

EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

1. INTRODUCCION

La configuración de un Sistema Público de Servicios Sociales es muy reciente en nuestro país. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales ha sido el motor principal de su constitución en toda España, excepto en el País Vasco, donde esa función impulsora le ha correspondido al Plan de Lucha Contra la Pobreza. El corto período de tiempo transcurrido y la importancia del proceso recorrido, explican que, desde una perspectiva de gestión, la atención se haya centrado en aspectos directamente relacionados con la construcción del nuevo sistema.

El modelo de organización, las dificultades para la construcción del sistema y la planificación, han sido las principales prioridades en la agenda de las personas con responsabilidad de gestión o interesadas en este ámbito.

Más recientemente, la evaluación ha ido incorporándose a estas prioridades, constatándose una relativa explosión bibliográfica centrada en esta materia. Sin embargo, la evaluación aplicada encuentra dificultades para convertirse en una realidad cotidiana dentro del naciente Sistema de Servicios Sociales. A ello no es ajena la dificultad metodológica que conlleva, ni el complicado proceso de llevar a una organización hacia una dinámica de evaluación, aunque no debemos olvidar la escasez de medios materiales motivada tanto por las restricciones presupuestarias

que atraviesa el sector público, como por la imagen amenazante que aún posee la evaluación. Así mismo, la inexperiencia de algunas iniciativas evaluadoras ha frustrado expectativas de quienes las encargaron, enfrentándonos ahora a la más dura tarea de recuperar la credibilidad dañada.

En todo caso, el desarrollo que ha tenido la evaluación aplicada de programas de servicios sociales en nuestro país, ha supuesto un paso significativo a la hora de superar esa dinámica excesivamente centrada en la vertiente organizativa, que mencionábamos anteriormente. De esta forma, si bien sus primeros pasos han estado muy unidos a la búsqueda de información útil para la gestión, las aportaciones teóricas y metodológicas que ha incorporado al campo de la acción social, han desatado una dinámica que ha sido esencial, tanto en los nuevos impulsos que está viviendo la planificación de los servicios sociales, como en la preocupación por los resultados de la acción de los mismos.

Sin embargo, el Sistema Público de Servicios Sociales ha de dar un paso cualitativo de mayor trascendencia. El cuestionamiento de la capacidad de la administración de realizar un trabajo eficaz y adecuado a los fines que le han sido encomendados, el fuerte debate generado en torno al presente y futuro del Estado de Bienestar, la aparente disyuntiva de más impuestos o menos servicios; el avance de una cultura ciudadana más exigente con

los servicios que recibe —ya sean proporcionados por el sector público o por la iniciativa privada—, la demanda creciente de una gestión pública eficiente, entre otros aspectos, hacen que el Sistema Público de Servicios Sociales deba plantearse nuevos retos en su gestión. Nuevos retos que el conjunto de las Administraciones Públicas ya están abordando, en lo que MENY y THOENIG califican de «revolución silenciosa».

Esta «revolución» hunde sus raíces en el agotamiento del modelo burocrático de gestión de los asuntos públicos. Este modelo, que como nos recuerdan OSBORNE y GAEBLER (1994; 40), hace 100 años tenía un significado positivo, ya que «servía para designar un método de organizacional racional y eficiente que venía a sustituir al ejercicio arbitrario del poder de los regímenes autoritarios», ha entrado en una crisis muy profunda al variar radicalmente tanto las condiciones sociales en que se desenvuelve nuestra administración, como el volumen y las características de los servicios que presta, o las expectativas que la sociedad tiene de ella.

En este sentido, tal y como afirma Xabier MENDOZA (1990; 264), «la insatisfacción social ante el deterioro de un amplio número de servicios públicos y las dificultades para responder a las demandas de una sociedad cada vez más desarrollada, compleja e interdependiente se traducen en un cuestionamiento creciente de las bases tradicionales de legitimidad de los poderes públicos, consideradas ahora insuficientes».

Lógicamente, los Servicios Sociales que forman parte de la administración, se enfrentan a esta misma situación, quizás acentuada por el particular cuestionamiento al que asisten en cuanto elemento especialmente sensible del debatido Estado de Bienestar. Por todo ello debemos ser conscientes de la necesidad de que el Sistema Público de Servicios Sociales se incorpore con rapidez a esa «revolución silenciosa», también denominada modernización de las administraciones públicas.

Pero, ¿qué elementos la caracterizan? OSBORNE y GAEBLER (1994) enuncian diez principios para «reinventar el gobierno»:

1. Gobierno catalizador, mejor llevar el timón que remar.
2. Gobierno propiedad de la comunidad, mejor facultar que servir directamente.

3. Gobierno competitivo, inyectar competitividad en la prestación de servicios.
4. Gobierno inspirado en objetivos, transformar las organizaciones regidas por reglas.
5. Gobierno dirigido a los resultados, financiar según lo conseguido y no en base a la actividad desplegada.
6. Gobierno inspirado en el cliente, satisfacer las necesidades del cliente, no las de la burocracia.
7. Gobierno de corte empresarial, ganar en lugar de gastar.
8. Gobierno previsor, utilizando la prospección y la planificación.
9. Gobierno descentralizado, pasando de la jerarquía a la participación y al trabajo en equipo.
10. Gobierno orientado al mercado, incidiendo en el mercado para satisfacer metas públicas.

En un contexto más cercano, Xabier MENDOZA (1990; 264) plantea que la «agenda» de la modernización «puede sintetizarse en dos grandes retos de cambio organizativo: la necesidad de incorporar una "lógica productiva" en la cultura, los sistemas y los procesos administrativos, y la necesidad de gestionar la interdependencia y la "fragmentación" propia de los sistemas descentralizados y pluralistas. Retos a los que debe añadirse un tercero, derivado del proceso de integración europea (...): la necesidad de integrar la "dimensión de competitividad" en la gestión pública».

Por su parte Francisco LONGO (1993; 26) identifica una serie de rasgos comunes en todos los procesos de mejora administrativa que viven un buen número de países: incorporación del criterio de eficiencia, análisis coste-beneficio, flexibilización de los aparatos administrativos, desregulación de ciertas materias, desconcentración de la gestión, dirección por objetivos, énfasis en la formación y en los objetivos de cambio cultural.

Como vemos esta transformación de la gestión de las Administraciones Públicas suele ir unida a conceptos como modernización o incorporación de técnicas empresariales, si bien quienes se muestran críticos, o al menos escépticos, la denominan privatización o desmantelamiento del Estado de Bienestar. Estos planteamientos explican, en parte, la actitud reticente que un amplio sector de profesio-

nales tiene frente a estas propuestas. Otras razones pueden estar más próximas a las lógicas resistencias al cambio que existen en cualquier organización. No es nuestra intención centrarnos aquí en este debate, si bien entendemos que el mantenimiento del Estado de Bienestar no tiene por qué obligar al mantenimiento de formas de gestión que la práctica demuestra inoperantes para conseguir sus objetivos. Precisamente será la capacidad de adaptarse a las nuevas exigencias sociales, económicas y políticas la que influirá de manera significativa en el futuro del Estado de Bienestar.

Un elemento que ha adquirido singular importancia en la modernización de la Administración, al igual que en el entorno empresarial, es el de la CALIDAD. No queremos obviar la posibilidad de que este hecho este influido por «modas» que asolan actualmente cualquier rincón de la actividad social. De hecho, si bien el número de empresas que han puesto en marcha planes de calidad es elevado, no son más del 25% las que afirman haber conseguido resultados concretos (según declaraciones de Juan Roure, formador de evaluadores del Premio Europeo de Calidad, en El País de 24-7-94).

Tampoco es muy optimista Emilio Diez de Castro, Catedrático de Administración de empresas de la Universidad de Sevilla, respecto al futuro de los programas de calidad en la administración, quien afirmaba lo siguiente en las jornadas sobre Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa, organizadas por el INAP y la Fundación Formación y Tecnología (VARIOS, 1990:94): «Creo que (...) la mayor parte de los altos directivos de la Administración empiezan a pensar en la implantación de una gestión de calidad total sobre todo por responsabilidad, deseos de modernización de la administración y, también, porque parece que este es el tren que en este momento hay que tomar para no quedarse atrás. Falta, sin embargo, el factor necesidad, así como la existencia de un cierto temor a la supervivencia. ¿Qué pasará cuando comiencen las dificultades? Mi opinión personal es que al llegar ese momento, la mayor parte de los programas de gestión de calidad se diluirán o simplemente caerán.»

En consecuencia, nos situamos frente al tema sin fanatismos ni expectativas desmesuradas. Simplemente entendemos que se ha abierto un camino, de final incierto, que es necesario explorar también desde los Servicios Sociales. Este artículo pretende, precisamente, acercarse a esta rea-

lidad los conceptos y los planteamientos ligados a la gestión de calidad, buscando promover un debate y un intercambio de experiencias que nos lleve a mejorar nuestra capacidad de ofrecer servicios públicos eficaces y eficientes, a la vez que respetuosos con otros principios que inspiran la acción pública, como la legalidad o la imparcialidad.

2. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN EL MUNDO EMPRESARIAL

El concepto de calidad está ligado en sus orígenes al control del producto tangible de los procesos industriales. Al final de ese proceso se encontraba una «unidad de control de calidad» que verificaba los posibles defectos existentes en el producto. Aunque este procedimiento permanece, más recientemente se ha producido una importante transformación de la idea de calidad, sustituyendo la noción de control por la de gestión, más específicamente, la *Gestión de la Calidad Total*. Esta nueva concepción ha permitido incorporar o extender estos planteamientos al sector servicios, de una importancia estratégica clave en la economía de todos los países.

¿Qué significa la calidad total desde la perspectiva empresarial? En la antigua concepción de calidad, ésta se circuncribía a la comprobación de la perfección del producto creado. De ahí que este enfoque se centrara en el *Control de Calidad*. Es fácilmente comprensible la dificultad de aplicar esta perspectiva en empresas cuya producción fuera la producción de elementos intangibles.

El viejo dicho que afirma que «el cliente siempre tiene razón», o el que concluye que «el cliente es el Rey», reflejan bastante adecuadamente el cambio esencial que aporta la Gestión de Calidad Total. La idea de Calidad Total se define por hacer del *cliente el eje central* de la dinámica del conjunto de la organización. Toda su actividad ha de orientarse hacia la calidad, siendo ésta una responsabilidad de toda la estructura. De ahí la consideración de total. Así mismo, se arrincona la idea de control planteándose que *la calidad no se controla sino que se produce*. Es necesario tenerla presente desde los primeros momentos de la concepción de un producto o servicio y debe impregnar tanto la producción, como la distribución o la venta. Desde esta perspectiva, *la calidad se convierte en una cultura* de la organización.

El protagonismo adquirido por el cliente posibilita la plena incorporación de todo

el amplio sector servicios al nuevo paradigma, así como la incorporación de toda la empresa en la búsqueda permanente de la calidad. En él, la definición de la calidad aparecerá directamente ligada a los criterios de los clientes. Tal y como observaron ZEITHAML y colaboradores (1993; 21) la calidad de un servicio puede ser definido como «la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones».

Sin embargo, la calidad debe ser considerada como impulso, no como una meta. La búsqueda de la calidad no tiene fin. En palabras de Cándido Velázquez-Gaztelu, Presidente de Telefónica (VARIOS 1992; 36), «...la calidad total es una utopía y siempre hay que andar en esa dirección y a veces, cuando nos parece que la hemos alcanzado, tenemos que seguir caminando porque está mucho más lejos de lo que nosotros, en ese momento, nos podemos imaginar.»

2.1. Causas potenciales de deficiencias en la calidad de los servicios

ZEITHAML y colaboradores (1993) realizan un análisis muy sugerente y completo de las causas potenciales de deficiencia en la calidad, específicamente centrado en el sector servicios. El modelo conceptual que plantean (que queda gráficamente resumido en el cuadro adjunto) señala cinco deficiencias como las causas que pueden producir un deterioro en la calidad.

La *Deficiencia* se refiere a la diferencia que puede existir entre las expectativas que los clientes tienen del servicio y la realidad del servicio, tal y como ellos la perciben. Como se puede apreciar, esta deficiencia está directamente relacionada con la misma definición de calidad. El resto de las deficiencias identificadas se producen en el seno de la organización proveedora del servicio, siendo en consecuencia sobre éstas hacia donde han de dirigirse los esfuerzos de la gestión de calidad.

Centrándonos brevemente en esta deficiencia, podemos señalar como las expectativas de los usuarios están influidas por cuatro factores:

- la comunicación verbal interpersonal, también denominada «boca-oído»;
- las necesidades personales del cliente;

- las experiencias en anteriores utilidades de servicios iguales o similares;
- la comunicación externa de los propios proveedores del servicio.

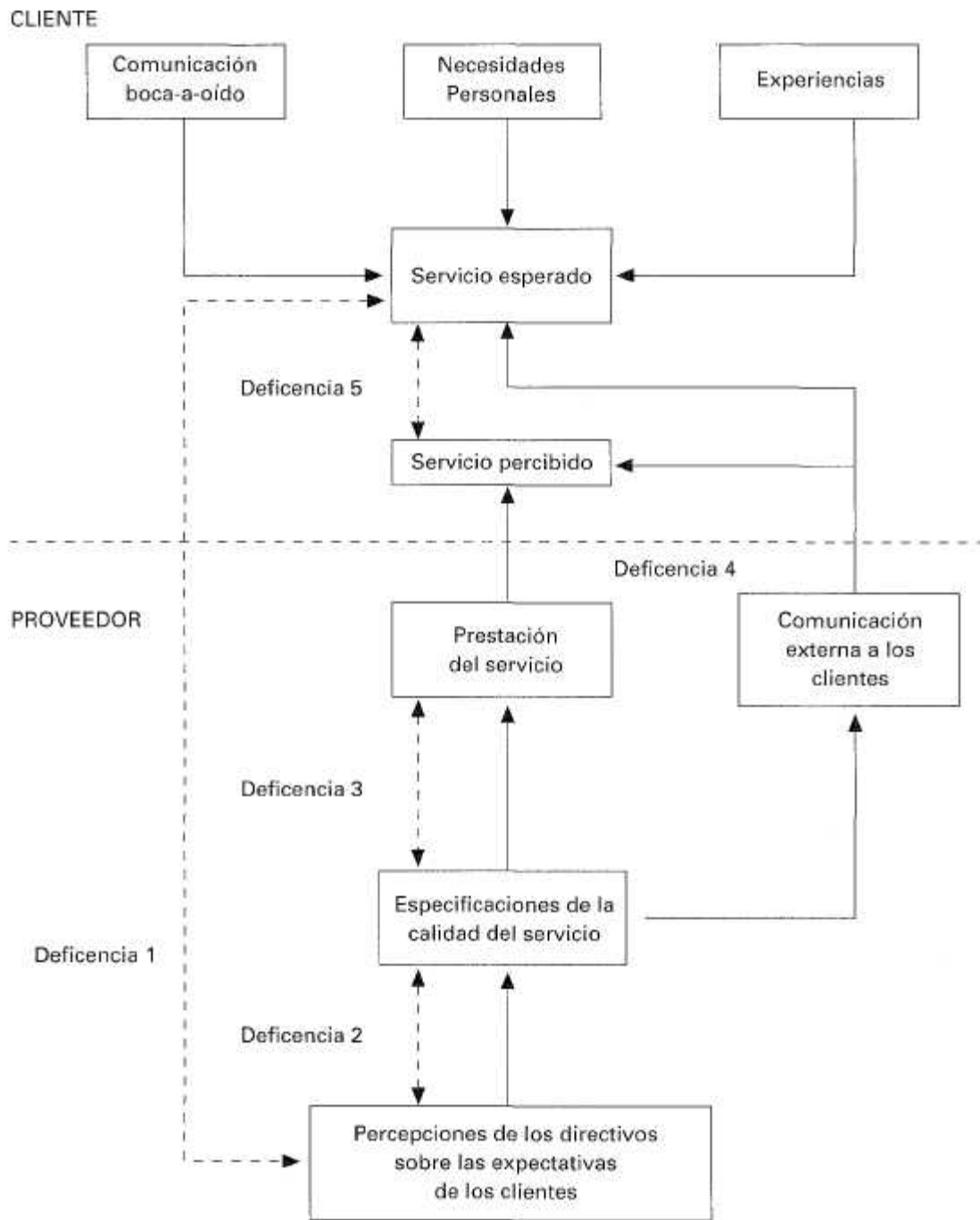
Igualmente significativa es la identificación de las 10 dimensiones del servicio en las que los clientes consideran clave que se igualen o se superen sus expectativas. Estas dimensiones, que en algunos casos son interdependientes son:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: Disposición de ayudar al cliente y darle un servicio rápido.
- Profesionalidad: Posesión de las destrezas requeridas y los conocimientos necesarios para la ejecución del servicio.
- Cortesía. Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal.
- Credibilidad: Veracidad, creencia, honestidad en el servicio que se presta.
- Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- Accesibilidad: Accesible y fácil de contactar.
- Comunicación: Mantener a los clientes informados, hacerlo con un lenguaje que puedan entender, así como escucharles.
- Comprensión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer al cliente y sus necesidades

Otra fuente importante de la pérdida de calidad, denominada como *Deficiencia 1* por los autores mencionados, la constituye el desconocimiento de los directivos de las expectativas de los usuarios, o la errónea percepción de las mismas. Tres son los factores principales que contribuyen a esta deficiencia:

- la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing,
- la inadecuada comunicación vertical ascendente desde el personal de contacto con el público hacia los niveles directivos, y
- los excesivos niveles jerárquicos de mando.

MODELO CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO



Relacionada con el apartado anterior se encuentra la *Deficiencia 2*, relativa al establecimiento de normas de calidad equivocadas. Los directivos pueden conocer adecuadamente las expectativas de sus clientes, pero una vez conseguido ese primer y esencial paso, han de ser capaces de configurar unas normas que modifiquen la dinámica organizativa de la empresa en una dirección potenciadora de la calidad.

La *Deficiencia 3* alude a la distancia que puede existir entre las normas o especificaciones relativas a la calidad del servicio, suponiendo que estas han sido adecuadamente elaboradas, y la forma real en que se realiza la prestación del servicio.

La última gran causa de una baja calidad la constituye la discrepancia entre lo que se promete y lo que efectivamente se realiza. Esta *Deficiencia 4* genera expectativas en el usuario que luego no se van a ver satisfechas, promoviendo así una importante falta de calidad tal y como aquí la venimos definiendo.

3. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO

Las empresas públicas han hecho suyos estos planteamientos sin especiales controversias o problemas, más allá de la propia dificultad de poner en marcha este nuevo enfoque. La similitud entre la actividad que realizan estas empresas y las del sector privado, así como la necesidad de competir en el mismo mercado, explican este hecho. Entidades como Argentaría o Telefónica son un buen ejemplo.

Pero la marea de la gestión de calidad se ha extendido también a la administración pública, en su sentido más estricto, muy unida a los impulsos de transformación y reforma que ésta está viviendo. Sin embargo, las particularidades específicas de la administración, implican algunas dificultades importantes para los intentos de traslación mimética del planteamiento de gestión de calidad desde la empresa. Estos problemas podemos agruparlos en dos grandes bloques, de una parte los relacionados con los principios básicos que inspiran el funcionamiento de la Administración Pública y, de otro, los generados por la utilización del concepto de cliente.

3.1. Calidad y principios de la Administración Pública

La Administración Pública ha vivido, como todas las instituciones sociales, un proceso de cambio muy importante, que

la ha llevado a pasar de ser una organización centrada, casi exclusivamente, en el ejercicio de potestades (autorizar, inspeccionar, controlar, etc.) a una organización en la que ha adquirido un peso trascendental la prestación de servicios públicos. Crecimiento muy ligado al desarrollo del Estado de Bienestar.

En este sentido, en palabras de Angel MARTIN ACEBES (1992; 88-89), «lo que explica una cierta crisis de legitimación de las organizaciones administrativas no se debe tanto a que el modelo de Estado garantista no funcione adecuadamente, sino a la percepción que tienen los contribuyentes de que los ingresos públicos no se emplean eficaz y eficientemente. En la actividad de prestación de servicios públicos, lo que se pretende implantar son derechos colectivos en beneficio de la sociedad. Al prestar un servicio público no se atenta, a diferencia de la actividad de autoridad, contra los derechos individuales y la garantía del ciudadano se establece en términos de un funcionamiento eficaz y eficiente; ya no es suficiente cumplir con el principio de legalidad.»

Así pues, un elemento clave en cualquier estrategia de modernización de la administración pública pasa por contrapesar la dinámica administrativa centrada, de manera casi exclusiva, en el procedimiento (burocracia) con la búsqueda de la eficacia en la acción de la administración. Este planteamiento encuentra amparo legal en la propia Constitución Española, que indica en su artículo 103.1: «La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho».

En consecuencia, nuestro propio ordenamiento jurídico sitúa en rango equiparable la eficacia y la legalidad. Este hecho merece ser destacado ya que no resulta infrecuente que se atribuya a la propia naturaleza de la acción administrativa su ineficacia. Ni tampoco que se utilice la vigilancia de la legalidad para encubrir la pura incompetencia.

Pero, simultáneamente, ese mismo mandato legal hace imposible el arrinconamiento total de los procedimientos administrativos, por mucho que pudiera resultar aparentemente más eficaz prescindir de ellos. Digo aparentemente ya que el propio concepto de eficacia está relacionado con los objetivos perseguidos y no olvidemos que son objetivos propios de la administración la objetividad y la de-

fensa de los derechos y obligaciones constitucionales.

De esta forma, los intentos por equiparar el funcionamiento de la administración al de cualquier empresa implican un serio desconocimiento de los objetivos, principios y otras características de aquella. En palabras de Francisco Tomás y Valiente, catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid y ex presidente del Tribunal Constitucional, quien cita a Hebe Leonardi, «la falta de escrúpulos es hija del desdén por lo jurídico, desdén hay que añadir que, en un Estado de Derecho, trae siempre graves consecuencias.» (El País, 10-5-94).

En una dirección similar se mueve Francisco Rubio LLorente (El País, 29-4-94) cuando, polemizando con Víctor Pérez Díaz sobre el papel del Estado y de la Sociedad Civil, afirma: «Menos banal, aunque tampoco vaya al fondo de la cuestión, es el argumento de que los males que con razón se denuncian en el Estado vienen, las más de las veces, del empeño de llevar al Estado, siguiendo la moda del tiempo, las formas de organización y de gestión propias de la sociedad, o si se quiere, de aquella parte de la actividad social que llamamos economía (...). Seguramente la relación no es lineal, ni de causa a efecto, pero con la misma seguridad puede afirmarse que esa tendencia a equiparar el Estado a la empresa lleva a olvidar que la racionalidad propia del Estado no es la de la sociedad, y que el dinero a disposición del Estado ha de utilizarse con arreglo a criterios que nada tienen que ver con la productividad.»

En cualquier caso, cualquier planteamiento transformador de la administración pública que olvide el marco normativo en que ésta ha de desenvolverse tiene muchas posibilidades de acabar estrellándose contra las resoluciones de los tribunales de la jurisdicción contenciosoadministrativa.

En consecuencia, la incorporación del concepto de calidad, como el de muchos otros traídos de la esfera privada, debe suponer un importante esfuerzo de adaptación a las características que le son propias a la Administración Pública. El reto no es sustituir una burocracia que controla exclusivamente el cumplimiento de los procesos y las normas legales, por ejecutivos cuya única limitación sea la consecución de los objetivos técnicos programados, sino generar un nuevo paradigma capaz de integrar ambos aspectos. Algunos incluso avanzan una nueva conceptualización (Estado Relacional, Eficacia Social)

sobre la que no nos detendremos aquí. (DÍAZ MENDEZ 1992 y 1993; MENDOZA 1990).

3.2. El concepto de cliente

Uno de los conceptos más polémicos, en esa incorporación a la administración pública de los planteamientos empresariales, es el de cliente. Como ya hemos mencionado, éste es un elemento clave en la perspectiva empresarial de la gestión de calidad. El hacer que toda la atención de la organización se dirija hacia las necesidades del ciudadano y hacia la forma mejor de abordarlas, supone una útil aportación del concepto de cliente. Así mismo, la extensión de este concepto tanto a las personas que acuden a un servicio, como a las otras organizaciones con las que ese servicio se relaciona (clientes externos) o a los propios trabajadores (clientes internos), puede aportar sugerencias de interés para su aplicación a los servicios sociales. Sin embargo, su traslación lineal a la administración pública es problemática por diversas razones:

- a.) Las personas que se dirigen a la administración no son sólo clientes sino ciudadanos sujetos de derechos. En este sentido, la administración no puede «escoger» sus clientes, rechazando (como por ejemplo hacen las compañías aseguradoras) a aquellas personas que no consideren ajustadas a sus objetivos.
- b) En el sentido inverso, el ciudadano que se dirige a la administración no siempre puede elegir otra alternativa, ya que muchas veces esta es inexistente, como ocurre ampliamente en el caso de los servicios sociales y de forma rotunda en el ejercicio de las potestades de la administración (por ejemplo, en las expropiaciones).
- c) La empresa privada tiene por objetivo atraer el máximo número de clientes, sin embargo la administración lo que trata es de asegurar que aquellos que reciben sus servicios son quienes realmente los necesitan o tienen derecho a ellos.
- d) Las personas a quienes va dirigido el servicio de la administración no siempre son fácilmente identificables.
- e) En determinadas actuaciones el «cliente» de la administración lo es

tanto la persona a quien se dirige el servicio concreto (el contribuyente en el caso de la Agencia Tributaria), como un colectivo mucho más amplio o incluso la sociedad en su conjunto (para quien va destinada la recaudación fiscal o quienes siendo contribuyentes juzgan la prestación de los servicios que se financian con sus aportaciones).

- f) En la administración, la persona destinataria de los servicios es también, en cierto sentido, propietaria de la empresa, ejerciendo su voto en la muy singular junta de accionistas que constituyen las elecciones.
- g) El cliente representa un interés individual. Sus deseos o expectativas pueden ser contradictorios con el interés colectivo, que es precisamente el que debe orientar a las administraciones públicas.

¿Quiere esto decir que no tiene sentido utilizar la noción de cliente cuando nos movemos en el marco de la administración? A nuestro entender el concepto de cliente es útil como elemento simbólico que ayuda a ejemplificar algunos de los cambios clave que la administración ha de realizar. Sin embargo, en un sentido riguroso, su utilización acrítica y sistemática puede inducir a serios errores que debemos evitar.

4. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

El concepto de calidad tiene una amplia tradición en la asistencia sanitaria, ya sea ésta suministrada por proveedores públicos o privados. Esta tradición es, sin duda, de gran utilidad a la hora de analizar la incorporación de esta perspectiva a los servicios sociales. Dado que nuestro interés se centra en la provisión pública de estos servicios, nos centraremos de manera más específica en la aplicación del concepto de calidad en la asistencia sanitaria pública.

Los servicios sanitarios que presta la Administración están regulados por un compromiso legal genérico. En esta situación se encuentran también los servicios educativos, pero también los servicios de limpieza o los servicios culturales. La situación de los servicios sociales es algo más compleja y la analizaremos más adelante. Todos ellos tienen en común un imperativo legal que exige de la administra-

ción velar por el cumplimiento de unos objetivos genéricos de, por ejemplo, garantizar la educación o la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Sin embargo, no se establecen procedimientos legales específicos sobre la provisión de un servicio específico. Por ejemplo, no existe un marco legal que determine cuando debe realizarse un scanner o una analítica de orina. Para estos supuestos, no se realiza una solicitud formal, ni se inicia un expediente administrativo, ni existe resolución expresa, ni hay vía de recurso de carácter administrativo. En todo caso, al igual que en cualquier actividad privada, cabe la reclamación judicial si se considera que ha existido un comportamiento que atenta contra un derecho establecido.

Esta situación, que desde una perspectiva puede tener consecuencias negativas, ya que el objetivo queda cumplido con «facilitar asistencia sanitaria», aún cuando ésta se haga a través de camas en los pasillos de un hospital, de listas de espera de varios años, de una asistencia primaria escasa y poco dotada, etc., por otra parte, da un gran margen para el desarrollo de una gestión de calidad. De esta forma, la baja exigencia legal queda sustituida por una fuerte presión social, que exige de esa gestión resultados eficientes y un adecuado nivel de calidad. No es ocioso mencionar la gran importancia que la opinión pública da a la asistencia sanitaria que el Estado les oferta, teniendo un ejemplo reciente en la repercusión social de la Reforma Sanitaria propuesta por Bill Clinton o en las reacciones que se vivieron en nuestro país con el llamado Informe Abril, o en las que se viven en el País Vasco con el Osasuna Zainduz.

En consecuencia, aún moviéndonos en el marco de la asistencia sanitaria pública, la presencia de la cultura burocrática, el peso de los procedimientos frente a la resolución de los problemas planteados por los ciudadanos, es aquí mucho más reducida. Lo que explica, al menos en parte, las razones de que este haya sido un sector especialmente permeable a las innovaciones gerenciales desarrolladas en la empresa privada. Otra razón que contribuye a explicar esta circunstancia es la presencia, en algunos casos muy importante, de entidades privadas proveedoras de servicios sanitarios. El factor comparativo, o si se prefiere la competencia, con los estándares de «calidad» que las empresas privadas ofrecen ha supuesto un aliciente adicional para los gestores públicos, a la vez que una referencia. Por último, la crisis fiscal del Estado de Bienestar también ha

contribuido, dada la importancia cuantitativa que el gasto sanitario supone. Este hecho ha potenciado la incorporación de técnicas de gestión dirigidas al ahorro, a la vez que la crisis de legitimación que vive el Estado de Bienestar, ha subrayado la importancia de dar un servicio eficaz, eficiente y de calidad.

4.1. Diferencias entre el modelo empresarial y el modelo sanitario de garantía de calidad

La calidad de la atención a la salud presenta algunas diferencias significativas con la forma en que la calidad es entendida en el marco empresarial. Por ejemplo, mientras en esta perspectiva las características y dimensiones de la calidad están absolutamente ligadas a la percepción del cliente, en el modelo sanitario aparece una dimensión autónoma de aquel, la constituida por la calidad técnica. Existen situaciones en que el deseo del paciente (tomar una medicación, operarse, etc.), si se viera satisfecho, implicaría una muy deficiente calidad técnica. Esta circunstancia tiene una clara translación a los Servicios Sociales, donde no es extraño enfrentarse a demandas específicas de apoyo o ayuda que, desde un punto de vista técnico, pueden considerarse incluso contraproducentes para quien las solicita.

DONABEDIAN (1994) marca las diferencias, entre lo que el denomina los dos modelos de garantía de calidad («modelo de atención a la salud» y «modelo industrial»), a partir de la consideración de que «el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad». Precisamente una de estas responsabilidades es la que se tiene hacia los individuos que acuden a solicitar estos servicios, debiendo atender sus intereses de la manera que resulte técnicamente más adecuada, lo cual, como mencionábamos anteriormente, puede suponer incluso contradecir los deseos de aquel. El riesgo de que este planteamiento encubra actitudes paternalistas debe ser contrarrestado. Así mismo, han de abordarse acciones que mejoren la capacidad de los ciudadanos para adecuar sus expectativas a las técnicas más adecuadas.

Otra responsabilidad que asumen los profesionales de los servicios personales, es frente a la sociedad. Los objetivos de salud, educación, bienestar social, son ob-

jetivos que trascienden la suma de las necesidades concretas expresadas por algunas personas, constituyendo demandas sociales de más amplia dimensión. Esto se traduce, tanto en las implicaciones éticas que pueden tener algunas de sus acciones, como en la consideración de que su preocupación no debe terminar con la persona que está atendiendo, ya que ha de buscar una equidad en la distribución de los recursos siempre escasos que gestiona, o en la incorporación de la noción de costo a su actividad. De esta idea deriva DONABEDIAN una última responsabilidad, la referida a la «gestión de las relaciones entre costos y calidad»: «...la atención a la salud es un bien público, pero también es privado. En gran medida, su financiamiento es público y sus beneficios o sus riesgos sobrepasan al propio individuo. Lograr la armonía entre las preferencias y los intereses individuales y los de orden social, es un problema complejo en el modelo de atención a la salud».

Otro elemento diferenciador entre la calidad entroncada en la gestión empresarial y la situada en el contexto de la prestación de servicios personales se refiere al hecho de que, mientras en la primera la gestión empresarial supone reducir costes, en la segunda implica aumentar el gasto. Este elemento es obviado demasiado frecuentemente, a través de la generalización de que «la calidad es rentable», lo que lleva bien a una frustración de las falsas expectativas creadas por quienes tratan de realizar una traducción lineal entre los dos entornos, bien a una política de reducción de costes que acaba hundiendo cualquier perspectiva de mejora de la calidad en la atención a las personas que solicitan los servicios de la organización. En los servicios personales la rentabilidad de la calidad es de carácter social, ya que desde el punto de vista económico implica un incremento de los gastos (formación, tiempo dedicado a grupos de trabajo, tiempo dedicado a cada persona atendida, mayor accesibilidad al servicio, etc.).

Todo lo expuesto no supone una distancia radical e insalvable entre ambos modelos. Lo que se produce es, más bien, una diferenciación en las perspectivas de aproximación al problema, lo que implica un grado distinto de importancia o presencia de algunos factores. El reto ha de ser, precisamente, incorporar, adaptando e innovando, aquellas ideas aplicables al mundo de los servicios personales de responsabilidad pública.

4.2. El concepto de calidad: características específicas del modelo de atención a la salud

Como hemos sugerido en el punto anterior, el modelo de atención a la salud presenta unas características específicas, desarrolladas a lo largo de su amplia historia, en el abordaje de este tema. Sus aportaciones más singulares (y más útiles para su utilización creativa en los servicios sociales) se sitúan en la definición del concepto de calidad aplicado a los servicios sanitarios, así como en la metodología para la evaluación de la calidad.

Como se ha planteado con anterioridad, la definición de calidad que utiliza el enfoque empresarial más moderno, relaciona a ésta con las expectativas del usuario. La calidad será mayor cuanto más se acerquen éstas al servicio ofertado. En la atención a la salud el planteamiento adquiere nuevas dimensiones. Desde sus primeras formulaciones, planteadas por DONABEDIAN (1984; 4-7), existe un consenso bastante amplio sobre el hecho de que la calidad de la asistencia sanitaria está compuesta por dos elementos básicos:

- a) El aspecto interpersonal, relacionado con la relación que se establece entre el ciudadano que presenta una necesidad relacionada con su salud y el profesional que le atiende, la forma en que se comporta en la práctica asistencial y la comunicación que establece con el paciente. De manera más amplia, podemos hablar del «arte de curar», o mejor de la «calidad del arte de curar».
- b) La calidad de atención técnica, que «consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios».

Si bien en el primero de los dos aspectos señalados hay un puente de conexión con un enfoque de la calidad muy relacionado con las expectativas del ciudadano al que se presta el servicio, ya que difícilmente se podrá establecer una relación adecuada si no existe un mínimo de sintonía con el paciente, el segundo de ellos se sitúa en una esfera de valoración estrictamente profesional que, como hemos sugerido en otro lugar, puede ser contradictoria con los deseos del ciudadano. El

abordaje de esa contradicción sí puede enfocarse como parte del proceso interpersonal que configura la calidad de la atención.

Otro «joven clásico» de la literatura sobre la calidad de los servicios sanitarios (VUORI, 1988; 37-40), tras mostrarnos como los intentos de superar la definición de Donabedian no han sido demasiado productivos, realiza un resumen de los componentes del concepto de calidad de la atención sanitaria, partiendo de las investigaciones y actividades relacionadas con el tema:

- *Efectividad*. Relación entre el resultado conseguido y el conseguible idealmente.
- *Eficiencia*. Relación entre resultados y costes.
- *Adecuación*. Relación entre disponibilidad de servicios y necesidades de la población.
- *Calidad científico-técnica*. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles actualmente.
- *Satisfacción del consumidor y del profesional*. La del consumidor referida a los servicios recibidos, a los profesionales que le atendieron y a los resultados conseguidos. La de los profesionales relacionada con sus condiciones de trabajo.
- *Accesibilidad*. Posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable.
- *Continuidad*. Referido al tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado.

Aunque el propio autor sugiere agrupamientos de estos componentes, dejaremos esa elaboración para su aplicación a la calidad de los servicios sociales.

4.3. La evaluación de la calidad en la atención a la salud

La problemática de la calidad en la atención de la salud se ha abordado a partir de un planteamiento de «control de calidad», equivalente a la noción de control descrita para el entorno empresarial. Aunque en la actualidad se está desbordando este enfoque, acercándose a una noción de gestión de la calidad próxima a la idea de Calidad Total mencionada anteriormen-

te, sigue siendo muy amplia la bibliografía especializada centrada en el control y la evaluación de la calidad¹.

De hecho, la evaluación de la calidad ha sido el marco en el que se han desarrollado un gran porcentaje de los estudios e investigaciones cuyo eje central era la calidad. Y algunas de las más sugerentes aportaciones realizadas desde esta perspectiva, han surgido precisamente de estos estudios dirigidos a comprobar los niveles de calidad alcanzados en la prestación de los servicios sanitarios, permitiendo así definir líneas de acción destinadas a mejorarlos.

Un elemento característico del control o evaluación de la calidad fue expuesto por DONABEDIAN, planteando la diferenciación de tres componentes en la producción de servicios de atención a la salud:

- *Estructura*, en la que se incluye los elementos físicos tangibles (edificios, mobiliario, equipo, etc.) pero también el personal (tanto su número como su formación), la propia estructura administrativa y organizativa de la entidad, así como factores relacionados con la ubicación del servicio (distancia, accesibilidad, etc.).
- *Proceso*, que hace referencia a «como» se presta el servicio (procedimientos, protocolos, pruebas, controles, seguimientos, patrones de tratamiento, coordinación, etc.).
- *Resultado*, tanto en relación a los niveles de salud alcanzados como al grado de cumplimiento de las expectativas de los pacientes.

Según a cuál de estos componentes se dirija la atención del investigador, siguiendo a VUORI (1988), podemos estructurar tres enfoques de la evaluación de la calidad:

A) Enfoque estructural

Parte de la premisa de que si las condiciones previas para la prestación del servicio son buenas, el proceso y el resultado

consecuente, serán más adecuadas. En este capítulo se encuadran posibles evaluaciones específicas, que suelen resumirse en evaluación de la estructura física, humana y organizativa:

- Evaluación de la calidad de los materiales.
- Evaluación de la calidad de la tecnología.
- Evaluación de la calidad del entorno físico.
- Evaluación del entorno laboral.
- Evaluación de la dotación de recursos humanos y materiales.
- Evaluación de la calidad del personal.
- Evaluación organizacional.
- Evaluación de la información y sus circuitos.

La acción más habitual relacionada con este enfoque, es la de la *Acreditación de las instituciones*, en la que se comparan las características de esa institución con unos criterios previamente establecidos. La acreditación trata de asegurar una calidad mínima y generalmente no es habitual que se actualice de forma periódica.

En todo caso, este enfoque es el más criticado por insuficiente, ya que la presunción en la que se basa, esto es, que la existencia de una buena estructura está directamente relacionada con el proceso y el resultado, es ampliamente cuestionada.

B) Enfoque de proceso

Parte de la premisa de que si se emplea adecuadamente el conocimiento y la tecnología existente en todas las fases de la prestación del servicio, existen más posibilidades de que el resultado final sea el adecuado.

La evaluación de la calidad de la atención a la salud ha desarrollado un amplio abanico de métodos destinados a valorar el proceso mediante el que se presta ese servicio. Los más importantes son los siguientes:

- El *Audit Médico y de Enfermería*, consistente en un análisis retrospectivo de la atención prestada a través del estudio de la Historia Clínica. Suele realizarse con un listado de criterios explícitos que sirven para determinar el grado de calidad de la

¹ VUORI (X, 1988) plantea una definición diferenciada para ambos conceptos. Así define la *evaluación de la calidad* como «la medición del nivel actual de calidad de los servicios prestados». El *control de calidad* sería la misma medición «junto con los esfuerzos realizados para modificar la provisión de estos servicios cuando sea necesario a la luz de los resultados de la medición».

atención. Esos criterios varían según el tipo de patología analizada.

-La *Revisión entre pares de profesionales*, Tras seleccionar un tipo determinado de problema de salud, se realiza un muestreo entre los pacientes encuadrables en esa tipología y uno o más médicos con experiencia clínica pertinente al tema seleccionado, analizan y valoran la atención prestada. Usa como fuente de información la Historia Clínica, aunque también es posible realizar entrevistas o exploraciones a los pacientes seleccionados.

-El *Mapa de Criterios*, evita una comparación rígida con un listado de criterios, centrándose en el análisis del proceso lógico de toma de decisiones que ha orientado la atención prestada. Tras la selección de un problema de salud concreto, un grupo de expertos desarrolla el mapa de criterios correspondientes que guiará la valoración de la atención concreta prestada.

-*Protocolos de tratamiento* que han mostrado su eficacia y garantizan una alta probabilidad de que la atención prestada sea de calidad.

-*Reuniones Clínicas* en las que se analizan aspectos problemáticos de casos significativos.

-*Comités o Comisiones*, bien específicas dirigidas al seguimiento de aspectos problemáticos, por ejemplo los Comités de Tejidos, bien genéricas como los Comités o Círculos de Calidad

-*Asesoramiento en Salud*, consiste en la detección de casos en los que el resultado esperado no ha sido conseguido, tras lo cual se realiza un análisis pormenorizado con el objetivo de identificar las deficiencias del proceso que han producido ese resultado.

-*Método basado en los resultados del problema*, similar al método anterior, su característica singular es que se basa en la entrevista personal a pacientes que han sido dados de alta a fin de que valoren su situación personal en ese momento. Si ésta, estructurada a través de un pequeño cuestionario, se considera inadecuada se recoge más información, principalmente de la Historia Clínica para intentar determinar los elemen-

tos que han facilitado la situación actual.

— La *Formación Continuada* de los profesionales, a fin de mantenerse al día y corregir las deficiencias en la calidad de la atención.

En general, podemos afirmar que todos los métodos para evaluar la calidad del proceso tienen como protagonistas a los propios profesionales. En consecuencia, su foco de atención es la llamada calidad «técnica», no tanto la percepción del paciente de cómo se está prestando el servicio.

Si bien también se discute la relación directa del proceso con los resultados que se obtienen, no puede negarse el interés de este enfoque para, al menos, conocer el procedimiento por el que la institución presta los servicios que tiene encomendados.

C) Enfoque de los resultados

En esta categoría es donde encuentra cabida el análisis de la satisfacción de los pacientes, sus opiniones respecto al servicio prestado y el grado de cumplimiento de sus expectativas. Así mismo, analiza el cambio producido en el estado de salud de las personas atendidas, pudiendo incorporar el estudio de la adquisición de nuevos hábitos y actitudes saludables por parte de las personas objetivo del programa. Por otra parte, su metodología está estrechamente unida a la utilizada en la evaluación de resultados de programas, por lo que no nos detendremos en ella.

4.4. Programar la calidad

Como hemos visto, la perspectiva de control o evaluación de la calidad de la atención a la salud pivota esencialmente sobre la denominada calidad «técnica», a la vez que se centra en valorar la calidad producida en lugar de hacerlo en la producción de esa calidad. Ello a pesar de que se realicen evaluaciones de la calidad que abarquen, simultáneamente los tres elementos descritos (estructura, proceso y resultado).

El paso siguiente, capaz de integrar esa perspectiva en un planteamiento más amplio, acorde con las reflexiones más recientes generadas en torno a la calidad, implica plantearse la programación de la calidad. Es decir el configurar y desarrollar planes destinados a hacer de la calidad el

eje de la gestión de los servicios de salud. Y ese protagonismo de la calidad ha de ir necesariamente unido al protagonismo del ciudadano que utiliza esos servicios.

Este punto de vista posee en nuestro país dos ejemplos de interés: el documento titulado «Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca» y el Plan Integral de Calidad de Centros Hospitalarios de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Aunque no es este el lugar de exponerlos con amplitud, creemos que pueden resultar ilustrativos de un acercamiento concreto, desde un sistema próximo al de los Servicios Sociales, a la idea de la búsqueda de la Calidad Total.

A) «Osasuna Zainduz»

El «Osasuna Zainduz» es un documento que plantea las grandes líneas de cambio para la sanidad vasca. «Todas las medidas que se propone persiguen tres objetivos fundamentales:

- que la Administración siga garantizando un sistema de protección de la salud universal, solidario, equitativo y de calidad;
- que los usuarios no sean tratados sólo como pacientes sino como ciudadanos con derecho a utilizar unos servicios de calidad humana y técnica;
- que los profesionales sanitarios se sientan más integrados en una organización flexible, comunicativa, que reconoce los logros de quienes le dedican su trabajo y estimula tanto su desarrollo personal como profesional.»

Tras un análisis diagnóstico de la situación actual, el documento se adentra en el desarrollo de las estrategias dirigidas a conseguir los objetivos mencionados. En lo que aquí nos interesa, plantea nítidamente la necesidad de buscar la calidad total del sistema y la satisfacción del usuario. Para ello propone tres grandes líneas de actuación, con sus correspondientes estrategias y acciones concretas:

Línea de actuación 1. Personalización del servicio, mejora de los niveles de información al usuario y de sus posibilidades de elección.

Estrategias:

- Personalizar el servicio.
- Mejorar los niveles de información al usuario.

- Ampliar la capacidad de elección del ciudadano.

Línea de actuación 2. Diseño y promoción de una política de calidad total de los servicios.

Estrategias:

- Implantar técnicas de calidad total.
- Introducir la acreditación de centros públicos y privados, como condición previa a la contratación/concertación de servicios.
- Desarrollar un sistema de información para la garantía de la calidad, que permita negociar y contratar objetivos de calidad.
- Fortalecer el papel mediador de los Servicios de Atención al Usuario.
- Diseñar un nuevo modelo de atención de urgencias.

Línea de actuación 3. Mejora del acceso a los servicios, adecuando los tiempos de espera a la gravedad de los casos.

Estrategias:

- Controlar los tiempos de espera en asistencia especializada y establecer medidas correctoras para su reducción.

B) Plan Integral de Calidad

El Plan Integral de Calidad es un documento elaborado por un grupo de trabajo, formado por técnicos de Osakidetza con experiencia en el tema, en el que se definen una serie de enunciados genéricos, se sugieren unos medios y se proponen unos métodos dirigidos a promover la cultura de la calidad, planteándose una estrategia de implantación y seguimiento de un Plan de estas características. Todo ello dirigido a que cada hospital de la Red Asistencial elabore su propio Plan Integral de Calidad.

Los autores consideran que, si bien la organización sanitaria está obligada a garantizar una calidad técnica en los procesos de atención que realiza, ha de ser la «satisfacción del cliente» el objetivo primordial a conseguir. Estos dos componentes, junto con los esfuerzos para evitar la «no calidad» y la satisfacción de los propios profesionales, constituyen los elementos esenciales del profundo cambio cultural que este documento plantea y que redundará en diversos conceptos ya abordados en este artículo. El interés principal

se concentra en las sugerencias prácticas para llevar adelante esta transformación. Resumimos seguidamente las que consideramos de mayor interés:

- Es fundamental el ejercicio cotidiano y concreto de un claro liderazgo en la búsqueda de la calidad total por parte del equipo directivo.
- El trabajo en calidad ha de realizarse desde cada servicio o unidad asistencial.
- La gestión de calidad ha de estar integrada en los instrumentos de gestión cotidiana del centro.
- Importancia de la formación en calidad.
- Es necesario organizar alguna estructura de soporte, denominada como metodólogo o dinamizador de calidad, si bien ha de considerarse que estamos refiriéndonos a hospitales con un número relativamente elevado de personal. Las funciones propuestas son las siguientes:
 - * Soporte metodológico a las Comisiones, a los servicios y a la dirección.
 - * Dinamización de todas las actividades de calidad.
 - * Función docente en temas de calidad.
 - * Asesoramiento a la Dirección.
 - * Coordinación de las acciones procedentes de dirección, servicios y comisiones.
 - * Acciones de sensibilización y difusión para propiciar el «cambio cultural».
- Reorientar el Servicio de Atención al Usuario, haciendo que pase de una actitud pasiva a la asunción y gestión de las encuestas de satisfacción del cliente y de los profesionales, así como, en general, a «la búsqueda activa de aquellos aspectos que puedan aumentar la satisfacción del cliente o al menos reducir su insatisfacción, mediante la proposición de las oportunas acciones».
- Creación de comisiones que, sin ser esenciales suponen un complemento importante:
 - * Comisión central de calidad, centrada en la calidad subjetiva para el conjunto del hospital.

* Comisiones Clínicas, y Grupos de Trabajo o Círculos de Calidad, centrados en el seguimiento de indicadores globales de no calidad.

Las acciones propuestas se estructuran en tres bloques ya descritos con anterioridad, estructura, proceso y resultado. Entre los relacionados con la estructura, merece la pena subrayar los correspondientes a la estructura organizativa:

- Organigrama.
- Sistemas de información, especialmente los ligados al servicio de admisión y archivos los que facilitan información sobre coste intermedios y finales del producto; los de indicadores sobre la calidad del proceso técnico; los que se centran en la calidad percibida por el cliente y los que aportan información sobre la satisfacción de los profesionales del centro.
- Normas de funcionamiento de los servicios y unidades.

En las acciones dirigidas al proceso, además de insistir en la importancia de que la metodología que se desarrolle sea sencilla y facilitadora de la participación de todos los profesionales, se propone la detección y priorización de problemas relacionados tanto con la calidad técnica como con la calidad percibida; la creación de indicadores para seguir la evolución de esos problemas; la protocolización de los procesos diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y la elaboración de «auditorías médicas y de enfermería» para profundizar en algunos temas. Por último, en relación a los resultados, plantea la explicitación de indicadores que han de ser «monitorizados».

El Plan Integral de Calidad, después de proponer una serie de medidas destinadas a la difusión de la cultura de la calidad (desde la edición de una revista hasta la organización de una Semana de la Calidad), plantea la necesidad de que cada centro acople estos planteamientos a su realidad, elaborando un plan de acción especificado a lo largo de cada año.

5. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES

En la gestión de los servicios sociales coexisten el ejercicio de potestades de la administración (regulando quiénes tienen derecho a determinadas ayudas, el procedimiento para solicitarlas y las cuantías

a percibir, por ejemplo), con la prestación de un servicio, en este caso de carácter público. Esta situación facilita la comprensión sobre la doble dinámica que vive la administración: cumplir los procedimientos legales y prestar con eficacia y eficiencia un servicio. Hasta hace bien poco el cumplimiento del primero de los requisitos era suficiente. Sin embargo, en la actualidad, la sociedad exige que además se cumplan los objetivos previstos.

De esta forma, no es suficiente con tramitar correctamente las ayudas existentes para paliar una situación de pobreza. Es necesario demostrar que esas ayudas «sirven para algo». Es decir, que tienen alguna repercusión en el problema al que se supone que van dirigidas. Por muy bien que se haga la función burocrática, la acción pública queda radicalmente deslegitimada si es incapaz de dar una respuesta eficaz y eficiente a los problemas que el servicio público tiene planteados como objetivos. Es en este contexto donde ha de situarse la reflexión sobre la gestión de calidad de los servicios sociales.

Para abordar el concepto de calidad desde estos servicios resulta conveniente comenzar realizando algunas reflexiones sobre sus características específicas, especialmente de aquellos servicios sociales de carácter público que centran el interés de este trabajo. Al igual que otro tipo de servicios prestados por la administración, los servicios sociales tienen como punto de partida inicial un compromiso legal de tipo genérico. Tal y como puede comprobarse en la Ley de Servicios Sociales del País Vasco, en una redacción muy próxima a otras Leyes de otras Comunidades, el sistema que se pretende construir tiene por objetivo «garantizar, mediante un sistema público de servicios, aquellas prestaciones sociales que tienden a favorecer el pleno y libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad, promover su participación en la vida ciudadana y conseguir la prevención o eliminación de las causas que conducen a su marginación».

Unos principios legales tan generales podían haber establecido una dinámica próxima a la del sistema sanitario, donde la concreción de la garantía de la atención de la salud viene muy determinada desde el ámbito técnico. Este hecho hubiera permitido una amplia autonomía en la gestión y una mayor capacidad de ofrecer respuestas flexibles a las demandas cambiantes de la sociedad. En algunas situaciones, los Servicios Sociales han mantenido esa flexibilidad, dejando a un lado el ejercicio de potestades propio de la administración

y centrándose, exclusivamente, en la prestación de un servicio. Por ejemplo, en los programas de intervención en familias donde la selección de las familias que van a formar parte del programa no está sujeto a una normativa legal, ni existe acuerdo de un órgano de gobierno competente que apruebe esa inclusión, y en consecuencia no cabe recurso frente al hecho de no haber sido seleccionado. Evidentemente, esto no reduce un ápice la obligatoriedad de prestar ese servicio atendiendo con objetividad los intereses generales y según los principios recogidos en el artículo 103.1 de la Constitución, así como la reclamación judicial ante la presunta transgresión de los mismos.

Sin embargo, el impulso clave para el desarrollo y extensión de un Sistema de Servicios Sociales Público en el País Vasco vino de la mano del Plan de Lucha contra la Pobreza. Sin entrar en detalles sobre su contenido, resulta clave el hecho de que, en la práctica, haya consistido en un conjunto de ayudas económicas no periódicas y en el Ingreso Mínimo de Inserción, conocido popularmente como salario social. De esta forma, la propia dinámica impulsada por el Plan puso en primer plano los aspectos procedimentales, que habían de garantizar el adecuado uso de las ayudas y los derechos de los ciudadanos.

Indudablemente el reconocimiento del derecho a unos ingresos mínimos y a unas ayudas económicas específicas, es un avance social indiscutible. Sin embargo parece necesario abrir un debate sobre las consecuencias que ha traído el que se haya situado la función de tramitar esos derechos en los Servicios Sociales, sin diferenciar, al menos, la estructura dirigida a la tramitación de los mismos, de la orientada a la intervención social. Nadie discute que a un trabajador enfermo se le de una Incapacidad Laboral Transitoria, pero sería más discutible el que fuera su médico de cabecera quien, además de tratarle su enfermedad, se encargara de comprobar sus cotizaciones, de tramitar su expediente y de asegurarse del pago a la empresa de la cantidad correspondiente según lo estipulado en la legislación vigente. Probablemente no le quedaría tiempo para esta última tarea. De hecho, está absolutamente diferenciado el sistema que atiende la salud de la persona, del que tramita y controla los procedimientos administrativos que esa enfermedad pueda conllevar.

En los servicios sociales ambas funciones suelen estar confundidas. El Trabajador Social, a la vez que informa, asesora, apoya o incide en la problemática indivi-

dual o familiar planteada, tramita un expediente administrativo de ayuda económica y controla los ingresos del solicitante, por ejemplo. Esta confusión está en la base del acalorado debate generado en torno a las contraprestaciones del Ingreso Mínimo de Inserción, así como en las reiteradas quejas respecto al exceso de papeleo que tienen que realizar los profesionales de estos servicios.

Por otra parte, el importante peso relativo que tienen las ayudas económicas en la acción cotidiana de los profesionales de la acción social, ha potenciado esta vertiente administrativa, impregnando a una amplio número de servicios y recursos. Parece como si la necesidad de marcar un límite claro entre la beneficencia y el Estado de Bienestar, haya llevado a la convicción (incluso a muchos profesionales) de que eso sólo se consigue acumulando procedimientos de carácter administrativo.

No es nuestra intención profundizar aquí en este debate. Su mención se hacía ineludible para enfrentar la gestión de la calidad en los Servicios Sociales, donde se superponen las acciones regidas por criterios técnicos, mucho más permeables a este tipo de enfoque, con una cultura burocrática (visible a pesar de la juventud del sistema) preocupada de los procedimientos puramente administrativos y más resistente al cambio.

En consecuencia, al abordar la gestión de la calidad en los servicios sociales hemos de tener presente que la configuración del sistema ha hecho convivir a programas en los que su elemento central de valoración es su capacidad de cumplir con los objetivos previstos, con otros en los que han de garantizarse los procedimientos administrativos. Esta situación, que inicialmente supone una dificultad, puede tener importantes potencialidades, al colocar dentro del sistema dos polos (flexibilidad técnica y regulación administrativa) en el centro de los cuales podemos situar un funcionamiento moderno de la Administración Pública. La indudable dificultad de conjugar adecuadamente los aspectos positivos de ambas perspectivas no disminuye esa potencialidad.

5.1. El modelo de gestión de calidad de los servicios sociales: la calidad percibida

Sin duda alguna, el modelo de calidad aplicable en los servicios sociales ha de basarse en el modelo sanitario de garantía

de calidad. Las similitudes de ambos sistemas, mucho mayores que las diferencias en cuanto al tema de interés, justifican esta afirmación.

Un breve comentario antes de seguir. En alguna ocasión he escuchado opiniones en las que se consideraba el enfoque de la calidad un «lujo» para el sistema de servicios sociales. Esta opinión se sustentaba en el argumento de que existen demasiadas carencias como para preocuparse de la calidad de los servicios. Si el enfoque de la gestión de calidad puede ser un elemento de especial importancia en la modernización de la administración, dejar fuera de este proceso a los servicios sociales, supondría una marginación de los mismos, colocándolos en un furgón de cola, dentro de la administración, más propio de concepciones benéficas que de un Estado de Bienestar.

Por otro lado, roza lo indignante considerar un lujo lo que la inmensa mayoría de los ciudadanos, y desde luego aquellos en una situación económica desahogada, exigen en cualquier transacción comercial o a cualquier administración. En este sentido, hacer de la calidad un elemento central de la acción social, implica un especial compromiso de solidaridad con los sectores sociales más desfavorecidos, ofreciéndoles un valor añadido (la calidad) que muy frecuentemente se encuentra fuera de su alcance, al no poder pagar el coste que conlleva en la esfera privada. Además, el coste añadido que en términos absolutos puede suponer la búsqueda de la calidad, no ha de suponer recortes en los servicios prestados, sino una mayor efectividad de éstos.

Las particularidades de la aplicación de la gestión de calidad a estos servicios las expondremos seguidamente, eludiendo la repetición de comentarios ya realizados.

A) LOS CUENTES²

Como ha quedado claro anteriormente, no cabe hablar de calidad sin considerar la percepción que de la misma tienen los

² Al centrarnos en la gestión pública de los servicios sociales, resultan plenamente aplicables los comentarios realizados anteriormente sobre el concepto de cliente, por lo que utilizaremos el de *ciudadano cliente* para referirnos a las personas que utilizan o son potenciales usuarios de los servicios sociales; reservando el de *clientes* para referirnos al conjunto de ciudadanos, instituciones, asociaciones, etc. que interactúan con estos servicios.

clientes, y en concreto el ciudadano cliente, de un servicio público. Esta dimensión de la calidad se forma a partir de la diferencia entre lo que los clientes esperan de los servicios sociales y lo que efectivamente consiguen de éstos. Situar la calidad en el centro de la gestión de estos servicios supone buscar la máxima adecuación que sea posible entre ambos aspectos, utilizando las técnicas más adecuadas, respetando la legalidad vigente y considerando las repercusiones sociales de la misma.

Esta definición nos sitúa de inmediato frente al reto de identificar quiénes son los clientes de los servicios sociales. Resulta habitual que en estos servicios se considere exclusivamente al ciudadano cliente, incluso a veces, exclusivamente a aquel que acude a esos servicios. Sin embargo los clientes de los servicios sociales, al igual que los de otros servicios públicos o privados, pueden catalogarse en dos grandes grupos:

1. *Cientes Internos*. Relacionados con la propia estructura desde la que se presta el servicio. En este grupo podemos situar a las categorías siguientes:

- Otros departamentos municipales con los que mantenemos relaciones (Intervención, Obras y Servicios, Cultura, Información Ciudadana, etc.), los cuales son vistos frecuentemente como obstáculos para el quehacer de los servicios sociales. Sin embargo, hemos de considerarlos organizaciones con su dinámica propia e independiente de la nuestra, analizando y estableciendo estrategias dirigidas a responder adecuadamente a sus características y expectativas. Muchas veces las dificultades de coordinación también están motivadas por la incapacidad de entender que esperan de nuestro servicio esos departamentos o de la imagen distorsionada que poseen.
- Los trabajadores de los servicios sociales. Resulta esencial que los propios trabajadores de los servicios sociales se encuentran satisfechos con su pertenencia a ese departamento. La quiebra de este elemento cuestiona el resto de objetivos que puedan establecerse.

2. *Cientes Externos*. Donde encontramos la siguientes categorías:

- Los ciudadanos clientes que utilizan o son potenciales usuarios de los programas y servicios sociales. Es esencial la inclusión en esta categoría de aquellas personas que, aún no habiendo contactado con los servicios sociales, constituyen una «población objetivo» de estos.
- Las asociaciones ciudadanas, de voluntarios, y otras entidades ligadas a la acción social. Estas instituciones no son sólo recursos a los que derivar ciudadanos o con los que convenir programas. Son también clientes de los servicios sociales, con sus expectativas y opiniones sobre lo que estos servicios han de ser, y con una significativa capacidad de generar opinión.
- Otras administraciones u organismos públicos con los que nos relacionamos con asiduidad y que, muy a menudo, son quienes «compran» nuestros servicios al decidir subvencionar o no determinado programa. Su opinión sobre nuestro quehacer puede resultar determinante.
- El conjunto de los ciudadanos, sean o no potenciales usuarios de los servicios sociales, quienes financian a través de los impuestos estos servicios. Una opinión pública crítica respecto a la actividad o los resultados de los mismos, puede influir claramente en la financiación o la continuidad de un programa, o incluso plantear un cuestionamiento más global del sistema público de servicios sociales en sí mismo.
- Los medios de comunicación, en cuanto elemento clave en la generación de opiniones y actitudes.

Como vemos, existe una gran variedad de personas o instituciones cuya opinión debe ser considerada a la hora de valorar la calidad de nuestro servicio. Si hubiera que dar prioridades entre todos ellos, quizás las dos categorías donde hemos de centrar nuestra atención de una manera más clara es en la de los ciudadanos clientes y en la de los trabajadores de los servicios sociales. En el resto, ya supondría un cambio significativo el pasar a considerarlos clientes hacia los que también va dirigido nuestro trabajo y cuyas opiniones hemos de considerar.

También aquí, como en otros servicios, atender todos los frentes, puede suponer contradicciones al existir intereses que pueden resultar contrapuestos. En este

punto hemos de considerar dos aspectos. De una parte, que una adecuada gestión de calidad ha de implicar saber conjugar, hasta donde sea posible, esa pluralidad de expectativas. De otro, que los servicios sociales públicos están regidos por una normativa cuyo principal punto de referencia es la Ley de Servicios Sociales, donde se explicitan los criterios generales que han de inspirar el trabajo de estos servicios. En consecuencia, esos han de ser los «intereses» que en caso de colisión prevalezcan, muy especialmente los de solidaridad, integración y prevención.

De esta forma, una primera tarea esencial consiste en elaborar la relación concreta de clientes, reales y potenciales, de nuestro servicio. Delimitando así el universo hacia el que debemos dirigir nuestra atención.

B) LAS EXPECTATIVAS Y OPINIONES DE LOS CLIENTES

La identificación de los clientes es un paso indispensable para mejorar la calidad pero insuficiente. Es esencial conocer que esperan estos clientes de nosotros, así como su opinión sobre los servicios que les ofrecemos. Limitándonos al núcleo central de los grupos de clientes mencionados, los ciudadanos clientes, ¿sabemos que idea tienen de nosotros?, ¿qué esperan?, ¿cuáles son los aspectos que, en su opinión, les resultan determinantes para valorar si el servicio prestado ha sido o no de calidad? Sinceramente creo que, con excepción de unos pocos trabajos referidos a centros residenciales, existen pocas respuestas a esas preguntas. Sin ellas, el camino hacia la calidad se encuentra obstruido, ya que es imposible determinar el rumbo que debemos seguir, los elementos que debemos mejorar. Por ello resulta prioritario desarrollar métodos para cubrir esta laguna, al menos en lo referente a los ciudadanos clientes y a los propios trabajadores de los servicios sociales.

Entre los procedimientos para acceder a esa información podemos mencionar los siguientes:

- Estudios de satisfacción de usuarios.
- Estudios sobre las expectativas de los ciudadanos y sus criterios para valorar la calidad.
- Análisis de las expectativas de otros servicios equiparables. En nuestro caso resultan un buen punto de referencia los servicios de atención a la salud, donde además el estudio de

la calidad está mucho más avanzado.

- Paneles de ciudadanos clientes, equivalentes a grupos asesores, consistentes en grupos de 15 a 20 personas, seleccionados al azar entre todos los ciudadanos clientes, que se reúnen varias veces al año para valorar la calidad de los servicios o los elementos que la perturban.
- Gestión de las reclamaciones.

Evidentemente, este último método puede resultar el más sencillo de aplicar ya que tanto el tiempo como el desembolso económico que puede requerir es escaso. Sin embargo, no parece que en nuestro país esté muy arraigada la cultura de la reclamación. Todos conocemos experiencias de «buzones de reclamaciones o sugerencias» llenos de telarañas o somos conscientes del poco uso de las Hojas de Reclamaciones en cualquier establecimiento comercial. Pero incluso en un contexto empresarial y una cultura como la norteamericana «sólo el 4% de los usuarios insatisfechos plantean sus quejas a las empresas. El otro 96% permanece insatisfecho, pero, por término medio, le comunica su insatisfacción a otras nueve o diez personas» (ZEITHAML y col. 60, 1993). Añadámosle, a todo ello, el recelo que suscita la presentación de un queja escrita en la Administración Pública.

En consecuencia, a la hora de aproximarnos a las expectativas y opiniones de los ciudadanos clientes hemos de tener presentes estas consideraciones, a fin de paliar sus efectos. A este fin, consideramos clave la constitución de un **Servicio de Atención al Ciudadano** dirigido a servir de mediador entre el ciudadano y la institución, siguiendo, una vez más, la estela del Sistema de Salud. Para ello, no tiene por qué ser necesaria una ampliación de la dotación de personal sino una reorganización del mismo, básicamente en los niveles de administrativos, auxiliares administrativos y ordenanzas, orientando sus funciones en esta nueva dirección.

Algunos elementos claves del Servicio de Atención al Cliente, variables en su aplicación concreta según la dimensión y características del Centro, pueden ser:

- Delimitación de las personas que atienden las consultas telefónicas y reciben a cualquier ciudadano que se acerque a los servicios sociales. A estas personas ha de facilitárseles, en el caso de que no la posean, una

formación especializada de atención al público. Así mismo, se les deben especificar criterios para la derivación de llamadas, delimitación de situaciones de urgencia y otros aspectos de trascendencia para la organización del centro.

- El Servicio de Atención al Cliente debe tener establecido un profesional de referencia inmediata al que acudir en caso de necesitar información complementaria o tener dudas sobre el procedimiento a seguir.
- Los componentes del Servicio de Atención al Cliente deben poseer una información amplia y actualizada de los programas y servicios del departamento, incluyendo toda aquella información, no especializada, que pueda ser de interés; desde documentación a presentar para cualquier tramitación del Departamento hasta un amplio listín telefónico con todo tipo de teléfonos y direcciones de interés.
- Este Servicio encauza las reclamaciones de los ciudadanos.

Tal y como indicábamos anteriormente, limitamos a la información que puedan suministrar las quejas presentadas por escrito, restringiría de tal forma esta fuente de datos que su utilidad quedaría muy menguada. Por ello, consideramos de utilidad que las personas pertenecientes al Servicio de Atención al Cliente recojan todas las quejas, problemas, comentarios críticos, independientemente de que se acaben plasmando o no en un escrito. Incluso aquellas situaciones, que sin producir una reacción expresa por parte de los ciudadanos clientes, ellos consideren que suponen un foco potencial de falta de calidad.

Basándonos en la propia experiencia y en el interesante trabajo de Inmaculada PEREIRO y colaboradores (1994), sobre la clasificación de las reclamaciones de los usuarios de atención primaria de salud, nos atrevemos a sugerir una tipología de «Factores percibidos como obstáculos a la calidad». Esta tipología, que lógicamente habrá que ir adecuando en base a la experiencia, puede orientar sobre la información que estamos buscando a aquellas personas encargadas de recogerla. En la información recogida debe explicitarse si ha sido detectada sin comentario expreso del ciudadano cliente o lo ha sido a partir de esos comentarios.

1. Fallo de organización.
 - 1.1. Cambios en el profesional que atiende el caso.
 - 1.2. Cambios en la entrevista concertada.
 - 1.3. Dificultades de obtener cita por teléfono.
 - 1.4. Cita previa: excesivo tiempo transcurrido hasta la cita concertada.
 - 1.5. Retraso en la consulta.
 - 1.6. Pérdida de documentación aportada.
 - 1.7. Pérdida del historial.
 - 1.8. Escasa o nula información sobre la situación de su expediente.
 - 1.8. Dificultad para hablar por con la persona deseada.
2. Trato personal.
3. Fallo en la atención técnica.
 - 3.1. Poco tiempo de entrevista.
 - 3.2. Mala atención profesional.
 - 3.3. Denegación del servicio solicitado.
 - 3.4. Retraso en la realización de recurso indicado.
 - 3.5. Utilidad de la atención recibida.
4. Entorno.
 - 4.1. Confortabilidad de las instalaciones.
 - 4.2. Accesibilidad interna.
 - 4.3. Accesibilidad externa:
 - 4.3.1. Horarios
 - 4.3.2. Distancia
 - 4.3.3. Medios de comunicación.
5. Fallo burocrático.
 - 5.1. Exceso de documentos a aportar.
 - 5.2. Dificultad para cumplimentar los impresos.
 - 5.3. Complejidad de los trámites.
6. Otras fuentes de insatisfacción.

Este instrumento, utilizado como base de referencia para las reuniones periódicas del responsable del centro con el equipo de personas que componen el Servicio de Atención al Cliente, puede ser una rica fuente de información para detectar aquellos puntos críticos para la mejora de la calidad del servicio, tal y como la perciben los ciudadanos clientes. Así mismo puede resultar un interesante estímulo para generar sugerencias respecto a la calidad por unas personas que están en un lugar privilegiado de la organización.

Naturalmente, aunque esta tarea la desempeña este Servicio de manera sistemática, otros profesionales también han de realizar sus aportaciones. El foro para ello puede ser una reunión conjunta de todo el equipo que forman el Centro de Servicios Sociales (si su número lo hace operativo) o canalizarse a través de las propias reuniones del equipo técnico.

Por otra parte, aunque resulta más costoso y requiere de más tiempo, los estudios de satisfacción de los ciudadanos atendidos pueden aportar una información de enorme trascendencia. Estos estudios, inexistentes en lo referente a los servicios sociales de base, consisten en la realización de una encuesta (existen varias opciones metodológicas) construida en torno a tres ejes que definirían las dimensiones que componen la calidad percibida: trato personal, competencia profesional y comodidad o estructura. Al no existir un modelo validado, la primera tarea habría de consistir en la validación de un cuestionario que recogiera el desarrollo de las dimensiones mencionadas. Seguidamente proponemos algunas variables que pueden ser utilizadas en ese proceso, desglosando una dimensión relacionada con aspectos organizativos:

TRATO PERSONAL

- Amabilidad.
- Disponibilidad.
- Escucha.
- Respeto.
- Comprensión. Empatía.
- Interés.
- Trato recibido por los auxiliares (puede desglosarse en varias de las variables anteriores).

COMPETENCIA PROFESIONAL

- Información recibida.
- Eficacia de la ayuda.
- Dominio de la materia por parte del profesional.
- Sensación de confidencialidad.
- Confianza en los profesionales.
- Competencia de los auxiliares con que ha tratado (puede desglosarse en varias de las variables anteriores).

ESTRUCTURA - COMODIDAD

- Accesibilidad.
- Comodidad (salas de espera, despachos,...).
- Limpieza de las instalaciones.
- Ambiente percibido.

ESTRUCTURA - ORGANIZACION

- Volumen de papeleo a cumplimentar.
- Grado de dificultad del papeleo.
- Tiempo de espera antes de la primera cita.
- Tiempo de espera para ser recibido.
- Duración de la entrevista.
- Facilidad de acceso telefónico.
- Número de personas distintas que le han atendido.

Esta relación propuesta podría enriquecerse mucho más si existiera un estudio sobre cuáles son los factores que los ciudadanos consideran de más importancia a la hora de valorar la calidad de unos servicios sociales.

Disponibles este instrumento, puede aplicarse junto a otras variables que se consideren influyentes en la percepción que pueda tenerse de la calidad. Además de las habituales variables sociodemográficas (estudios similares realizados en el campo de la salud plantean como más decisivas las variables de edad, sexo, situación laboral y nivel de estudios), pueden incorporarse algunas otras como, por ejemplo,:

- Tipo de problema planteado.
- Número de entrevistas mantenidas.
- Antigüedad de la relación con el servicio.
- Conocimiento previo de lo que son los servicios sociales.
- Origen de ese conocimiento.

También es importante avanzar en un conocimiento similar de las opiniones y expectativas de otras categorías de clientes. Las líneas aquí esbozadas pueden dar una referencia sobre el camino a seguir.

5.2. Otros aspectos del modelo de gestión de calidad de los servicios sociales

A) CALIDAD TECNICA

Como hemos manifestado anteriormente, la calidad no solo tiene la dimensión percibida por los clientes, también la calidad técnica juega un papel esencial. De hecho, al igual que en el sistema sanitario, pueden producirse demandas por parte de los ciudadanos, por ejemplo ingresar en una Residencia o ceder la tutela de un hijo, que valoradas técnicamente no sean adecuadas para resolver el problema que el ciudadano plantea. Así mismo, pueden existir planteamientos técnicos que cho-

quen con los deseos del ciudadano cliente, por ejemplo cuando éste solicita una ayuda económica para un concepto que el profesional no considera en absoluto necesario.

¿Pero qué es la calidad técnica? Esta se puede definir, adaptando al campo de los servicios sociales la definición realizada por DONABEDIAN (1984), como la aplicación de los conocimientos teóricos y metodológicos de las ciencias aplicadas a la acción social, de una manera que rinda el máximo de beneficios para el desarrollo personal y social, sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad, por lo tanto, sería la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios utilizando los conocimientos técnicos existentes.

Lógicamente, una definición tan genérica, enmarca el tema, pero requiere de un desarrollo concreto que la haga operativa. Ese desarrollo, pasa por tres aspectos bastante problemáticos en el campo de los servicios sociales:

1. Definición operativa de los factores o criterios esenciales para valorar la calidad de una intervención social. Actualmente no existen referencias claras para juzgar si una intervención social ha tenido o no una calidad mínima.
2. Capacidad diagnóstica de los problemas sociales, con un mínimo de fiabilidad (si se repite el procedimiento con situaciones análogas el resultado es el mismo diagnóstico) y de validez (diferentes profesionales realizan un diagnóstico similar de problemas similares). De todos es conocida la dificultad de establecer un diagnóstico etiológico de un problema social. Incluso los diagnósticos sintomáticos son poco habituales en el trabajo cotidiano, y cuando existen son tan genéricos que resultan poco operativos.
3. Establecimiento de procedimientos de intervención mínimamente normativizados para problemáticas específicas diagnosticadas. Dicho en otras palabras, una mayor correlación entre los problemas y los recursos utilizados para solucionarlos. Parece razonable considerar que, ante problemas similares, sean necesarias acciones parecidas. Las excepciones no harían sino ayudar a profundizar en el fenómeno. Lógicamente, cada caso particular ten-

drá siempre sus facetas específicas, esto no contradice lo expuesto. Para saber qué es una faceta específica y qué una pauta habitual, en un determinado tipo de problemas, es necesario definir con claridad estas últimas.

El avance en estos campos, y en consecuencia el avance en la posibilidad de valorar la calidad técnica, pasa por un fuerte impulso de la investigación aplicada de los problemas sociales, incluyendo la evaluación de programas. Así mismo, es necesario un importante esfuerzo en los profesionales de la acción social, para incorporar a sus hábitos cotidianos el diagnóstico explícito de cada caso que abordan y la determinación de los objetivos buscados con la indicación de un recurso o intervención social concreta. Ambos pilares son básicos para la sólida constitución de un sistema de servicios sociales con una calidad técnica contrastada y contrastable.

B) EL ASPECTO INTERPERSONAL DE LA CALIDAD

El aspecto interpersonal de la calidad constituye la tercera dimensión de este concepto. En él se incluyen un conjunto de elementos muy relacionados con el nexo que se establece entre el profesional de la acción social y los ciudadanos con los que se relaciona. La empatía, la capacidad de escuchar al otro, la capacidad para transmitir acogimiento o apoyo, la comunicación verbal y no verbal que se establece, etc. En general, lo que vulgarmente podíamos definir como la capacidad para «sintonizar». Correspondería al aspecto más «artístico» de la acción social (en similitud con el «arte de curar») Este aspecto de la dimensión interpersonal posee una importancia clave en el trabajo social, ya que una falta de confianza, o la sensación de no ser entendido, puede imposibilitar cualquier intervención.

En términos generales, esta dimensión de la calidad es la que más sensibilidad despierta entre muchos profesionales, probablemente tanto por la evidencia de la trascendencia inmediata que tiene para su quehacer, como por el valor especial que dan a estas facetas vitales. El avance en la calidad técnica, que acabamos de mencionar, ha de complementar esta situación, pero no debe reducir la importancia de esta dimensión. Supondría un serio retroceso el hecho de que, la mejora en la estandarización de los procesos diagnós-

ticos y de intervención, supusieran una pérdida de la calidad de la relación interpersonal.

Aunque resulta difícil de valorar, las opiniones de los usuarios son la fuente privilegiada de información para especificar el nivel alcanzado en este aspecto de la calidad.

C) EL ENFOQUE ESTRUCTURAL

En páginas anteriores hemos descrito brevemente este enfoque en su aplicación a los servicios de atención a la salud; su aplicación a los servicios sociales resulta bastante directa y la necesidad de mejora bastante evidente. Así, respecto a los aspectos tangibles de la estructura (edificios, mobiliario, equipamiento especializado, etc.) los servicios sociales, en especial los servicios de base municipales, presentan, con dignas excepciones, un balance manifiestamente mejorable. Parece como si la situación de marginación de muchas de las personas atendidas en estos servicios, hubiera «contagiado» a su propia estructura física. Claro que más que contagio nos inclinamos a pensar que el origen se ubica en la estigmatización que este tipo de centros tiene entre muchos gestores municipales, que los colocan en lugares marginales y con una dotación que, en lenguaje coloquial, podríamos calificar de cutre.

Por todo ello, no resultaría ocioso el establecimiento de unos mínimos (metros cuadrados por trabajador, disponibilidad de despachos con unas condiciones mínimas de insonoridad, ergonomía en el mobiliario, etc.) que permitieran constituir un sistema de acreditación de centros de servicios sociales, tal y como ya se ha realizado con los centros residenciales para la tercera edad. Conociendo la realidad de muchos servicios sociales de los municipios y mancomunidades de nuestro país, nadie considerará exagerada esta propuesta.

Otro aspecto del enfoque estructural de la calidad alude al personal, tanto a su número como a su formación. En cuanto al número, el establecimiento de unos ratios mínimos facilitaría un mínimo común denominador del que carecen muchos servicios sociales municipales. Respecto a la formación del personal de los servicios sociales constituye una necesidad del sistema para avanzar en la búsqueda de la máxima calidad posible y, en consecuencia, de la mayor eficiencia alcanzable. Eso sólo se consigue con profesionales de alta cua-

lificación. Esto implica, la delimitación de tiempos destinados a la formación y al reciclaje profesional, pero también la consolidación de unas plantillas con un elevado porcentaje de trabajadores temporales, con las consecuencias que esto tiene para la cualificación profesional y la configuración de equipos con una cultura común.

El enfoque estructural incluye, así mismo, la valoración administrativa y organizativa de la institución. También en esta dirección es necesario hacer un serio esfuerzo. Aunque se ha avanzado bastante, aún existen muchos municipios o mancomunidades que no disponen de responsables técnicos o directores de los servicios sociales, ni de organigramas jerárquicos y funcionales, que clarifiquen las tareas y el papel de cada trabajador. Así mismo, la relación entre los diversos elementos que forman el Sistema Público Vasco de Servicios Sociales, especialmente Diputaciones y Ayuntamientos, si bien está reglada legislativamente, no está coordinada funcionalmente de una manera clara, generándose conflictos y disfunciones fácilmente evitables.

En otro orden de cosas, no existe un sistema de información homogéneo de los diferentes servicios sociales. Aunque se ha avanzado en la vertiente más económica de este sistema, a través de las encuestas realizadas por el S.I.I.S. para el Gobierno Vasco, es necesario superar este vacío a fin de poseer información útil sobre la realidad del conjunto de los servicios sociales de nuestro país.

Por último, este enfoque tiene en consideración los factores relacionados con la ubicación del servicio, lo que incide directamente en la facilidad de acceso, proximidad a medios de transporte, centralidad, etc.; así como en las posibles barreras arquitectónicas que pudieran existir. Ambos aspectos pueden suponer trabas serias al objetivo de equidad que los servicios sociales deben tener.

D) EL ENFOQUE DE PROCESO DE LA CALIDAD

El enfoque de proceso de la calidad a los servicios sociales se centra, muy especialmente, en la calidad técnica, la cual, como hemos visto, presenta algunas dificultades en nuestro ámbito. En este enfoque, son los propios profesionales los que protagonizan su aplicación. En este sentido, el trabajo en equipo, incorporando la discusión sobre casos significativos

(sesiones clínicas), supone un primer paso importante ya realizado en la mayoría de los centros de servicios sociales. Sin embargo, existen otras posibilidades menos exploradas en este ámbito, como son, por ejemplo, los protocolos de atención, las auditorías del trabajo social o la supervisión.

E) LAS PROMESAS Y LOS HECHOS. LAS POLÍTICAS INFORMATIVAS

Una fuente de problemas para la calidad, en cualquier tipo de servicios, proviene de la discrepancia entre lo que se promete, lo que se dice que se va a hacer, y lo que realmente el ciudadano ve que se hace. Al estar la calidad fuertemente influida por la diferencia que el ciudadano tiene entre sus expectativas y el servicio que recibe, una política informativa inadecuada elevará esas expectativas a niveles poco razonables o, simplemente, producirá confusiones respecto a lo que se puede esperar de un servicio concreto.

Este problema tiene matices importantes en el ámbito de la administración pública, donde está muy extendido el defecto de prometer en exceso. La posterior constatación de que la expectativa no es satisfecha generará un descontento probablemente mayor que el que existía anteriormente.

Ahora bien, este desajuste entre la comunicación y el servicio prestado no tiene porqué estar motivado de forma voluntaria. Más frecuente resulta que se origine en una serie de defectos estructurales. El más importante de ellos consiste en que quienes diseñan las líneas comunicativas, o quienes envían el mensaje, y el personal que atiende directamente a los clientes no están adecuadamente relacionados. Esta falta de coordinación motiva, de un lado, que se envíen mensajes que no han sido previamente comunicados al personal de atención directa, quienes se encuentran con llamadas telefónicas o solicitudes personales de información sobre un tema que desconocen. De otro, quienes realizan las promesas o transmiten las informaciones no han podido sopesar adecuadamente cuales son las expectativas inadecuadas de los ciudadanos, las cuales deben intentar modificar, y cuales son las que es necesario promover, siendo capaces de responderlas.

Otro problema de carácter estructural es la heterogeneidad de políticas y procedimientos que desarrollan los diferentes sistemas o departamentos de la adminis-

tración. Esto puede generar expectativas, a la vista de lo visto en un centro determinado, que se ven frustradas en otro diferente. Un ejemplo claro lo tenemos cuando se acercan a los servicios sociales personas que acuden con la experiencia y las expectativas propias del sistema sanitario. Un sistema universalista, en el que la necesidad de atención genera el derecho a ella, siendo los profesionales quienes definirán la forma en que se concreta. Cuando un ciudadano con esas expectativas se acerca a los servicios sociales, se va a encontrar con que el derecho a ser atendido está limitado por la disponibilidad presupuestaria, incluso por su nivel de ingresos. Esa frustración puede provocar una sensación de falta de calidad muy fuerte. Los caminos para abordar este problema son difíciles, mientras se mantenga esa diferencia entre los sistemas, sólo la difusión de las particulares características de los servicios sociales puede adecuar las expectativas a la realidad.

Por último, la carencia de una cartera de servicios clara, favorece que los ciudadanos no sepan que pueden esperar de los servicios sociales. La inexistencia de esa relación de servicios disponibles, así como la heterogeneidad entre los diversos municipios, tanto en el tipo de servicio prestado como en los procedimientos para acceder al mismo, confunde a los ciudadanos y genera la frustración de sus expectativas.

En términos generales, una adecuada política informativa debe pasar:

- Por centrarse en aquellos aspectos de la calidad más sensibles para los ciudadanos clientes.
- Por subrayar las potencialidades reales del servicio, evitando la exageración o las promesas excesivas, pero realzando lo que se hace y se hace bien, a fin de incidir en la propia de los ciudadanos.
- Por atajar aquellas expectativas erróneas más difundidas y que pueden perjudicar la percepción de la calidad del servicio.
- Por identificar los procesos por los que se difunden de manera más efectiva las expectativas de los ciudadanos clientes. A menudo esos procesos no pasan a través de la publicidad o de los medios de comunicación de masas (lo cual no quiere decir que no tengan importancia o que haya que descuidarlos), sino que se vinculan con las propias ex-

perencias y necesidades de las personas, o se basan en la comunicación boca-oído.

6. LA CULTURA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES

La dinámica y la historia de los servicios sociales ha estado, y está, tan ligada a la escasez de recursos frente a la dimensión de las necesidades que tienen que abordar, que la cultura informal más extendida ha sido la de la reivindicación y la queja por esa situación. Aún hoy persiste un fuerte desequilibrio entre ambos factores. Sin embargo, las críticas sociales al sistema público de servicios sociales no vienen tanto por los escasos recursos de que dispone, sino por la eficacia con que se utilizan. Así mismo, el conjunto de las administraciones públicas están inmersas en una transformación de la que no pueden quedar al margen los servicios sociales. Por último, cada vez son más los ciudadanos que se acercan a los servicios sociales y que solicitan, no sólo la posibilidad de una ayuda, sino ser atendidos con prontitud, recibir informaciones claras, etc. Por todo ello, y por solidaridad y respeto hacia quienes, no exigiéndolo, tienen el mismo derecho a recibir una atención de calidad, consideramos necesario incorporar la cultura de la calidad a los servicios sociales.

Esta incorporación supone instalar la búsqueda de la calidad en el centro de la acción y la organización de los servicios sociales, rediseñándolas en lo que sea necesario. A lo largo de estas páginas hemos analizado este concepto y su aplicación a los servicios sociales, introduciendo aquellas matizaciones que hemos entendido necesarias. En este último capítulo nos detendremos brevemente en algunos elementos significativos a la hora de conseguir hacer de la búsqueda de la calidad un elemento estratégico.

Comenzaremos subrayando dos ideas básicas. La búsqueda de la calidad es una tarea permanente, de carácter indefinido, ya que la calidad plena no se alcanza nunca. Por otra parte, la búsqueda de la calidad es un proceso en sí misma. Es decir, el desarrollo de esa cultura en el seno de una organización requiere de tiempo y de planificación, estructurándose el progreso en fases sucesivas, acordes con la realidad específica de esa organización. Forzar este proceso puede tener efectos similares que un aguacero para la agricultura, daña la cosecha y no cala suficientemente en la tierra.

Otro aspecto esencial es que la búsqueda de la calidad deben liderarla las personas con más responsabilidad en la organización. «La raíz de un mal servicio radica en que las personas que en la organización tienen la responsabilidad del liderazgo, por una u otra razón, no lo ejercen» (ZEITHAML 156, 1993). Y deben hacerlo con convicción, apoyando todas las iniciativas que apunten en la dirección planteada y respaldando el trabajo de aquellos profesionales más identificados con la tarea. Simultáneamente, la búsqueda de la calidad debe ser una tarea asumida por todos los niveles de la organización.

Asimismo, la búsqueda de la calidad ha de realizarse a partir de la información existente sobre las lagunas que ésta presenta. Partiendo de estos datos, u obteniéndolos si no existen, han de seleccionarse aquellas deficiencias que se consideren más críticas. En una primera fase interesa que esa elección se centre en problemas que puedan ser abordados con relativa facilidad y tengan una repercusión clara y positiva para el conjunto de la organización. Este hecho favorecerá que toda la organización centre su atención en el potencial de la calidad.

Por otro lado, es necesario organizarse coherentemente con la nueva tarea, de tal manera que seamos capaces de romper la inercia que la acción cotidiana impone, evitar que lo urgente continúe postergando a lo importante. Para ello puede ser útil la clara delimitación de prioridades, la especificación de fases y etapas para abordar de forma pausada, pero continua, los problemas identificados; así como el trabajo en equipo.

Otro elemento de interés en la incorporación de la cultura de la calidad es la descentralización de la toma de decisiones, especialmente en aquellos casos en que hay contacto directo con los ciudadanos. Esto implica aceptar los errores que se puedan cometer en el ejercicio de esa autonomía. Hay que incentivar la creatividad, la capacidad de reflexionar críticamente sobre el trabajo que cada uno hace, y esto no se puede hacer si el error implica ser reprendido. Para todo esto, resulta necesario disminuir el volumen de reglamentaciones que puedan encorsetar excesivamente ese proceso. Naturalmente, en la administración pública esa desregulación tiene un límite en la propia legislación.

Por último, resulta imprescindible establecer objetivos de calidad que puedan hacerse públicos, sirviendo de norte para

la organización y de referencia para su entorno. La explicitación de esos objetivos permitirá posteriormente su evaluación y una nueva relación de puntos críticos en el camino sin fin de la búsqueda de la calidad.

Como hemos planteado anteriormente, incorporar la cultura de la calidad al sistema público de servicios sociales no será tarea sencilla, sin embargo creemos que merece la pena, que los ciudadanos con los que trabajamos habitualmente se lo

merecen, que la sociedad nos lo exige y que en este sistema existe una amplia mayoría de profesionales volcada a dar lo mejor de sí mismos en la tarea que tienen entre manos. Este es el mejor motor para realizar este cambio.

Sacanell Berrueco, Enrique
Sociólogo

Responsable Técnico de Bienestar Social
y Salud Pública del Ayuntamiento de
Getxo.

Bibliografía

- ARCELAY, A.; HERNANDEZ, L.; BERNAL, R.S.; BACIGALUPE, M.T.; ORUE-ETXEBARRIA, B. (1993): «El Plan Integral de Calidad de los centros hospitalarios de Osakidetza»; publicado en *OSANSUNKARIA Revista Vasca de Salud Pública y Gestión Sanitaria*, n.º 5, Mayo-Agosto 1993, págs. 9-14.
- BALLART, Xavier (1992): «¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso», Ministerio para las Administraciones Públicas, Madrid.
- COMISION PARA LA RACIONALIZACION Y MEJORA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA (1994): «Una nueva organización para una nueva etapa del Gobierno Vasco. 47 Medidas para renovar la estructura organizativa del Gobierno y la Administración del País Vasco»; Ed.: Instituto Vasco de Administración Pública. Vitoria - Gazteiz.
- CUESTA GOMEZ, A.; MORENO RUIZ, J.A.; GUTIERREZ MARTI, R. (1986): «La calidad de la asistencia hospitalaria»; Ediciones Doyma.
- DIAZ MENDEZ, Antonio (1992): «Gestión Sociocultural. La eficacia social», Ed. Comunidad de Madrid. Madrid.
- DIAZ MENDEZ, Antonio (Director) (1993): «Nueva gestión local. Modernización municipal en Alcobendas», Ed. Popular. Madrid.
- DONABEDIAN, Avedís (1984): «La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación»; Ed. La Prensa Médica Mexicana.
- DONABEDIAN, Avedís (1994): «Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad», en *REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL*. Vol. 9 n.º 1, Marzo. SG Editores. Barcelona, págs.: 31 - 39.
- GONZALEZ DAGNINO, A. y Col. (1994): «Calidad Total en atención primaria de salud»; Ed. Díaz de Santos. Barcelona.
- JURADO, Enrique (1994): «La calidad total, vista bajo la lupa europea», en *El País*, 24 de Julio, sección Gestión y Formación.
- KAHN, Joan (1990): «Gestión de calidad en los centros sanitarios»; S.G. Editores. Barcelona.
- LAUFER, Romain y BURLAUD, Alain (1989): «Dirección pública: gestión y legitimidad»; Ed. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- LONGO, Francisco (1993): «Nuevos modelos de gestión en la administración local», en DIAZ MENDEZ, Antonio (Director), «Nueva gestión local. Modernización municipal en Alcobendas», Ed. Popular. Madrid.
- LONGO, Daniel R. y BOHR, Deborah (1994): «Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica»; S.G. Editores. Barcelona.
- LOPEZ CABANAS, Miguel y GALLEGU GALLEGU, Antonio (1993): «Análisis organizacional y propuestas de desarrollo en los servicios sociales comunitarios», en *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social*, Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. Págs.: 81-108.
- MARAÑÓN, E. y ELEXPE, X. (1993): «Análisis de la calidad percibida por los usuarios del Centro de Salud de Arrásate acerca de los servicios médicos y de enfermería»; publicado en *OSANSUNKARIA Revista Vasca de Salud Pública y Gestión Sanitaria*, n.º 6, Septiembre-Diciembre 1993, págs. 11-18.
- MARTIN ACEBES, Angel (1992): «Calidad Total y eficacia directiva en la administración y en la empresa»; en VARIOS, «Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa»; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. Págs.: 85-92.
- MEDINA TORNERO, Manuel Enrique (1994): «Análisis de calidad de los centros residenciales para mayores», ponencia presentada a las «Primeras Jornadas Internacionales de Política Social y Calidad de Vida», organizadas por la Diputación Provincial de Granada. Granada. Libro de Ponencias, pag.: 59-66.
- MENDOZA MAYORDOMO, Xavier (1990): «Técnicas gerenciales y modernización de la Administración Pública en España»; en *DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA* n.º223 (julio-septiembre), págs.:261-290. Ed. Instituto Nacional de Administración Pública. Madrid.
- MENY, Ivés y THONIG, Jean-Claude (1992): «Las Políticas Pública», Ed. Ariel. Barcelona.
- MEUNIER, Baudouin (1993): «La gerencia de las Organizaciones no Comerciales»; Ed. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.

- MUÑOZ DE BUSTILLO (Comp.) (1989): «Crisis y futuro del estado de bienestar», Ed. Alianza Universidad. Madrid.
- NUTTING, P.A.; BURKHALTER, B.R.; CARNEY, J.P.; GALLAGHER, K.M. (1991): «Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria»; S.G. Editores. Barcelona.
- OFFE, Claus (1990): «Contradicciones en el Estado del Bienestar», Ed. Alianza Universidad. Madrid.
- OLEAGA, José A. de y SACANELL, Enrique (1991): «Análisis de la satisfacción de los usuarios de un Centro de Salud Mental: Uribe - Costa»; no publicado.
- OSAKIDETZA (1992): «Plan Integral de Calidad. Centros Hospitalarios»; Dirección de Asistencia Sanitaria. Vitoria -Gazteiz.
- OSAKIDETZA (1993): «Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca», Ed. Gobierno Vasco. Vitoria -Gazteiz.
- OSBORNE, David y GAEBLER, Ted (1994): «La reinvencción del gobierno», Ed. Paidós. Barcelona.
- PEREIRO, Inmaculada; RODRIGUEZ MOYA, Rosario; ANDREU, Concha; COSTA, Elena; CHANA, Pedro; RODRIGO, Carlos (1994): «Propuesta de clasificación de las reclamaciones de los usuarios en atención primaria», en *REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL* Vol. 9, n.º 1, Marzo. SG Editores. Barcelona. Pags.: 27 - 30.
- RODRIGUEZ CABRERO (Comp.) (1993): «Estado, privatización y bienestar», en *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social*, Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. Pags.: 65-75.
- RODRIGUEZ CABRERO (Comp.) (1991): «Estado, privatización y bienestar», Ed. Icaria. Barcelona.
- SEVILLA SEGURA, Jorge (1994): «Desmantelar o no tocar nada», en «EL PAIS», sábado 19 de Marzo.
- SILVA, Pedro De (1994): «Privatizar, ¿para qué?», en «EL PAIS», lunes 28 de Marzo.
- SUBIRATS, Joan (1992): «Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración»; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- VARIOS (1992): «Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa»; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- VARIOS (1982): «Control de qualitat deis centres assistencials. Informe d'un Comité d'Expertes»; Ed Generalitat de Catalunya.
- VUORI, H.V. (1988): «El control de calidad en los servicios sanitarios»; Ed. Masson. Barcelona.
- ZEITHAML, Valerie A.; PARASURAMAN, A. y BERRY, Leonard L (1993): «Calidad Total en la gestión de servicios»; Ed. Diaz de Santos. Madrid.