed. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.

- HAYES, B. E. (1995): *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Ed Gestión 2000, Barcelona.
- HAYES, B. E. (1999): *Cómo medir la satisfacción del cliente: diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico*. Oxford University Press, México, D.F. (título original: “*Measuring customer satisfaction: survey design, use, and statistical analysis methods*”, Oxford University Press, México, 1998).
- HERNÁNDEZ LÓPEZ, J.M. (2000): “Experiencias evaluativas en el ámbito de los servicios sociales”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 357-367.
- HERRERA GARRIDO, F. (1996): “Círculos de calidad. Proceso de implantación en la Administración Local”. En *IV Jornadas de Intervención Social*. Tomo 2, pp 1235-1245. IMSERSO-Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid.
- HILLS, J. (1998): *Income and wealth: the latest evidence*. Joseph Rowntree Foundation, York.
- HIRSCHMAN, A.O. (1991): *La retórica de la intransigencia*. Fondo de Cultura Económica, México.
- HOLLISTER, R.G.; KEMPER, P.; WOOLDRIDGE, J. (1986): “Conexión entre el análisis de proceso y el análisis de impacto”. En COOK, T.D.; REICHARDT, CH.S.: *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Ed Morata, Madrid, pp 202-225.
- HOROVITZ, J. (1992): *La calidad del servicio: a la conquista del cliente*. Ed McGraw-Hill, Madrid.
- IBÁÑEZ, J. (1991): “El grupo de discusión: fundamento metodológico y legitimación epistemológica”. En LATIESA RODRÍGUEZ, M. (Ed) (1991): *El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos*. Servicio de Publicaciones Universidad de Granada, Granada, pp 53-82.
- IMSERSO (1997): *Teleasistencia Domiciliaria. Evaluación del Programa INSERSO/FEMP*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2009): *Informe 2008. Las personas mayores en España*. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.
- INSERSO (1992): *Evaluación de la calidad de los servicios del Programa de Termalismo Social*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- INSERSO (1995a): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.

- INSERSO (1995b): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS SOCIALES AVANZADOS- IESA (2011): *Barómetro de opinión pública de Andalucía 2011. Informe síntesis*. Ed IESA-CSIC, Córdoba.
- INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS EMPRESARIALES- ISEE (1995): *Calidad total*. CEOE-CEPYME, Madrid.
- ISHIKAWA, K. (1990): *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Ed Norma, Bogotá.
- JIMÉNEZ, J.; MORENO, C.; OLIVA, A.; PALACIOS, J.; SALDAÑA, D. (1993): *El maltrato infantil en Andalucía*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- JOARISTI OLARIAGA, L.; LIZASOAIN HERNÁNDEZ, L. (1999): *Análisis de correspondencias*. Ed la Muralla, Cuadernos de Estadística, Madrid.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1992): *Guía de atención a la salud del anciano*. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Sevilla.
- JURAN, J.M.; GRYNA, F.M. (1993): *Manual de control de calidad*. Ed MacGraw Hill, Madrid.
- KAHN, A.J.; KAMERMAN, S.B. (1987): *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional. El sexto sistema de protección social*. Ed S. XXI, Madrid.
- KAMERMAN, S.B.; KAHN, A.J. (Comps) (1993): *La privatización y el Estado benefactor*. FCE, México. (Título original: - (1989): *Privatization and the Welfare State*. Princeton University Press, Princeton, N.J.).
- KEYNES, J. M. (2010): *Tratado sobre el dinero*. Ed Fundación ICO, Madrid. (Título original: - (1930): *A Treatise on Money*).
- KRAMER, R.M. (1992): "The roles of voluntary social service organizations in four European states". En KUHNLE, S.; SELLE, P. (Eds.): *Government and Voluntary Organizations*. Ed Aldershot, Avebury, pp 34-52.
- LAPARRA, M.; AGUILAR, M.; GAVIRIA, M. (1996): "Inserción por la actividad económica: Un nuevo horizonte para los servicios sociales". En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid.
- LATIESA RODRÍGUEZ, M. (Ed) (1991): *El pluralismo metodológico en la investigación social: ensayos típicos*. Servicio de Publicaciones Universidad de Granada, Granada.

- LATIESA RODRÍGUEZ, M. (1992): *Informe técnico sobre el estudio de la fiabilidad de la encuesta de estructura social (Clases sociales y comportamientos de clases: estudio comparativo basado en la clasificación de E.O. Wright)*; Ministerio de Educación y Ciencia- DGICYT, Madrid.
- LATIESA RODRÍGUEZ, M. (2003a): “Validez y fiabilidad en las encuestas sociológicas”. En GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (Eds): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad, Madrid.
- LATIESA RODRÍGUEZ, M. (2003b): “Metodología de la investigación social para el turismo”. En RUBIO GIL, A. (Coord.): *Sociología del turismo*. Ed Ariel, Barcelona.
- LÉVY MANGIN, J.P.; VARELA MALLOU, J. (Dir.) (2003): *Análisis multivariable para ciencias sociales..* Ed Pearson Educación, Madrid.
- 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.
- LONGO, F. (2004): *Mérito y flexibilidad. La gestión de las personas en las organizaciones del sector público*. Ed Paidós, Barcelona.
- LÓPEZ-ARANGUREN, E. (2003): “El análisis de contenido tradicional”. En GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (Eds): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Universidad, Madrid.
- LÓPEZ CABANAS, M. (1997): *Sistemas de registro en servicios sociales comunitarios*. Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga, Málaga.
- LÓPEZ CABANAS, M.; CHACÓN FUERTES, F. (1997): *Intervención psicosocial y servicios sociales, un enfoque participativo*. Síntesis Psicología, Madrid.
- LÓPEZ CABANAS, M.; CHACÓN FUERTES, F.; MEDINA TORNERO, M.E. (1999): “¿Es posible hablar de calidad y responsabilidad compartida en la actual intervención social?”. En *V Congreso Estatal de Intervención Social*, tomo 1, pp 9-46, IMSERSO, Madrid.
- LÓPEZ CAMPS, J.; GADEA CARRERA, A. (1995): *Servir al ciudadano. Gestión de la calidad en la administración pública*. Ed Gestión 2000, Barcelona.
- LÓPEZ DE FORONDA, F. (2000): “Derechos ciudadanos y calidad en los servicios sociales”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 50, pp 9-25. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- LÓPEZ RUPÉREZ, F. (1994): *La gestión de la calidad en educación*. Ed La Muralla, Madrid.

- MARBÁN, V. (2009): “Atención a la Dependencia”. En MORENO FERNANDEZ, L. (Ed.): *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Ed Siglo XXI, Madrid, pp 207-238.
- MARIÑO MENÉNDEZ, F.M.; FERNÁNDEZ LIESA, C. (1996) (Coords): *Política social internacional y europea*. Ed Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- MARSHALL, T.H. (1949): “Ciudadanía y clase social”. Publicado en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 79, CIS, 1997.
- MARTÍNEZ DEL OLMO, M. T. (2000): “Evaluación de la calidad de los servicios sanitarios”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 273-290.
- MARTÍNEZ DEL OLMO, M. T. (2003): La evaluación de la calidad. Una perspectiva de los usuarios”. En BAÑÓN I MARTÍNEZ, R. (Comp.): *La evaluación de la acción y de las políticas públicas*. Ed Díaz de Santos, Madrid, pp 79-88.
- MARTÍNEZ MARTÍN, R. (2011): “Sociología laboral. Los cambios en el mundo del trabajo y los nuevos retos laborales del siglo XXI”. En GIL, F. (Ed.): *Tratado de Medicina del Trabajo. Introducción a la salud laboral. Aspectos Jurídicos y Técnicos*. Elsevier Masson, Barcelona. pp. 43-52. 2ª Ed. Vol. I.
- MARTÍNEZ ROMÁN, M.A.; MIRA-PERCEVAL PASTOR, M.T.; REDERO BELLIDO, H. (1996): “Los servicios sociales y su relación con otras disciplinas”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Dirs.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed S. XXI, Madrid, pp 203-246.
- MARZO, M; MONTANÉ, S. (2002a): “Modelos de calidad: FGM e ISO”. En *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, nº 21, EUES Pere Tarrés, Barcelona, pp 25-42.
- MARZO, M; MONTANÉ, S. (2002b): “Herramientas para la evaluación de la calidad”. En *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, nº 21, EUES Pere Tarrés, Barcelona, pp 115-130.
- MASLOW, A.H. (1970): *Motivation and Personality*. Ed Harper and Row, New York, (2ª ed). (Traducción: *Motivación y personalidad*. Ed Díaz de Santos, Madrid, 1991).
- MASLOW, A.H. (1982): *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. Ed Trillas, México.
- MAYNTZ, R.; HOLM, K.; HÜBNER, P. (1975): *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Alianza Editorial, Madrid.

- MEDINA TORNERO, M.E. (1993): “Análisis de calidad en los centros residenciales para mayores”. *Revista La Cristalera*, nº 2, pp 41-49. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Dirección General de Bienestar Social, Murcia.
- MEDINA TORNERO, M.E. (1996): “Evaluación de la calidad asistencial en servicios sociales”. *Intervención Psicosocial*, Vol 5, nº 2, pp. 23-42. Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid.
- MEDINA TORNERO, M.E. (1997): “La evaluación, garantía de calidad para los programas de intervención social”. *Revista Educación Social*, nº 5, pp 46-68. Fundación Pere Tarrés, Universidad Ramón Llull, Barcelona.
- MEDINA TORNERO, M.E. (1999a): “La gestión de la calidad y el marketing en los servicios sociales”. En *La Cristalera, Revista de Asuntos Sociales*, nº 8, pp 13-25. Consejería de Trabajo y Política Social, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Murcia.
- MEDINA TORNERO, M.E. (1999b): “¿Gestión de calidad en centros de servicios sociales?”. En *V Congreso Estatal de Intervención Social*, tomo 1, pp 543-80, IMSERSO, Madrid.
- MEDINA TORNERO, M.E. (2000): *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio*. Universidad de Murcia, Murcia.
- MEDINA TORNERO, M.E. (2003): “La calidad de vida en la gestión de la calidad: el servicio de ayuda a domicilio”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 189-196.
- MEDINA TORNERO, M.E.; MEDINA RUIZ, E. (2010): *Gestión de la calidad en servicios sociales*. Ed DM, Murcia.
- MEDINA TORNERO, M.E.; MEDINA RUIZ, E. (2011): *Servicios sociales: Organización y planificación*. Ed DM, Murcia.
- MICHALOS, A.C. (1985): “Multiple discrepancies theory (MDT)”. En *Social Indicators Research*, vol 16, nº 4, pp 347-413.
- MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2000): *Libro blanco para la mejora de los servicios públicos: una nueva Administración al servicio de los ciudadanos*. MAP, Secretaría General Técnica, Madrid.
- MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2002): *Los servicios de proximidad en las zonas urbanas desfavorecidas y en las zonas con baja densidad de población*. Ed MAP, Madrid.

- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1991): *Plan concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales en las Corporaciones Locales*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD –MSPSI (2011): *Informe del gobierno para la evaluación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. MSPSI, Madrid. [Consultado en www.mspsi.es].
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1997): *El Sistema Público de Servicios Sociales. Ponencia técnica de evaluación del Plan Concertado*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- MISHRA, R. (1983): *The Welfare State in crisis*. Harvester, Brighton.
- MISHRA, R. (1989): “El Estado de Bienestar después de la crisis: los años 80 y más allá”. En MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (Coord): *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*. Ed Alianza, Madrid.
- MISHRA, R. (2000): “El Estado de Bienestar en transición: Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda en la década de los noventa”. En MUÑOZ DE BUSTILLO LLORENTE, R. (Ed): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza Editorial, Madrid, pp 109-136.
- MONEDERO, J.C. (1998): “Consideraciones sobre el estado social y democrático de derecho en Europa”. En ALVARADO PÉREZ, E. (Coord): *Retos del Estado de Bienestar en España a finales de los noventa*. Ed Tecnos, Madrid, pp 87-132.
- MONEREO PÉREZ, J.L. (1995): “La política social en le Estado de Bienestar: los derechos sociales de la ciudadanía como derechos de desmercantilización”. En *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, nº 19, Madrid, pp 7-45.
- MONEREO PÉREZ, J.L.; MORENO VIDA, M.N. (1997): “Política social y seguridad social”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords.): *Política Social*. Mc Graw-Hill, Madrid, pp 179-209.
- MONTORO ROMERO, R. (1997): “Fundamentos teóricos de la política social”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords): *Política social*. Ed McGraw-Hill, Madrid, pp 33-50.
- MOTA LÓPEZ, R.; LÓPEZ MADERUELO, O. (1998): “Las personas mayores ante la exclusión social: nuevas realidades y desafíos”. En *Revista Documentación Social*, julio-septiembre, nº 112.
- MOYA VAQUERO, E. (2000): “Herramientas para gestionar la calidad en un centro de servicios sociales”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 49, pp 85-89. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.

- MOYANO ESTRADA, E.; PÉREZ YRUELA, M. (1999). “Condiciones de vida en Andalucía: La perspectiva de los ciudadanos”. En MOYANO ESTRADA, E.; PÉREZ YRUELA, M. (Coords): *Informe social de Andalucía (1978-98). Dos décadas de cambio social*. Ed Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía-IESA, Córdoba, pp 351-357.
- MUÑOZ CANO, R.; REDONDO HERMOSA, E.; TORRES GÓMEZ DE CÁDIZ AGUILERA, B. (1998): *Manual de Buena Práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, Madrid.
- MUÑOZ DE BUSTILLO LLORENTE, R. (Ed) (2000): *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Alianza Editorial, Madrid.
- NAVARRETE, L. (2005): “Hacia lo social. Lectura juvenil y socialización”. En *Revista de Estudios de Juventud*, nº 70, pp 57-63.
- NAVARRETE, L. (Dir.) (2006): *Jóvenes, derechos y ciudadanía*. Ed Injuve, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- NAVARRO, V. (2002): *Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país*. Ed Anagrama, Barcelona.
- NAVARRO, V. (2006): *El subdesarrollo social de España: causas y consecuencias*. Ed Anagrama, Barcelona.
- O’ CONNOR, J. (1973): *The fiscal crisis of the state*. S. Martin’s Press, Nueva York. (Traducción al castellano: *La crisis fiscal del Estado*. Ed Península, Barcelona, 1981).
- O’ CONNOR, J. (1984): *Accumulation crisis*. Basil Blackwell, Oxford.
- OFFE, C. (1990): *Contradicciones del Estado de Bienestar*. Alianza Editorial, Madrid.
- OLIVAS GARCÍA, S. (1999): “Los recursos humanos en el reto de la calidad: las auditorías y la certificación”. En *V Congreso Estatal de Intervención Social*, tomo 1, pp 307-313, IMSERSO, Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1981): *Evaluación de programas de salud*. OMS, Ginebra.
- ORTEGA, F. (1993): “La crisis de los sistemas escolares”. En GARCÍA DE LEÓN, M.A.; DE LA FUENTE, G.; ORTEGA, F.: *Sociología de la Educación*. Ed Barcanova, Barcelona, pp 89-112.
- ORTÍ, A. (2003): “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo”. En GARCÍA FERRANDO, M.;

- IBÁÑEZ, J.: ALVIRA, F. (Comp.): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Ed Alianza Universidad, Madrid, pp 219-282.
- PALACIOS, J. L. (2003): “Función y aplicabilidad del control estadístico de la calidad en los servicios sociales”. En *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol 16, Servicio de Publicaciones Universidad Complutense, Madrid, pp 29-48.
- PALLINGER, J. (2002): *Disability and the quality of services: Irish and european perspectives*. National Disability Authority Trinity College, Dublín.
- PANIZA PRADOS, J. L. (2005): “Construir y analizar los datos para la elaboración de informes en investigación cuantitativa”. En *Cartografia das novas investigações em sociologia*. Editorial UFPB/ Editora Universitária, Brasil. pp. 175/192
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. (1988): “SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality”. *Journal of Retailing*, 64 (1), pp 12-40.
- PATTON, M.Q. (1983): *Practical evaluation*. Sage, Beverly Hills.
- PEREDA MARÍN, S.; BERROCAL BERROCAL, F. (2011): *Dirección y gestión de recursos humanos por competencias*. Ed Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid.
- PÉREZ- DÍAZ, V. (1997): *La esfera pública y la sociedad civil*. Ed Taurus, Madrid.
- PÉREZ- DÍAZ, V.; CHULIÁ, E.; VALIENTE, C. (2000): *La familia española en el año 2000: Innovación y respuesta de las familias a sus condiciones económicas, políticas y culturales*. Ed Fundación Argentaria, Madrid.
- PÉREZ MENAYO, V. (2005): *La calidad social, un nuevo paradigma en la Unión Europea*. Ed Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Colección Estudios, Madrid.
- PEIRÓ, J.M. (1990): *Organizaciones: nuevas perspectivas psicosociológicas*. Ed PPU, Barcelona.
- PEIRÓ, J.M. (1992): *Desencadenantes del estrés laboral*. Ed Eudema, Madrid.
- PÉREZ-LLANTADA RUEDA, M.C.; LÓPEZ DE LA LLAVE RODRÍGUEZ, A. (1999): *Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos*. Ed Dykinson, Madrid.
- PÉREZ SÁNCHEZ, M. (2000): “La calidad en la nueva gestión pública”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 147-156.

- PÉREZ YRUELA, M.; SÁEZ MÉNDEZ, H.; TRUJILLO CARMONA, M. (2002): *Pobreza y exclusión social en Andalucía*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Córdoba.
- PICÓ I LÓPEZ, J. (1999): *Teorías sobre el Estado de Bienestar*. Ed S. XXI, 3ª ed., Madrid.
- PORCEL MUNDO, A. (1997): “La calidad total en el Trabajo Social”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 59, pp 71-81. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- PRIETO, M.A.; LÓPEZ, L.A.; MARCH, J.C. (1994): “Percepción de usuarios sobre la calidad de los servicios de atención primaria y atención especializada”. En EASP: *IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria, ¿de paciente a cliente?, el ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp 193-194.
- RAYA DÍEZ, E. (2002): *Políticas sociales y ciudadanía. La condición social de las personas demandantes de prestaciones sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Ed Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao.
- REBOLLOSO, E.; FERNÁNDEZ RAMÍREZ, B.; CANTÓN, P. (2008): *Evaluación de programas de intervención social*. Ed Síntesis, Madrid.
- REIN, M.; WHITE, S.H. (1978): “Can policy research help policy?”. En COOK, T. (Comp): *Evaluation Studies Review Annual*. Sage, Beverly Hills, nº 3, pp 24-41.
- REIN, M. (1993): “La estructura social de las instituciones: ni públicas ni privadas”. En KAMERMAN, S.B.; HAHN, A.J. (Comps): *La privatización y el Estado benefactor*. FCE, México. pp 65-90.
- RICO VALLEJO, C.; TORRUBIANO, J.; SOLA, M.; ANTÓN, P.; JUANES, B. (2006): *Guías de apoyo a la calidad en la gestión pública local. Sistemas de seguimiento, evaluación y mejora del servicio ofrecido al ciudadano por las administraciones locales*. Ed Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid.
- RIZO LÓPEZ, A. E. (2000): “El análisis de contenido”. En CRUZ BELTRÁN, F.; GUALDA CABALLERO, E. (Coords.): *Métodos y técnicas de investigación social*. Ed Estudios Sociales e Intervención Social, Huelva, pp 235-269.
- RÓDENAS RIGLA, F.; SÁNCHEZ FLORES, S. (1997): “Política social y empleo”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords.): *Política Social*. Mc Graw-Hill, Madrid, pp 233-269.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1989): “Orígenes y evolución del Estado de Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general”. En revista *Política y Sociedad*, nº 2, pp 77-87.

- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1991): *Estado, privatización y bienestar: un debate de la Europa actual*. Icaria-Fuhem, Barcelona.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1993): “Transformaciones socioeconómicas y política social: la segunda reestructuración del Estado de Bienestar”. En *Revista de Documentación Social*, nº 93, pp 53-72.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1994): “Estado de Bienestar y Sociedad de Bienestar: Debates e ideologías en torno a la división mixta del bienestar”. En *Revista Internacional de Sociología*, nº 8-9, Madrid, pp 7-27.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1996): “Los límites del Estado de Bienestar y las tendencias en el desarrollo de la reforma social”; En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 87-114.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Coord) (1999): *La protección social de la dependencia*. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (Dir.) (2011): *Servicios sociales y cohesión social*. Ed Consejo Económico y Social, Colección de Estudios, nº 229, Madrid.
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, A. (1995): *Los recursos humanos en las administraciones públicas*. Ed Tecnos, Madrid.
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, A. (2000): “La calidad en la administración pública”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 99-111.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1998): “El problema de la dependencia en las personas mayores”. En *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, nº 112, pp 33-63.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999): “Las necesidades de las personas mayores dependientes”. En *Revista la Cristalera*, nº 8. Consejería de Trabajo y Política Social, Región de Murcia, pp 38-41.
- ROJAS TEJADA, A.J.; FERNANDEZ PRADOS, J.S.; PEREZ MELENDEZ, C. (1998): *Investigar mediante encuestas: fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Ed Síntesis, Madrid.
- ROLDÁN GARCÍA, E. (2001): *¿Hacia un sistema mixto de bienestar social? La evolución de los servicios sociales en España*. Ed Complutense, Madrid.
- ROSANDER, A.C. (1992): *La búsqueda de la calidad en los servicios*. Ed Díaz de Santos, Madrid.

- ROSSI, P.H. y FREEMAN, H.E. (1982): *Evaluation: A systematic Approach*. Newbury Park, CA. Sage.
- ROSSI, P.H. y FREEMAN, H.E. (1989): *Evaluation: Un enfoque sistemático para programas sociales*. Ed Trillas, Mexico.
- RUBIO, R.; ALEIXANDRE, M. (2001): “Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo”. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol 11, nº 1, pp 23-28.
- RUBIO, M.J.; VARAS, J. (2004): *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Ed CCS, Madrid.
- RUIPÉREZ CANTERA, I. (1998): “Calidad en la asistencia a las personas mayores”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 33 (2), pp 63-66.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. (1999): *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao.
- RUTMAN, L (1980): *Planning useful evaluations: Evaluability assessment*. Newbury Park, CA.: Sage.
- SACANELL BERRUECO, E. (1996): “Aportaciones de la gestión de calidad en los servicios sociales”. En *IV Jornadas de Intervención Social*. Tomo 2, pp 1261-1270. IMSERSO-Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid.
- SACANELL BERRUECO, E. (2000): “Reflexiones y experiencias sobre calidad desde un servicio social municipal”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 49, pp 9-29. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- SACANELL BERRUECO, E. (2002): “Construyendo una organización abierta al aprendizaje: la experiencia de los servicios sociales del Ayuntamiento de Getxo”. En *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, nº 21, EUES Pere Tarrés, Barcelona, pp 58-70.
- SALVADOR PEDRAZA, M.J. (2000a): “Calidad y servicios sociales”. En DÍAZ MARTÍNEZ, J.A.; SALVADOR PEDRAZA, M.J. (Coords): *Nuevas perspectivas de los servicios sociales*. UNED, Madrid, pp 215-255.
- SALVADOR PEDRAZA, M.J. (2000b): “Los retos de la calidad en los servicios sociales”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 50, pp 27-53. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid.
- SALVADOR PEDRAZA, M.J. (2003): “Criterios de calidad en los servicios de atención a las personas”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 147-175.

- SARASA URDIOLA, S. (1996): "Pluralismo agonístico y gestión del bienestar"; En VV.AA.: *Dilemas del Estado de Bienestar*. Fundación Argentaria, Madrid, pp 421-435.
- SARACENO, CH. (2002): *Social assistance dynamics in Europe. National and local poverty regimens*. Bristol: The Policy Press.
- SCHALOCK, R.L.; (2000): "Three decades of quality of life". En Wehmeyer, M.L. y Patton, J.R. (Eds.): *Mental retardation in the 21 st century*. Pro-Ed, Austin, Tx, pp 335-358.
- SCHALOCK, R.L.; VERDUGO, M.A. (2003): *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial, Madrid. (Título original: "*Handbook on quality of life for human service practitioners*". American Association on Mental Retardation, 2002.)
- SCRIVEN, M.S. (1967): "The methodology of evaluation". En STAKE , R.E. et al (Eds): *Perspectives of curriculum evaluation*. AERA Monograph Series on Curriculum Evaluation, nº 1, Rand McNally, Chicago.
- SCRIVEN, M.S. (1974): "The concept of evaluation". En APPLE, M.W.; SUBKOVIK, M.J.; LUFLER, H.S. (Eds): *Educational evaluation: analysis and responsibility*. McCutchan, Berkeley.
- SCRIVEN, M. (1980): *The logic of evaluation*. Inverness, CA:Edgepress.
- SENDERS, J.R. (The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (1994): *The Program Evaluation Standards*. Sage, Inc. Thousand Oaks, California.
- SMITH, M. F. (2001): "Evaluation: Preview of the future". En *American Journal of Evaluation*. Nº 22, 3, pp 281-300.
- SELLTIZ, C. et al. (1981): *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Ed Rialp, Madrid.
- SETIÉN, M. L. (1993): *Indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco*. Ed S. XXI y CIS, Madrid.
- SETIÉN, M.L.; ARRIOLA, M.J. (1997): "Política social y servicios sociales". En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords.): *Política Social*. Mc Graw-Hill, Madrid, pp 323-353.
- SHAW, J. C. (1991): *Gestión de servicios*. Ed Díaz de Santos, Madrid.
- SIERRA BRAVO, R. (1988): *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. Ed Paraninfo, Madrid.

- STAKE, R.E. (1975): *Evaluating the arts in education: A responsive approach*. OH-Merril, Columbus.
- STAKE, R.E. (1983): “La evaluación de programas”. En DOCKWELL, W.B.; HAMILTON, D. (Eds): *Nuevas reflexiones sobre investigación educativa*. Ed Narcea, Madrid.
- STUFFLEBEAM, D.L.; SHINKFIELD, A.J. (1987): *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Ed MEC-Paidós, Madrid.
- SUBIRATS HUMET, J. (1994): *Análisis de las políticas públicas y eficacia de la administración*. Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid.
- SUBIRATS HUMET, J. (Dir.) (2008): *Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social*. Ed Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Madrid.
- SUBIRATS, J.; KNOEPFEL, P.; LARRUE, C.; VARONE, F. (2008): *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ed Ariel, Barcelona.
- SUCHMAN, E (1967): *Evaluative research. Principles and practice in public service and social action programs*. Russel Sage Foundation, Nueva York.
- SUÁREZ, F.; CIFUENTES, R.; MERCHÁN, E. (1991): “La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1, Suplemento.
- SVENSSON, T. (1991): “Los más ancianos. Datos demográficos y características psicosociales”. En INSERSO: *La tercera edad en Europa. Necesidades y demandas*. INSERSO, Madrid.
- TALAVERA PLEGUEZUELOS, C. (1999): *Calidad total en la administración pública*. CEMCI, Granada.
- TAMARIT, J. (2002): “Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito europeo”. En *Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, nº 128. Ed Cáritas Española, Madrid.
- TAYLOR-GOOBY, P. (1991): *Social change, social welfare and social science*. Harvester-Wheatsheaf, London.
- TEZANOS TORTAJADA, J.F. (2004): *Tendencias en desigualdad y exclusión social: Tercer foro sobre tendencias sociales*. Ed Sistema, Madrid.
- TEZANOS TORTAJADA, J.F. (2011): *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Ed Biblioteca Nueva, Madrid.

- TRINIDAD REQUENA, A.; PÉREZ SÁNCHEZ, M. (2000): “Evaluación de programas de intervención social”. En *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 10, Madrid. pp 113-140.
- TRINIDAD REQUENA, A. (2000): “La evaluación de programas sociales. Una perspectiva global”. En TRINIDAD REQUENA, A. (Coord.) (2000): *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, pp 243-272.
- TYLER, R. W. (1950): *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. University of Chicago Press, Chicago.
- UDAONDO DURÁN, M. (1996): *Gestión de la calidad*. Ed Díaz de Santos, Madrid.
- UGALDE, M. (2003): “Los componentes básicos de la calidad total”. En SETIÉN, M.L.; SACANELL, E. (Coords): *La calidad en los servicios sociales: conceptos y experiencias*. Ed Tirant lo Blanch, Valencia, pp 19-23.
- UÑA JUÁREZ, O.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, A. (2004): *Diccionario de Sociología*. Ed ESIC, Madrid.
- UÑA JUÁREZ, O.; HORMIGOS RUIZ, J.; MARTÍN CABELLO, A. (2007): *Las dimensiones sociales de la globalización*. Ed Paraninfo, Madrid.
- VECIANA, J.; GIRALT DE LA ROSA, P.; JIMÉNEZ, A.G.; ROMERA, J. (2002): “Implantación de un plan de calidad en un centro residencial de acción educativa”. En *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, nº 21, EUES Pere Tarrés, Barcelona, pp 140-155.
- VEDUNG, E. (1996): “Utilización de la evaluación de programas”; En FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (Ed.): *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (Pags 321-338). Ed Síntesis, Madrid.
- VEDUNG, E. (1997): *Evaluación de políticas públicas y programas*. INSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- VELASCO, J.; CAMPINS, J.A. (1997): *Gestión de la calidad, garantía y consolidación*. Ed Pirámide, Madrid.
- VERNETTE, E. (1995): “Eficacia de los instrumentos de estudio: evaluación de las escalas de medida”. En *Investigación y Marketing*, vol. 48, pp. 49-66.
- VILA LÓPEZ, L. (1997): “Política Social europea”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords): *Política social*. Ed McGraw-Hill, Madrid, pp 103-131.
- VILLORIA, M. (1998): “Ideologías de la crisis del Estado de Bienestar: Racionalización y modernización del Estado de Bienestar”. En ALVARADO

- PÉREZ, E. (Coord): *Retos del Estado de Bienestar en España a finales de los noventa*. Ed Tecnos, Madrid, pp 58-84.
- VIVAS CONSUELO, D. (1995): *Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: los gráficos de control estadístico del proceso*. Ed M/C/Q, Valencia.
- WEBER, M. (1964): *Economía y sociedad*. FCE, México.
- WEISS, C.H. (1975): *Investigación evaluativa*. Ed Trillas, México.
- WEISS, C.H. (1991): *Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. Ed Trillas, Mexico.
- WENGER DE LA TORRE, M. D. (1997): “Estado de Bienestar, políticas económicas actuales y vías alternativas”. En ALEMÁN BRACHO, C.; GARCÉS FERRER, J. (Coords): *Política social*. Ed McGraw-Hill, Madrid, pp 79-99.
- WHOLEY, J.S. (1977): “Evaluability assessment”. En RUTMAN, L. (Ed): *Evaluation research methods: a basic guide*. BeverlyHills, CA. Sage.
- WHOLEY, J.S. (1996): “Formative and summative evaluation: Related issues in performance measurement”. *Evaluation practice*, 17 (2), pp 145-149.
- W.H.O. – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997): *Measuring quality of life: The World Health Organization quality of life instruments*. Ed WHO, Ginebra, Suiza.
- ZARAGOZA PASCUAL, G. (2001): *Los servicios municipales. Luces y sombras de un sistema*. Ed Universitat de Valencia, Cuadernos de Investigación, Valencia.
- ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. (1993): *Calidad total en la gestión de servicios*. Ed Díaz de Santos, Madrid. (título original: “*Delivering quality service*”, The Free Press, Inc, 1990).

REFERENCIAS WEB

<http://www.iso.org/iso/home.html> (Internacional Organization for Standardization). [Consulta realizada 10 de febrero de 2012].

<http://www.efqm.org/en/> (European Foundation for Quality Management). [Consulta realizada 14 de mayo de 2012].

<http://www.aeval.es/es/index.html> (Agencia de Evaluación y Calidad. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas). [Consulta realizada 14 de mayo de 2012].

<http://www.mspsi.es> (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad). [Consulta realizada 7 de julio de 2012].

http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/teleasistencia_domiciliaria/usuarios/index.htm [Consulta realizada 19 de julio de 2012].

ANEXO I. CUESTIONARIO

Buenos días/tardes. La Universidad de Granada está haciendo un estudio sobre el servicio de teleasistencia. Le agradecemos que nos responda a una serie de preguntas. El cuestionario es totalmente anónimo y le rogamos que diga lo que realmente piensa, que sea sincero/a. **Muchas gracias por su colaboración.**

✦ **VAMOS A COMENZAR COMENTANDO CÓMO CONOCIÓ EL SERVICIO**

P1. ¿Cómo conoció el servicio de teleasistencia?

- A través de familiares 1
- Por la asistente social del Ayto 2
- A través de vecinos o amigos 3
- Usted mismo (mediante campañas de radio, tv, charlas, carteles...) 4
- Otros: 5

P2. ¿Antes de tener este servicio, había visto su funcionamiento con otras personas (familiar, vecino, conocido)?

- Sí 1
- No 2

P3. ¿Por qué lo solicitó?

- Porque vive solo/a 1
- Por su enfermedad 2
- Por enfermedad de un familiar 3
- Simplemente porque le parecía bien tenerlo 4
- Porque se empeñó su familia 5
- Porque se empeñó el/la asistente social del Ayto 6

P4. ¿Fueron sencillos los trámites (el papeleo) para solicitar el servicio?

- Muy sencillos 1
- Bastante sencillos 2
- Lo normal 3
- Un poco complicados 4
- *Ns/Nc* 9

P5. ¿Quién hizo los trámites (documentos, papeleo)?

- Usted mismo/a 1
- Sus familiares 2
- El/la asistente social del Ayto 3
- Otros 4

P6. ¿Cuánto tiempo tardaron en ponerle el equipo desde que lo solicitó? (en días): _____

P7. ¿Y cree que el tiempo que pasó desde que lo solicitó hasta que se lo instalaron fue mucho tiempo, lo normal, poco o nada?

- Pasó mucho tiempo 1
- Lo normal 2
- Poco 3
- Nada 4
- *No recuerda* 9

P8. Si hubiese conocido antes el servicio ¿Lo habría pedido anteriormente?

- Sí 1
- No 2

P9. ¿Cuánto tiempo hace que tiene usted el servicio? (pasar a meses): _____

P10. ¿Tenía teléfono antes o lo instaló cuando le pusieron el equipo de teleasistencia?

- Lo tenía con anterioridad 1
- Lo instaló cuando pusieron el equipo 2

P11. ¿El funcionamiento del equipo, se lo explicaron muy bien, bien, regular o mal?

- Se lo explicaron muy bien 1
- Se lo explicaron bien 2
- Se lo explicaron regular 3
- Se lo explicaron mal 4

P12. ¿Entendió usted su funcionamiento desde el primer momento?

- Al principio no lo comprendió 1
- Sólo entendió algunas cosas 2
- Sí, lo entendió todo desde el principio 3

P13. ¿Cómo le ha resultado el manejo del equipo?

- Muy fácil 1 (*Pasar a P14*)
- Lo normal (ni muy fácil ni difícil) 2 (*Pasar a P14*)
- Difícil 3

P13a. (si es difícil) ¿Por qué le ha resultado difícil?

P14. Cuando ha tenido algún problema con el funcionamiento del equipo (averías, batería,...) ¿Se lo han resuelto con rapidez?

- Sí 1
- No 2
- No ha tenido problemas con el equipo 3

✦ **VAMOS A VALORAR AHORA EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA**

P15. Respecto al servicio, dígame si...

	Sí, siempre	A veces	No
- Le da compañía.....	1	2	3
- Es un servicio cómo	1	2	3
- Le da seguridad.....	1	2	3
- Se siente más tranquilo.....	1	2	3
- Le pone nervioso su funcionamiento	1	2	3

P16. ¿El servicio es lo que usted esperaba, es mejor de lo que esperaba, o es peor de lo que esperaba?

- Es lo que esperaba 1
- Es mejor de lo que esperaba 2
- Es peor de lo que esperaba 3

P17. ¿Ha llamado alguna vez por una emergencia (caída, enfermedad, dolor repentino)?

- Sí 1
- No 2 (*Pasar a P18*)

P17a. ¿Y vinieron a su casa con rapidez?

- Sí 1 (*Pasar a P18*)
- No 2

P17a1. (si es no) ¿Y por qué cree que tardaron tanto?

P18. ¿Se preocupan lo suficiente por usted los profesionales de teleasistencia?

- Sí, siempre 1
- Unas veces sí y otras no 2
- No 3

P18a. ¿En qué lo nota?

P19. ¿Son agradables las personas que atienden el teléfono de teleasistencia?

- Siempre 1
- Casi siempre (la mayoría de las veces) 2
- Algunas veces 3
- Casi nunca son agradables 4
- Nunca 5

P20. ¿Ha tenido en alguna ocasión dificultades para hablar (contactar) con ellos/as?

- Sí 1
- No 2 (Pasar a P21)

P20a. (si es sí) ¿Qué dificultades?

P21. Le voy a ir diciendo una serie de cosas y usted me va a comentar en cada una de ellas si está muy satisfecho/a, si está satisfecho/a, solo regular o poco/nada satisfecho/a. ¿Cómo está de satisfecho con...?

	<u>Muy satisf.</u>	<u>Satisfecho</u>	<u>Solo regular</u>	<u>Poco/nada</u>
- Con la rapidez con la que atienden la llamada.....	1	2	3	4
- Con la atención o ayuda que ha recibido.....	1	2	3	4
- Con el tiempo en darle solución a su problema o demanda.....	1	2	3	4
- Con el trato que recibe de las personas que cogen el teléfono.....	1	2	3	4
- Con la forma en la que le hablan o expresan las cosas.....	1	2	3	4
- Con el trato de la asistente social del Ayuntamiento.....	1	2	3	4
- Con el trato de la persona de la empresa que le visita.....	1	2	3	4
- Con el servicio en general.....	1	2	3	4

*** VEAMOS AHORA LA UTILIZACION QUE HA DADO EN LOS ÚLTIMOS MESES AL SERVICIO**

P22. Desde enero hasta ahora, ¿le ha ocurrido alguno de estos sucesos?

↳ **¿Y llamó a teleasistencia?**

	<u>Sí</u>		<u>No</u>	
- Se ha encontrado enfermo/a en alguna ocasión.....	1	2	1	2
- Se ha sentido solo/a.....	1	2	1	2
- Ha estado bajo/a de ánimo en algún momento.....	1	2	1	2
- Se ha caído en casa.....	1	2	1	2

P22a. (si no ha pulsado) ¿Y por qué no utilizó el servicio?

*** VAMOS A SEGUIR COMENTANDO TEMAS DEL SERVICIO**

P23. ¿Cada cuanto tiempo llama usted a las teleoperadoras de teleasistencia?

- Todos los días 1
- Cada dos o tres días 2
- Cada semana 3
- Cada dos o tres semanas 4
- Una vez al mes 5
- Una vez cada dos meses..... 6
- Una vez cada tres meses 7
- Casi nunca o nunca..... 8

P24. ¿Cada cuanto tiempo las teleoperadoras le llaman a usted?

- Todos los días 1
- Cada dos o tres días 2
- Cada semana 3
- Cada dos o tres semanas 4
- Una vez al mes 5
- Una vez cada dos meses..... 6
- Una vez cada tres meses 7
- Casi nunca o nunca..... 8

- P25. ¿Ha pensado alguna vez que era mejor no llamarles para evitarles molestias?**
 - Sí.....1
 - No2 (Pasar a P26)

P25a. (si responde sí) ¿Y por qué ha pensado que puede molestar cuando les llama?

- P26. ¿Le dicen las teleoperadoras que llame usted más a menudo?**
 - Sí..... 1
 - No 2

P27. ¿Se cuelga el medallón para dormir?

- Sí..... 1 (Pasar a P28)
 - No 2

P27a. (si es no) ¿Por qué no se lo pone?

P28. ¿Y tiene el medallón colgado para ducharse o bañarse?

- Sí..... 1 (Pasar a P29)
 - No 2

P28a. (si es no) ¿Por qué no se lo pone?

P29. ¿Cuándo lleva colgado el medallón?

- Siempre..... 1 (Pasar a P30)
 - Casi siempre (la mayoría de las veces) ... 2
 - Algunas veces 3
 - Casi nunca (muy pocas veces)..... 4
 - Nunca 5

P29a. (si no es siempre) ¿Por qué a veces no se lo pone?

P30. ¿Cree necesario llevar siempre el medallón, sólo cuando se encuentre mal, o cuando le apetezca?

- Siempre..... 1
 - No, sólo cuando se encuentre mal 2
 - No, sólo cuando le apetezca llevarlo..... 3

P31. ¿Alguna vez ha necesitado pulsar el medallón y no ha podido por no llevarlo?

- Sí..... 1
 - No 2 (Pasar a P32)

P31a. (si responde sí) ¿En qué ocasión?

P31b. (si responde sí) ¿Y a partir de ese momento ha llevado más el medallón?

- Sí..... 1
 - No 2

P32. ¿Cuando le pusieron el servicio, le dijeron que el medallón debía de llevarlo siempre o solo cuando se encontrase mal?

- Siempre..... 1
 - Sólo cuando se encontrase mal..... 2
 - No le dijeron nada..... 3

P33. ¿Qué añadiría a este servicio?:

- | | Sí | No |
|--|----|----|
| - Que sirviera para fuera de casa..... | 1 | 2 |
| - Ver a las teleoperadoras mediante la TV..... | 1 | 2 |
| - Que las teleoperadoras puedan verle a usted .. | 1 | 2 |
| - Detectores de incendios y fugas de gas..... | 1 | 2 |

✦ VAMOS A HABLAR SOBRE LO QUE LE HA SUPUESTO TENER ESTE SERVICIO

P34. ¿Desde que tiene este servicio, su vida ha mejorado, sigue igual, o ha empeorado?

- Ha mejorado..... 1
 - Sigue igual 2 (Pasar a P35)
 - Ha empeorado 3

P34a. (si ha mejorado o ha empeorado) ¿Por qué?

P35. Desde que tiene el servicio de teleasistencia, ¿Se encuentra más animado, igual o peor que antes de tenerlo?

- Sí, está más animado 1
 - Está igual que antes de tenerlo 2 (Pasar a P36)
 - No, está peor 3

P35a. (si está más animado o está peor) ¿Por qué?

P36. Cree que si dejara de tener el servicio, ¿su vida seguiría igual, cambiaría a peor, o cambiaría a mejor?

- Seguiría igual 1 (Pasar a P37)
 - Cambiaría a peor 2
 - Cambiaría a mejor 3

P36a. ¿En qué cambiaría?

P37. ¿Cómo está de satisfecho/a con el servicio?

- Muy satisfecho 1
 - Satisfecho 2
 - Sólo regular..... 3
 - Poco/ nada..... 4

P37a. ¿Por qué?

P38. Comente lo más positivo (lo mejor) que ve del servicio:

P39. Comente lo más negativo (lo menos bueno) del servicio:

P40. Si un familiar o un amigo suyo quisiera poner el servicio, ¿Qué le contaría del mismo?

P41. En general, ¿el servicio le parece muy caro, algo caro, ni caro ni barato, más bien barato, o muy barato?

- Muy caro..... 1
- Algo caro..... 2
- Ni caro ni barato..... 3
- Más bien barato..... 4
- Muy barato..... 5
- Ns/Nc..... 9

*** NOS VA A COMENTAR AHORA COMO SE ENCUENTRA USTED (AUTONOMÍA DEL USUARIO)**

P42. Le voy a ir diciendo a continuación una serie de actividades y usted nos dice si es capaz de realizarlas solo/a y sin problemas (1), si las puede hacer usted solo/a pero le cuesta trabajo hacerlas (2) o si no puede hacerlas (3). Nos gustaría saber también si le ayuda alguien para realizarlas.

¿Le prestan ayuda?

- | | (1) | (2) | (3) | Sí | No |
|----------------------------------|-----|-----|-----|----|----|
| - Andar, pasear en casa..... | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| - Salir y andar en la calle..... | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| - Subir y bajar escaleras..... | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |

P42a. En caso de recibir ayuda ¿Quién se la presta principalmente?

- Cónyuge..... 1
- Hijas/os..... 2
- Otros familiares..... 3
- Vecinos o conocidos..... 4
- Ayuda formal (Ayto, ONGs....)..... 5
- Asistencia privada..... 6
- Otros:..... 7

*** VAMOS A REALIZAR LAS ÚLTIMAS PREGUNTAS**

P43. Sexo (indicar sexo)

- Hombre..... 1
- Mujer..... 2

P44. ¿Qué edad tiene usted?: _____

P45. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a..... 1
- Soltero/a..... 2
- Viudo/a..... 3
- Separado/divorciado..... 4
- Unión de hecho..... 5
- Otros..... 6

P46. ¿Nos puede indicar qué nivel de estudios tiene usted?

- Sin estudios, no lee ni escribe..... 1
- Sin estudios, sabe leer pero no escribe..... 2
- Sin estudios, lee y escribe..... 3
- Primarios..... 4
- Secundarios..... 5
- Universitarios..... 6

P47. Y por último ¿Con qué personas convive?

- Sólo/a..... 1
- Con cónyuge..... 2
- Con hijos..... 3
- Con cónyuge e hijos..... 4
- Con hermanos..... 5
- Con otros familiares..... 6
- Con amigos o conocidos..... 7
- Otra situación..... 8

*** Prueba in situ del manejo del equipo y evaluación por parte del encuestador. El usuario hace una llamada al centro de atención para decir que ha estado aquí el encuestador. El encuestador valora si el usuario:**

Bien Regular Mal

- Ha guardado los turnos en la llamada 1 2 3

Sí No

- Ha pulsado con el medallón..... 1 2
- Ha utilizado el sistema manos libres..... 1 2
- Ha dudado en el funcionamiento al llamar..... 1 2

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

A RELLENAR POR EL ENCUESTADOR:

- ¿Llevaba el medallón colgado cuando se presentó?

- Sí..... 1
- No..... 2

a. ¿Dónde lo tenía/llevaba?

b. ¿Se lo ha puesto después durante la entrevista?

- Sí..... 1
- No..... 2

- Grado de sinceridad (1=mínimo; 5 =máximo): _____

- Encuestador/a: _____

- Duración aproximada de la entrevista (minutos) _____

- Día de la semana: _____

- Día del mes: _____

- Mes: _____

Observaciones:

ÍNDICE DE CUADROS

1.1. Orden en la utilización de servicios.....	66
2.1. Leyes autonómicas en materia de servicios sociales	84
2.2. Prestaciones básicas.....	108
2.3. Programas de servicios sociales comunitarios en Diputación Provincial de Granada (2010-11).....	116
3.1. Preguntas en la evaluación de las políticas públicas	143
3.2. Estándares para la evaluación de programas en servicios sociales	145
3.3. Esquemas de desarrollo de la evaluación	148
3.4. Ventajas e inconvenientes de diferentes técnicas de recogida de datos utilizadas en la evaluación de programas	153
4.1. Comparación de dos modelos de calidad	173
4.2. Principios de la gestión de la calidad.....	181
4.3. Criterios del Premio Nacional a la Calidad Malcolm Baldrige (1997)	185
4.4. Dimensiones de SERVQUAL	189
4.5. Evolución de la gestión de la calidad en la administración local (tendencias).....	200
5.1. Variables e indicadores del modelo.....	228
5.2. Ficha técnica encuesta a usuarios	235
5.3. Grupos de discusión	235
5.4. Entrevistas en profundidad	236

ÍNDICE DE FIGURAS

4.1. Ciclo “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar”.....	175
4.2. Modelo Europeo de Excelencia EFQM.....	183
4.3. Modelo EVAM (Evaluación, aprendizaje y mejora).....	187
4.4. Modelo de evaluación del cliente sobre la calidad del servicio	190
4.5. Evolución de la satisfacción de los usuarios	192
4.6. Relación de los estándares de calidad con la evaluación e investigación social ...	212

ÍNDICE DE TABLAS

1.1. Opinión sobre la responsabilidad del Estado en el bienestar de los ciudadanos ...	26
1.2. Gastos de protección social por países 2005-2009, en porcentaje sobre Producto Interior Bruto.....	34
1.3. Conocimiento de servicios sociales dirigidos a personas mayores (% de población que los conoce). Comparación 2001-2009	72
1.4. Grado de acuerdo/desacuerdo con una serie de afirmaciones relativas al cuidado de las personas mayores	73
2.1. Proyectos financiados. Evolución 1988-2010	93
2.2. Financiación total del Plan Concertado, 2009	94
2.3. Usuarios, expedientes y nº de intervenciones (Intervenciones abiertas durante 2010).....	95
2.4. Porcentaje de usuarios según sector de referencia 2007-2010	96
2.5. Usuarios por grupo de demanda, 2010	96
2.6. Proyectos financiados (usuarios). Evolución 1990-2009	97
2.7. Personas de 6 y más años con alguna discapacidad por grupos de edad y sexo (tasas por 1000 habitantes)	98
2.8. Prestaciones por tipo, según grados y niveles (31-12-2010)	99
2.9. Grado de satisfacción con el funcionamiento de los servicios públicos.....	102
2.10. Grado de satisfacción con el funcionamiento de servicios sociales dirigidos a determinados colectivos	103
2.11. Centros de servicios sociales comunitarios y personal adscrito a los mismos por provincia. Años 2009-2010	110
2.12. Usuarios de servicios sociales comunitarios según prestación, por provincia. Año 2010	110
2.13. Hogares y personas pobres	119
2.14. Usuarios según sector de referencia, 2010 (Ámbito: Diputación Provincial de Granada).....	122
2.15. Usuarios según tipo de prestación, 2010 (Ámbito: Diputación Provincial de Granada).....	123
5.1. Coeficientes de fiabilidad en variables del cuestionario. Método test-retest	250
5.2. Conocimiento de teleasistencia según grupos de edad (%).....	255
5.3. Necesidad de atención urgente de situaciones que afectan a las personas mayores.....	256
5.4. Lugar deseado para vivir cuando sea mayor de 65 años. Comp.2001-2009	257
5.5. Altas (nuevos usuarios) según edad (años 2000-2005-2010).....	262
5.6. Altas (nuevos usuarios) según situación de convivencia (años 2000-2005-2010)	262
5.7. Motivos de bajas definitivas (comparativa años 2000-2005-2010).....	263
5.8. Motivos de llamadas recibidas en el centro de atención (años 2000-2005-2010).	263
5.9. Motivos de llamadas emitidas desde centro de atención (años 2000-2005-2010)	264
5.10. Datos de seguimientos de las/os coordinadoras/es de zona (%) (años 2000-2005-2010)	264
5.11. Actuaciones de las unidades móviles (en %) (años 2000-2005-2010).....	264
6.1. Media de edad, según sexo	270
6.2. Estudios, según sexo y grupos de edad.....	272
6.3. Estado civil, según sexo y grupos de edad	273
6.4. Forma de convivencia, según sexo y grupos de edad.....	275

6.5. Distribución por tamaño del municipio (%)	276
6.6. Porcentaje de aportación (sobre el 14,4% que aporta)	277
6.7. Aportación por el servicio, según personas con las que convive	278
6.8. Dificultad AVD ‘subir y bajas escaleras’, según sexo, grupos de edad y situación de convivencia.....	282
6.9. Media de baremo de autonomía, según situación de convivencia.....	283
6.10. Media de baremo de autonomía, según dificultad AVD ‘subir y bajar escaleras’	284
6.11. Apoyo sociofamiliar	286
6.12. Media de baremo de situación sociofamiliar, según forma de convivencia.....	286
6.13. Correlaciones entre apartados y total del baremo de acceso	287
6.14. Predicción de los apartados de baremo. Resumen del modelo de regresión	288
6.15. Usuarios del SAD, según dificultad AVD ‘subir y bajas escaleras’	289
6.16. Antigüedad en el servicio (%)	290
6.17. Correlación entre antigüedad en el servicio y tiempo de solicitud a instalación.	291
6.18. Tiempo desde solicitud a instalación (%).....	291
6.19. Tiempo desde solicitud a instalación según percepción subjetiva. Análisis de varianza.....	292
6.20. Motivo de la última llamada (%).....	294
6.21. Duración de la llamada, según motivo	294
6.22. Duración de la llamada según motivo. Análisis de varianza.....	294
6.23. Llamadas recibidas año anterior (%)	295
6.24. Llamadas emitidas año anterior (%).....	296
6.25. Visita de técnico y de coordinadora de zona (año anterior)	297
7.1. Ha visto funcionamiento anteriormente, según sexo, grupos de edad y nivel de estudios	307
7.2. Motivo de solicitud, según situación de convivencia	309
7.3. Motivo de la solicitud, según dificultad AVD ‘subir y bajar escaleras’	309
7.4. Índice de dificultad de trámites, según quién los realiza. Análisis de varianza	313
7.5. Realización de los trámites, según grupos de edad y nivel de estudios.....	314
7.6. Dificultad de los trámites, según grupos de edad y nivel de estudios	314
7.7. Comprensión del funcionamiento (%).....	316
7.8. Información inicial acerca de cuando llevar el medallón (%)	318
7.9. Respuesta a los problemas del equipo (%)	320
7.10. Aportaciones del servicio. Análisis factorial.....	322
7.11. Realización de llamadas de emergencia, según situación de convivencia y dificultad de movilidad.....	326
7.12. Correlaciones entre realización de llamadas de emergencia y las variables: llamadas emitidas, llamadas recibidas y antigüedad en el servicio	327
7.13. Respuesta a llamada de emergencia (rapidez de la movilización de recursos) ...	328
7.14. El servicio responde a lo esperado, según distintas variables independientes	335
7.15. Índices de valoración de las dimensiones.....	338
7.16. Satisfacción con dimensiones del servicio. Análisis factorial.....	339
7.17. Grado de satisfacción general con el servicio, según distintas variables independientes	343
7.18. Índice de satisfacción general, según expectativas. Análisis de varianza	344
7.19. Grado de satisfacción general, según cambio en la vida si no tuviera el servicio	345
7.20. Motivos para estar satisfecho (%) (Categorización de pregunta abierta).....	346
7.21. Aspecto más positivo (%) (Categorización de pregunta abierta)	347

7.22. Aspecto más negativo (%) (Categorización de pregunta abierta)	348
8.1. Respuesta a los problemas del equipo (%)	357
8.2. Ha pensado que era mejor no llamar, según sexo, situación de convivencia, antigüedad y copago	359
8.3. Motivos por los que piensa que puede molestar (%).....	360
8.4. Motivos por los que no lleva el pulsador (%) (Categorización pregunta abierta).	363
8.5. Cuándo lleva el pulsador, según sexo, dificultad de movilidad física, usuarios SAD y visita de coordinadora	364
8.6. Motivos por los que ha mejorado la vida, relacionados con el servicio (%) (Categorización de pregunta abierta).....	370
8.7. Cambio en la vida si dejara de tener el servicio, según distintas variables Independientes	375
8.8. Efectos ante la ausencia del servicio (%) (Categorización de pregunta abierta)...	376
8.9. Cambio en la vida si dejara de tener el servicio, según frecuencia con la que lleva el pulsador	377

ÍNDICE DE GRÁFICOS

2.1. Prestaciones de beneficiarios según Comunidades Autónomas, en porcentaje.....	100
5.1. Evolución del número de usuarios del programa 1995-2010	261
6.1. Distribución por sexo	270
6.2. Distribución por grupos de edad.....	271
6.3. Distribución por grupos de edad, según sexo	271
6.4. Nivel de estudios	272
6.5. Estado civil	273
6.6. Forma de convivencia.....	274
6.7. Proporción de usuarios que viven solos, por grupos de edad y sexo.....	275
6.8. Aportación económica por el servicio.	277
6.9. Perfil de usuario (Análisis de correspondencias múltiple)	279
6.10. Grado de dificultad en la realización de AVD	281
6.11. Usuarios que no pueden realizar AVD y reciben ayuda (%).....	282
6.12. Usuarios con problemas de salud (%)	285
6.13. Es usuarios del SAD	288
6.14. Percepción del tiempo transcurrido hasta la instalación.....	292
7.1. Conocimiento del servicio	304
7.2. Ha visto funcionamiento con anterioridad	306
7.3. Motivo de la solicitud del programa (%).....	308
7.4. Grado de dificultad de los trámites	312
7.5. Realización de los trámites	312
7.6. Grado de dificultad de trámites, según quién los realiza.....	312
7.7. Valoración de la explicación del funcionamiento del equipo.....	316
7.8. Valoración del manejo del equipo tecnológico	319
7.9. Aportaciones del servicio	321
7.10. Rapidez de respuesta ante llamadas de emergencia	325
7.11. Se preocupan lo suficiente por usted	330
7.12. Dificultad para contactar con el centro	332
7.13. El servicio responde a lo que esperaba	334
7.14. Grado de satisfacción con dimensiones del servicio	338
7.15. Satisfacción general.....	342
7.16. Valoración del coste económico.....	351
8.1. Ha pensado que era mejor no llamar para evitar molestias	358
8.2. Cuándo lleva el pulsador (%)	362
8.3. Cuándo lleva el pulsador, según situación de convivencia	362
8.4. Cuándo cree necesario llevar el medallón	367
8.5. Ha necesitado pulsar y no llevaba medallón	368
8.6. Cómo ha cambiado su vida.....	369
8.7. Mejora de la vida desde que es usuario (%)	370
8.8. Evolución del estado de ánimo.....	373
8.9. Mejora de estado anímico desde que es usuario (%).....	373
8.10. Cambio en la vida si dejara de tener el servicio	374

