

Integración de los modelos genéricos de Gestión de la Calidad con modelos de específicos de Calidad Asistencial en residencias para personas mayores

Jon Iradi¹, Ernesto Cilleruelo¹, Itziar Gurrutxaga¹, Ibon Serrano²

¹ Departamento de Organización de Empresas. Escuela Superior de Ingenieros de la Universidad del País Vasco. Alameda de Urquijo s/n 48013 Bilbao. oepearaj@bi.ehu.es, oepeciae@bi.ehu.es, oepegugui@bi.ehu.es.

² Departamento de Organización y Gestión Industrial. Loramendi 4, Apto 23. 20500 Mondragón (Gipuzkoa). iserrano@eps.mondragon.edu.

Resumen

Los modelos genéricos de gestión de la calidad (ISO 9000) se han implantado indistintamente en diferentes sectores industriales. Asimismo en los últimos años también han ido implantándose en el sector sociosanitario. Concretamente en el sector sanitario es donde mayor aplicación han tenido debido a las características intrínsecas del sector. Actualmente los modelos genéricos están empezando a introducirse en el sector de residencias para personas mayores, donde ya existen una serie de modelos específicos adaptados a los centros residenciales. En la presente comunicación se exponen algunos de los modelos genéricos y específicos más conocidos en el sector y se analiza en concreto cuál ha sido el grado de implantación de dichos modelos en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Paralelamente se plantea la adaptabilidad y adecuación de los modelos genéricos a todos los centros residenciales y la posibilidad de integrar ambos modelos.

Palabras clave: Calidad asistencial, norma ISO 9001:2000, centros para personas mayores .

1. Problemática.

Los modelos genéricos de gestión de la calidad (ISO 9001:2000, EFQM) se han aplicado indistintamente en diferentes sectores industriales y se están introduciendo en el sector sociosanitario. En el sector sanitario está bastante extendido la aplicación de los sistemas de aseguramiento de la calidad (Chan et al, 1997). Ahora se está produciendo un desarrollo en la implantación de estos sistemas en el sector social. Pero, ¿es realmente necesario aplicar sistemas de aseguramiento de la calidad o es simplemente una cuestión de moda? (Abrahamsom, 1991). En opinión de algunos investigadores como Chan y Ho (1997) en el sector sanitario la aplicación de los sistemas de calidad han servido para asegurar la calidad sanitaria en las residencias. En cambio, otros en opinión de investigadores como Melander y Tuckman (1997) el esfuerzo realizado en la aplicación de los sistemas no se ha visto reflejado en la calidad del servicio. En ese sentido, Brunson (1989) habla de “talking organisation”, que son aquellas actividades de una organización que están dirigidas hacia una política de marketing donde lo que se mide es la habilidad que tiene la organización para el modo de

gestión vigente en cada momento, y no tanto hacia una política de marketing consecuencia únicamente de satisfacer al cliente a través de los productos/servicios ofrecidos.

2. Producto vs. Servicio

En el sector de servicios sociales, y más concretamente en el área de residencias para personas mayores, la idea de que haya estándares de calidad que se puedan aplicar a cualquier tipo de actividad hay que descartarla (Grint et al., 1997). Incidiendo en lo mismo, para Zeithaml (1993) las diferencias principales entre ofrecer un producto y un servicio son las siguientes:

- Los servicios son intangibles: Es complicado establecer especificaciones que estandaricen la calidad.
- Los servicios son heterogéneos: En la prestación del servicio la interacción entre las personas es muy alta.
- A diferencia de lo que ocurre con un producto, la calidad de los servicios se produce durante la prestación del servicio. Los usuarios del servicio se encuentran donde se produce el mismo, observando y evaluando el proceso de prestación del servicio a medida que lo experimentan, es decir, los usuarios no sólo evalúan la calidad de un servicio valorando el resultado final que reciben, sino que también toman en consideración el proceso de recepción del servicio.

La siguiente figura nos muestra la extrapolación de las diferencias anteriores en la actividad concreta de un centro residencial (Larsen y Haversjo, 1999):

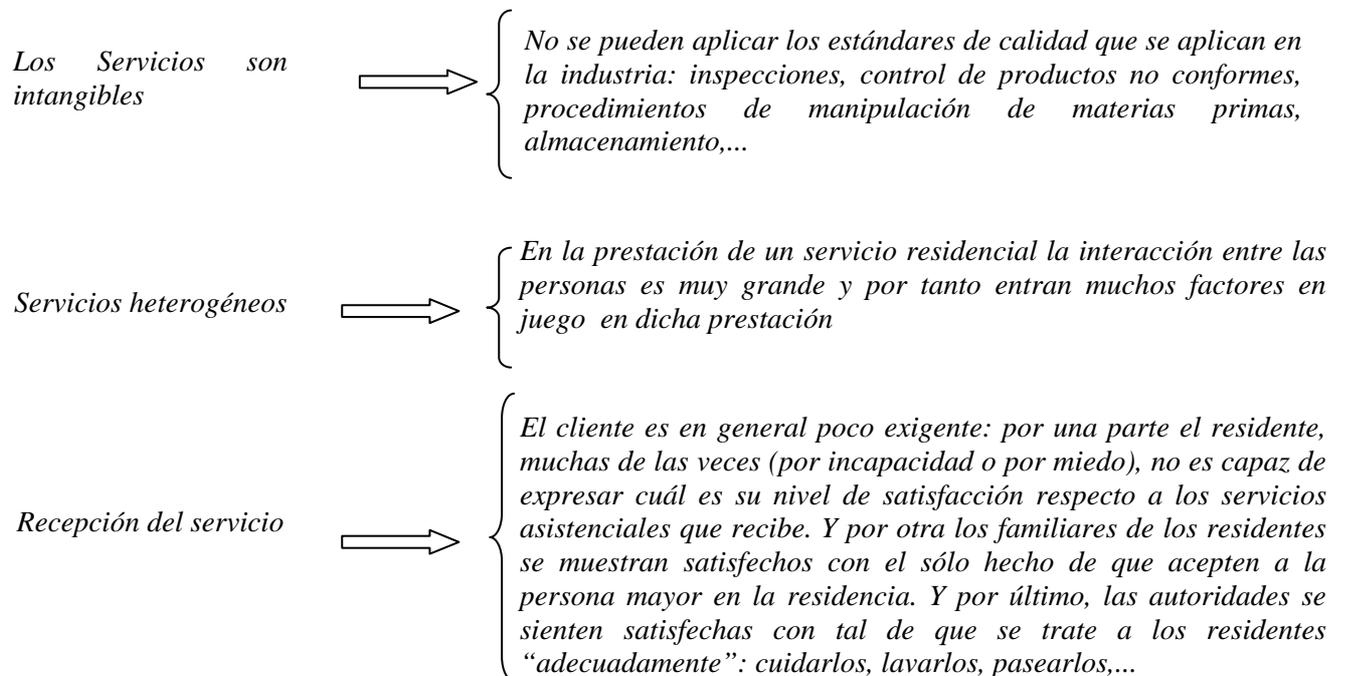


Figura 1. Extrapolación de las diferencias entre servicio/producto a un centro residencial

3. Modelos genéricos de Gestión de la Calidad vs. Modelos específicos de Calidad Asistencial

Se denominan *modelos genéricos* a aquellos modelos/sistemas que no están orientados hacia una actividad en concreto sino que son de aplicación universal y se pueden aplicar en cualquier tipo de actividad.

Los *modelos específicos*, en cambio, están orientados hacia una actividad en concreto. En el sector de las residencias para mayores los modelos específicos están orientados directamente hacia la calidad asistencial de la persona mayor.

En la siguiente tabla se muestran los principales modelos tanto genéricos como específicos:

<i>Modelos genéricos</i>	<i>Modelos específicos</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Norma ISO 9000:2000▪ Modelo EFQM	<ul style="list-style-type: none">▪ Modelo de Garantía de Calidad SiiS▪ Modelo SERA▪ Norma 158.001 de gestión de servicios en las residencias▪ Modelo SERVQUAL

Tabla 1. Modelos genéricos y específicos del sector de residencias para personas mayores

Los modelos específicos no son tan conocidos como los modelos genéricos de gestión de la calidad, por ello se va a proceder a una breve descripción de dichos modelos y a continuación se analizará cuáles han sido los modelos por los que han optado los centros residenciales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3.1 Proceso de Garantía de Calidad SiiS

El modelo de Garantía de Calidad SiiS tiene como base el respeto de los derechos de los residentes y los aspectos cualitativos de la atención. El modelo se centra en aquellos aspectos que están relacionados directamente con la vida cotidiana de los residentes y trata de definir si las pautas de organización y funcionamiento garantizan o no, en las distintas áreas de atención, el respeto de los derechos básicos de los residentes. El objetivo de este modelo es garantizar la mejora continua del centro buscando la participación de las personas directa o indirectamente implicadas en la vida residencial, tanto en la determinación de los aspectos que requieren ser modificados como en la definición de las alternativas viables, siendo

efectiva esta participación a través de un Grupo de Calidad en el que quedan representados los distintos agentes que toman parte en un centro residencial.

3.2 Modelo SERA (Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos)

El modelo SERA está enfocado en la integración de los aspectos físicos, organizativos, sociodemográficos de los habitantes, psicosociales y personales, teniendo en cuenta las interrelaciones que se establecen en todos esos grupos de variables.

Este modelo se basa en la descripción de contextos residenciales para personas mayores a unos amplios niveles de complejidad con posibilidades tanto de cuantificación como de análisis cualitativo de los diferentes aspectos contextuales (físicos y arquitectónicos, organizativos y de funcionamiento, de personal y residentes y de clima social) como personales (habilidades funcionales, nivel de actividad, salud, satisfacción y necesidades sobre el contexto) y por último interactivos.

3.3 Norma 158.001 de gestión de servicios en las residencias

Esta norma constituye una referencia con relación a la actividad desarrollada por las residencias para personas mayores y tiene por objeto facilitar las relaciones entre el cliente y el servicio facilitado en las residencias y la prestación del mismo por profesionales.

El objetivo de esta norma es el de servir de instrumento para:

- Proteger al cliente de la prestación del servicio que no sea conforme con las normas
- Permitir a los clientes identificar y diferenciar los servicios ofrecidos por las residencias con el fin de beneficiarse de las ventajas de una competencia leal en un mercado libre
- Crear ante los clientes una imagen del servicio prestado en una residencia;
- Permitir a los profesionales ejercer su actividad con la ayuda de las especificaciones técnicas claramente definidas a través de un lenguaje común
- Permitir a los profesionales posicionarse eficazmente: para responder a las necesidades del cliente.

3.4 Modelo SERVQUAL

El modelo SERVQUAL es un instrumento que sirve para medir las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de un servicio. El modelo utiliza los siguientes cinco criterios/dimensiones de la calidad.

- *Fiabilidad:* Habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
- *Elementos tangibles:* Apariencia de las instalaciones físicas

- *Capacidad de respuesta:* Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido
- *Seguridad:* Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar confianza y credibilidad
- *Empatía:* Atención individualizada que ofrecen los centros los usuarios

4. Modelos adoptados en los centros residenciales de la Comunidad Autónoma del País Vasco

En general, el concepto de centro residencial para personas mayores es un tanto problemática, ya que ha estado ligado a la renuncia de las personas mayores para ir a dichos centros, es decir, no es vista como una elección más sino que se toma más bien como la última opción (Sinclair, 1988). Esa visión de las residencias es algo que no ha cambiado en los últimos años, sin embargo el concepto de residencia para personas mayores, sí ha ido cambiando a lo largo de estos últimos años. Reflejo de esto último es el que los centros residenciales están optando por (animados por la administración) implantar planes de gestión de calidad.

En concreto, en la Comunidad Autónoma del País Vasco son dos los modelos por los que se ha apostado:

- ISO 9000:2000
- Modelo de garantía de calidad SiiS

En concreto, son 18 los centros que han conseguido la certificación ISO 9000:2000 y 7 los centros que han optado por el modelo de garantía de calidad SiiS.

En la siguiente tabla se muestran los datos del número de centros residenciales y del número de centros que han implantado los modelos por provincias:

	<i>Araba</i>	<i>Bizkaia</i>	<i>Gipuzkoa</i>
Centros residenciales	68	179	66
ISO 9000:2000	-	1	17
Modelo de SiiS	5	-	2
UNE\$ 158001			1

Tabla 2. Número de centros residenciales de la CAPV

Tal como se observa en la tabla, hay una gran diferencia entre las diferentes provincias, resalta el número de residencias que han obtenido la certificación ISO 9000:2000 en Gipuzkoa. Esa diferencia entre las diferentes provincias puede ser debido a los siguientes factores:

- Plan de Calidad (basado en la ISO 9000:2000) promovido por la Diputación Foral
- La atomización del sector en las provincias de Araba y Bizkaia.

En la siguiente tabla se muestra la composición de las residencias en función del número de residentes:

Nº residentes	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Nº centros	%	Nº centros	%	Nº centros	%
x<14	37	54,41%	83	46,37%	11	16,67%
15<X<30	12	17,65%	35	19,55%	9	13,64%
31<X<60	10	14,71%	31	17,32%	21	31,82%
61<X100	1	1,47%	15	8,38%	13	19,70%
101<x<180	7	10,29%	9	5,03%	11	16,67%
X>180	1	1,47%	6	3,35%	1	1,52%

Tabla 3. *Composición de los centros residenciales por número de residentes*

En la tablas se observa que en Araba y Bizkaia el sector está muy atomizado: En Araba el 71% de las residencias tiene capacidad para menos de 30 personas, en Bizkaia dicho porcentaje se reduce hasta el 66% y en Gipuzkoa hasta el 30 %.

Por otra parte los 18 centros certificados según la ISO 9000:2000 tienen capacidad para más de 30 residentes y 11 de ellos para más de 80.

Por tanto, analizando los datos de la tabla se observa que aquellas residencias que tienen mayor infraestructura se adaptan mejor a los modelos genéricos. Por otro lado, se evidencia que las residencias no apuestan claramente por los modelos de calidad específicos, ya que el número de residencias que aplican dichos modelos se reduce a siete.

¿Convendría proponer un modelo específico para aquellos centros que por su tamaño encuentran dificultades para implantar modelos genéricos de gestión de la calidad?

5. Integración de los modelos

La implantación de los sistemas gestión de calidad en los centros residenciales es reciente, y quizás el plantear desde un inicio la posibilidad de crear un nuevo modelo o integrar modelos específicos y genéricos puede parecer precipitado. Pero, ¿qué opinan las personas más conocedoras del sector?. Para dar respuesta a esta pregunta se formó un grupo de trece personas; profesionales que trabajaban en las residencias, en la administración y en consultoras en este campo. Uno de los factores analizados por este grupo ha sido la adecuación de:

- integrar los modelos específicos y generales,
- trabajar en la adaptación de los modelos genéricos
- trabajar únicamente con modelos específicos.

Aunque la opción más valorada fue la de integrar ambos modelos, tampoco se descartaban completamente las otras dos opciones. La integración de ambos modelos, fue valorada positivamente por los siguientes aspectos:

- *los modelos específicos* están más centrados en la calidad y la atención de los derechos de los residentes,
- y
- *los modelos genéricos* aportan la sistemática para la gestión integral del centro residencial.

Sin embargo una de las principales dificultades de integrar dichos así como aplicar modelos genéricos que ponen de manifiesto las personas expertas es:

- la *dimensión empresarial* de los centros residenciales
- la *falta de recursos* de los centros residenciales para implementar los modelos

6. Líneas futuras

En el sector de las residencias para personas mayores la aplicación de sistemas genéricos (ISO 9000) y específicos (modelo de garantía de calidad SiiS) se está realizando en aquellos centros que tienen una mínima dimensión empresarial. Por lo tanto, teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas anteriormente parece adecuado que para centros residenciales de pequeñas dimensiones lo apropiado sería establecer un modelo flexible que se adecue fácilmente al centro residencial, en lugar de que el centro se tenga que adecuar al modelo.

La principal característica de los centros residenciales de pequeñas dimensiones es la dedicación a la atención directa del residente de su personal. Este aspecto, clave en la calidad asistencial de las personas, debe ser un principio fundamental del modelo a desarrollar en este tipo de centros.

Este modelo orientado hacia el residente está apoyado de esta manera en la participación activa de todas las personas que trabajan en contacto directo con el residente: *Las personas que están en la línea del frente son los verdaderos héroes de las organizaciones* (Peters, 1989).

7. Referencias.

- Abrahamson, E. (1991), Managerial fads and fashions: the diffusion and rejection of innovation, *Academy of Management Review*, vol.16, pp.586-612
- Brinson, N. (1989), *The organization of hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations*, John Wiley and Sons, Chichester
- Chan, Y.C. y Ho, S.J (1997), Continuous quality improvement: a survey of American and Canadian healthcare executives, *Hospital and Health Services Administration* vol.42, pp. 525-44
- Conti, Human and social implications of excellence models: are they really accepted by the business community?, *Management service quality*, volume 12 . number 3. 2002. pp.151-158
- Howard H. (1998) , *Creating and sustaining Quality Social Work environments*,
- Larsen y Haversjo, ISO 9000 quality assurance in an extreme situation, *Managing Service Quality*. Volume 9. number 1 . 1999. pp. 23-31
- Melander, P. (1997) *stringen af det syge vflsen. Om kampen for livet i dodsspiralen*, in Hildebrandt, S. And Majken Schultz, (Eds), Copenhagen
- Vuori (1991); *El control de calidad en los servicios sanitarios*, Ed: Masson
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. y Berry, I. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*, Díaz de Santos, Madrid