



EGUZKI URTEAGA | RODRIGO ANDRÉS | ÁNGELES MARTÍNEZ | M^a INMACULADA LÓPEZ | ALEJANDRO CABELLO
MARÍA PAZ GARCÍA-LONGORIA | REYNA LIZETH VÁZQUEZ | ARNULFO SÁNCHEZ | EVA SOTOMAYOR | YOLANDA DE LA FUENTE
MARTA GARCÍA | M^a LUISA GRANDE | TOMÁS ALBERICH | KARLA SÁENZ | DELIA TÉLLEZ | ANTONIO GUTIÉRREZ

Calidad en los servicios de bienestar en un contexto de crisis económica internacional

Quality in welfare services in a context of international economic crisis

Sotomayor Morales, Eva*, De la Fuente Robles, Yolanda**, García Domingo, Marta***, Grande Gascón, M^a Luisa****
y Alberich Nistal, Tomás*****

* Universidad de Jaén. esotoma@ujaen.es, ** Universidad de Jaén. ymfuente@ujaen.es, *** Universidad de Jaén. mgdoming@ujaen.es, **** Universidad de Jaén. mlgrande@ujaen.es y ***** Universidad de Jaén. alberich@ujaen.es

Abstrac:

The current work revises concepts of quality related to the needs welfare services in order to increase the life quality of citizens, analyzing how this conceptualization was affected by the world crisis. For this purpose, the concept of quality inside the social, health and vocational training environment was studied, so as the previous research, regulations and requirements which have led to the current assessment of quality in social politics, in order to consider the utility of those dimensions in a world crisis context.

Keywords: Quality, life quality, welfare services, crisis, social politics.

Resumen:

En el actual trabajo, se he llevado a cabo una revisión de los conceptos de calidad en los servicios de bienestar necesarios para el incremento de la calidad de vida de la ciudadanía, analizando la forma en que dicha conceptualización se ha visto afectada en el marco de una crisis económica internacional. Para ello, hemos estudiado el concepto de calidad en el ámbito social, de la salud y de la formación para el empleo, así como las investigaciones, normativa y disposiciones que han dado pie a la actual evaluación de la calidad de las políticas sociales, con el propósito de reflexionar acerca de la utilidad de dichas dimensiones en el contexto de una crisis económica internacional.

Palabras clave: Calidad, calidad de vida, servicios de bienestar, crisis, políticas sociales.

Article info:

Received: 20/09/2012 / Received in revised form: 10/12/2012

Acepted: 10/12/2012 / Published online: 20/02/2012

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.5.8>

INTRODUCCIÓN

A través del presente trabajo, se pretende hacer una revisión de los aspectos relacionados con la calidad de las políticas sociales en España, analizando si dicha concepción de la calidad en los servicios de bienestar, es adecuada en los actuales tiempos de crisis, en los que se están sucediendo importantes procesos de reconversión de conceptos. En concreto, hemos analizado la evolución de experiencias innovadoras de calidad en cada uno de los tres contextos objeto de análisis: servicios sociales, formación e inserción profesional y salud, por ser estos los tres pilares básicos en el incremento de la mejora de los niveles de vida de la población en el contexto de los países industrializados. A su vez, revisaremos el enfoque de calidad que guía las políticas en estos 3 pilares de bienestar, destacando las similitudes y diferencias entre los mismos.

Para ello, hemos partido de la idea de que la calidad e innovación aplicada en un contexto de crisis económica, goza de particularidades que la dotan de una especificidad que torna, en parte, obsoletos a la mayoría de indicadores y medidas de calidad, los cuales no contemplan nuevos factores exclusógenos y nuevos colectivos en riesgo, así como los conceptos de nuevas estrategias de los hogares y alternativas a medio y largo plazo y nuevas situaciones de emergencia social. De ahí que nos centremos en el contexto actual, provisto de las particularidades a las que se irá haciendo referencia a lo largo del presente artículo.

En definitiva, creemos de extrema importancia aportar criterios de calidad e innovación a este nuevo contexto social, por lo que la presente comunicación tiene como principal pretensión lograr un avance en el conocimiento de la calidad de las políticas sociales en el contexto de crisis económica. Se pretende aportar conocimiento sobre la medición de la calidad en España y de los criterios de calidad que generan valor, de manera que sea una herramienta accesible y estructurada de consulta y apoyo a la elaboración de políticas sociales, proyectos de intervención y prácticas de inclusión social para Administraciones Públicas y agentes sociales en general, teniendo en cuenta, en todo momento, las particularidades que lleva aparejadas el factor crisis. Para ello, se tendrá en cuenta como variable matriz, la observación de las experiencias innovadoras y de calidad que están generando valor para la inclusión social en la actual situación de crisis económica y se delimitarán los elementos claves para la calidad en estos contextos adversos.

De igual manera, creemos importante destacar que el origen del trabajo ha sido la participación en una acción preparatoria del Séptimo Programa Marco de un grupo de investigadores de la Universidad de Jaén, con un enfoque multidisciplinar de las ramas de Sociología, Trabajo Social, Salud y Ciencias Políticas¹.

¹ Identificador FP 7-SSH- 2011-3.

DESARROLLO

1. Evolución del concepto de calidad en las políticas sociales

La calidad ha estado presente a lo largo de la historia, pero la concepción de base se ha modificado sustancialmente, experimentándose una evolución notoria del concepto, fines y principios inspiradores de la misma. De este modo, lo que surgió como una acción de mero control, ha evolucionado hasta constituir un conjunto de estrategias que va mucho más allá.

Por otra parte, la definición del término calidad comporta una dificultad significativa motivada, principalmente, por el desdibujamiento de su significado debido a su amplia difusión, atribuyéndosele una gran variedad de matices que encierran sentidos múltiples y diversos (Medina, 2011).

En un esfuerzo por definirlo, cabe concebir la calidad en los servicios de bienestar como un proceso que tiene su punto de partida en la recepción de demandas o detección de necesidades y finaliza con la ejecución y evaluación de respuestas orientadas a la satisfacción de las mismas. La introducción en la agenda pública de la calidad en los servicios sociales, la formación e inserción profesional y la salud, es relativamente reciente.

La calidad de los sistemas de bienestar se enmarca en la promoción de los Derechos Humanos y la protección de los intereses de los ciudadanos, interpretados tomando como valores superiores los establecidos en la Constitución Española –en particular, en su Título I: De los Derechos y Deberes Fundamentales– así como en el resto de ordenamiento jurídico, Tratados y Declaraciones Internacionales –En especial, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948–. En este sentido, reconocidos teóricos proponen la implantación de sistemas de gestión de calidad que incluyan los Derechos Humanos entre sus indicadores, como remedio para evitar el riesgo de un deterioro progresivo de la calidad en los servicios.

Tal y como se pone de manifiesto en el Plan Estratégico para el Fomento de la Cali-

Acrónimo: Innoserv.

Nº 290501)

Cooperation Programme/ Theme 8/ Socio-economist Sciences and Humanities (SSH). Dirigido por el Profesor Thomas Heidenreich, Hochschule Esslingen (Germany) con la participación de 9 universidades europeas. Universidades Participantes: Universidad de Esslingen (Alemania); Universidad de Viena (Austria); Universidad de Jyväskylä (Finlandia); Universidad Vechta (Alemania); Universidad de Plymouth (Gran Bretaña); Universidad Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polonia); Universidad Jönköping (Suecia); Universidad de Northwestern Switzerland (Suiza); Universidad de Jaén (España).

dad en las ONGs, la cultura de la calidad, que tuvo su origen hace ya varios decenios en la empresa privada, se ha ido introduciendo en la administración pública y, cada vez más, en el tercer sector, experimentándose un aumento de las exigencias de calidad y transparencia en la gestión. El Consejo de Europa (Council of Europe, 2007) y la Comisión Europea (European Commission, 2008 y 2011) constatan el creciente interés por la calidad de los servicios de bienestar. En esta línea, destaca el trabajo de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), que evalúa el conjunto de los servicios públicos, incluidos los del Estado de Bienestar, realizando estudios sectoriales que reconocen las diferencias significativas en la evaluación de los servicios según el sector considerado.

En la actualidad, el concepto de calidad incluye innovación, servicios de calidad y buenas prácticas. No obstante, hemos constatado que la mayoría de estudios sobre calidad se centran en el control y certificación de la calidad, así como en la gestión de los servicios. Para ello se basan en una serie de estándares preestablecidos, concebidos como un "conjunto de criterios aprobados o aceptados para medir y evaluar la gestión, provisión y calidad de los servicios y sus resultados" (UNICEF- World Bank 2003). En relación con dichos estándares, Smith y otros (1999) apuntan que los agentes implicados en la definición de los mismos deben ser las personas usuarias de los servicios, los trabajadores individuales, los líderes de los equipos y la organización. Sin embargo, nosotros vamos más allá, analizando la calidad de los servicios de bienestar en general, lo que incluye no sólo la gestión de la calidad de dichos servicios, sino la calidad total y la calidad de los programas sociales.

En general, podríamos afirmar que un servicio es de calidad cuando además de cumplir sus objetivos, lo hace eficientemente y satisface al cliente. De este modo, en los sistemas de bienestar que se están abordando, existen tres condiciones que tienen que ver con los principios rectores que guían el diseño de los servicios. En primer lugar, que los servicios deben ser capaces de generar y propiciar mayores cotas de autonomía personal e independencia a las personas y grupos. En segundo lugar, que deben favorecer la integración de éstas evitando la segregación, fomentando la inclusión social y favoreciendo las relaciones entre diferentes grupos sociales. Y en tercer lugar, que deben generar bienestar individual y hacer que las personas, habitualmente en situación de especial vulnerabilidad, se sientan más incluídas.

Además de estas consideraciones de partida, no podemos olvidar indicadores de gran relevancia y peso para lograr servicios de calidad, entre los que destacan: los modelos organizativos existentes en los centros y los servicios, la formación y cualificación de los profesionales y la calidad del empleo, el diseño de cartas de servicios, cartas de derechos y guías de buenas prácticas, la creación de servicios de calidad e inspección de servicios, el establecimiento de planes anuales de inspección y planes de mejora, la progresiva introducción de sistemas de gestión de la calidad en los centros, así como la implantación de normativa reguladora sobre criterios de calidad y acreditación.

La calidad debe tomar como eje principal, alrededor del cual desarrollar las actuaciones y prácticas innovadoras, las expectativas, demandas y necesidades reales de los destinatarios de su acción. Destacan dos principios fundamentales en los que se basan las políticas de calidad: Orientación al usuario y mejora continua (Modelo de gestión de calidad EFQM). No obstante, en las áreas de bienestar social, es imprescindible que en la promoción de recursos no convencionales y respuestas innovadoras se tenga en cuenta no sólo a la persona, sino la interacción de esta con su medio, teniendo en cuenta que el ser humano se inserta en un contexto social, político, económico, cultural e histórico que lo condiciona. En consonancia con ello, Medina y Medina (2010) perciben la calidad de la atención en los servicios sociales como “la capacidad que éstos presentan para dar respuesta a las necesidades sociales de referencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de los conocimientos científicos y técnicas aplicables a la utilización de los recursos disponibles –humanos, financieros, materiales y técnicos”. Es decir, teniendo en cuenta el contexto en el que se insertan.

Entre las conclusiones extraídas en el Seminario sobre Calidad de los Servicios Sociales Públicos, organizado por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2003), de las que se deduce la necesidad de orientar la intervención social hacia la satisfacción de los clientes y sus necesidades, así como la máxima adecuación de los servicios sociales de inclusión social, a la igualdad, a la accesibilidad del servicio y a la valoración del factor humano.

Como ya se ha señalado previamente, la gestión de la calidad ha pasado por diferentes etapas –orientada al producto, orientada al proceso, orientada al sistema, orientada hacia la gestión– hasta llegar a orientarse a la excelencia o calidad total, que apunta más allá de la calidad de los productos y de la eficiencia de los procesos, para fijarse en la organización en su totalidad. Es decir, el concepto de calidad de los servicios ha evolucionado desde el aseguramiento de la calidad de un producto o servicio, al concepto de excelencia, en el que se concibe la calidad aplicada a la gestión integral de la organización.

En esta línea, el Real Decreto 951/2005, de 29 de julio, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad de la Administración General del Estado –en adelante, AGE–, que garantiza el compromiso de calidad en las Administraciones Públicas asumido en virtud de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, integra 6 programas de mejora de la calidad en los servicios de la AGE: Programa de análisis de la demanda y de evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios; Programa de cartas de servicios; Programa de quejas y sugerencias; Programa de evaluación de la calidad de las organizaciones; Programa de reconocimiento; Programa del Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos.

La Asociación Española para la Calidad, señala como principales modelos de calidad en la administración pública, los internacionalmente reconocidos ISO y EFQM. No obstante, debemos tener claro que se trata de sistemas que focalizan su atención en el establecimiento de un marco normativo de certificación. La certificación es definida por la Asociación Española de Normalización como la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta que se dispone de la confianza adecuada en que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, es conforme con una norma u otro documento especificado.

La International Organization for Standardization (ISO) ha establecido tres normas internacionales básicas que introducen una nueva concepción de la gestión de la calidad aplicable a cualquier tipo de organización:

UNE-EN ISO 9000:2000, sobre fundamentos y principios de los sistemas de gestión de la calidad y vocabulario o términos empleados.

UNE-EN ISO 9001:2000, que establece los requisitos del sistema de gestión de la calidad de las organizaciones.

UNE- EN ISO 9004:2000, que proporciona directrices para la mejora de la calidad y el aumento de la eficacia y la eficiencia globales de la organización.

Según el modelo EFQM, los conceptos fundamentales de la Gestión de Calidad Total, serían: Orientación al cliente, relaciones de asociación, desarrollo e involucración de personas, procesos y hechos, mejora continua e innovación, liderazgo y coherencia en los objetivos, responsabilidad social, orientación hacia los resultados (EFQM, 1996).

No obstante, la calidad de las políticas públicas tiene una serie de particularidades que se pondrán de manifiesto a lo largo del presente trabajo. Además, como Pilliger (2001) concluye en su estudio para la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, no existe conformidad en la concepción de la calidad en los servicios de bienestar y existen diferencias entre los Estados miembros y entre los actores y grupos de interés implicados en la mejora de la calidad.

2. Dimensiones estructurales de evaluación de la calidad en las políticas de bienestar social

Antes de adentrarnos en este epígrafe, cabe mencionar que la mejora continua sólo puede alcanzarse a través de la evaluación, principio básico de la calidad, que ha de ser entendido como un proceso que supera al mero control. En este sentido,

y focalizado en el ámbito de los servicios sociales, aunque aplicable al resto de sistemas de bienestar objeto de análisis de este trabajo, se afirma que “En los procesos y sistemas de evaluación de los Servicios Sociales, nos parece clave retener la necesidad de combinar, como sugeríamos, indicadores y estándares de calidad técnica –vinculados a prescripciones normativas de carácter fisiológico, ético, científico, estratégico, técnico u operativo– e indicadores y estándares de calidad percibida –vinculados a la expresión directa de satisfacción de las personas y grupos interesados o implicados–. Posiblemente, la tradición de los Servicios Sociales estaba más basada en indicadores de calidad técnica y la influencia de la gestión de calidad ha llevado a dar más peso a los indicadores de calidad percibida” (Fantova, 2005)

Con carácter previo a la discusión de los resultados, a continuación se describe el contexto en el que nos ubicamos y los problemas estructurales subyacentes en el mismo. Para ello se realizará una breve descripción de la situación general de las políticas orientadas a incrementar el estado de bienestar en los ámbitos de Servicios Sociales, Salud y Formación e Inserción Profesional y las carencias existentes en cada uno de estos ámbitos, para posteriormente describir como se acrecientan en cada uno de ellos los problemas en la actual situación de crisis económica y financiera internacional, así como analizar las prácticas innovadoras que se han puesto en marcha para hacer frente a los retos de calidad en tiempos de crisis. Por último, para cada una de estas áreas, se señalan los distintos criterios de calidad que están siendo tomados en consideración y aplicados en la actualidad, para pasar posteriormente a una comparación entre ellos y a analizar su utilidad en un contexto de crisis.

En lo que respecta a la dimensión estructural de los servicios de bienestar relacionados con los *servicios sociales*, es necesario destacar que la actual crisis económica constituye un reto para la organización, fines y eficacia de los Servicios Sociales en España, ya que constituye un contexto especialmente adverso para la población en riesgo de exclusión social. Y más aún cuando todavía no se ha podido constatar el conjunto de los efectos que tendrá en los próximos años, ya que muchas de sus consecuencias actúan en los niveles estructurales y en el medio plazo. Muchas personas desempleadas tendrán dificultades para encontrar trabajo y se irá perpetuando su situación de indefensión, ya que irán agotando recursos y prestaciones. Parte de los extranjeros que se encuentran en nuestro país pueden perder su status de regularidad actualmente vinculado al empleo. Por último, también la precarización del empleo y la explotación laboral pueden intensificarse en los próximos tiempos, entre otros efectos.

Muchas de estas personas pasarán a ser prioritarias para los servicios sociales, que tratarán de prevenir procesos de desplome hacia situaciones de exclusión más perniciosas.

La complejidad del reto actual para los servicios sociales radica en, por un lado, ofrecer respuestas preventivas a la población en situación de vulnerabilidad articu-

lada en torno al mantenimiento de ingresos y la búsqueda de oportunidades formativas o laborales y mantener una línea de trabajo intenso y diferenciado con las situaciones más graves de exclusión social y, por otro, en identificar nuevas formas de exclusión social generadas en situación de crisis y anteriormente no identificadas. Además, nos encontramos en un proceso de reforma de los servicios sociales en los que la participación y escucha activa de la sociedad, canalizada a través de los Consejos como principales órganos de participación.

En este contexto, la incorporación de *calidad* es una exigencia ética para los sistemas de Bienestar Social, y en el caso de los servicios sociales se hace cada vez más necesario contextualizarlos ya que éstos tienen que ser valorados (medidos) con relación al contexto de los otros sistemas y eventos sociales. Con esta realidad, además, el contexto inmediato –el de los clientes del sistema– demanda cada día con mayor pujanza calidad en los Servicios públicos de Bienestar Social. En definitiva, en el actual contexto de cambio, la calidad de los servicios sociales ha de ser concebida como una prioridad que ha de ser asumida por las instituciones responsables de dichos servicios en aras a dar respuesta al derecho de la sociedad a recibir unos servicios de calidad.

Cabe señalar que, como afirma Barranco, “La cultura de la calidad está calando en la población y en la sociedad occidental de nuestro milenio. También los organismos internacionales están intensificando sus recomendaciones para que se implanten sistemas de planificación y evaluación de la calidad en las organizaciones de servicios sociales de bienestar social, públicos y privados” (Barranco, C. 2003). No obstante, la consolidación de la calidad en los servicios sociales es menor que en los ámbitos formativo y sanitario. El marco jurídico es diverso y disperso. En contraposición al ámbito sanitario –Ley General de Sanidad–, los derechos y prestaciones de los usuarios de los servicios sociales no están definidos, lo que da lugar a una mayor discrecionalidad de los criterios impuestos por la Administración e instituciones pertinentes.

En conclusión, la adopción por parte de las organizaciones prestadoras de servicios sociales de modelos de gestión de calidad en nuestro entorno está apenas planteada. Las experiencias y las reflexiones al respecto nos llegan fundamentalmente –aunque no únicamente– del ámbito anglosajón (Bengoa y Celorio, 1998; Connors, 1993; Dickens, 1995; Heras, 1997; Kelly y Warr, 1992; Lacasta, 1998; López-Arostegui, 1997; Mäntysaari, 1998; Martínez Moreno, 1997; Sacanell, 1994; Taylor y Vigars, 1993) y, por otra parte, tenemos también la referencia de las experiencias y estudios más próximos en campos como el sanitario, educativo, etc.

Entre las principales dificultades para implantar sistemas de gestión de calidad en el sistema público de servicios sociales, se encuentran: El perfil heterogéneo de los usuarios, los beneficios a menudo obtenidos a largo plazo, las diferencias entre las necesidades sentidas, demandadas y reales, el bajo nivel de exigencia de los usua-

rios, la falta de concienciación política en esta materia y la consecuente contención del gasto social, la exigencia de cumplir plazos que dificulta el establecimiento de una intervención personalizada y pormenorizada, la escasez de tiempo y sobrecarga de los profesionales, escasez de presión social ante la disminución de la calidad de estos servicios motivada por la falta de universalización de los mismos, el desconocimiento y estigmatización asociados a estos servicios que suponen una pérdida de legitimidad de los mismos.

Cabe señalar como dimensiones de la calidad de las prestaciones básicas de los servicios sociales la efectividad, la eficiencia, la accesibilidad, la aceptabilidad de la atención y la capacidad de los profesionales para aplicar los conocimientos científico-técnicos, entre otras.

En lo que respecta a la dimensión estructural de los servicios de bienestar relacionados con la *salud*, en la actualidad España cuenta con uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo. En este sentido la atención sanitaria se ha constituido como uno de los pilares básicos del Estado de Bienestar. Se caracteriza por estar financiado públicamente y por ser universal y gratuito, lo que ha hecho que se convierta en un instrumento de redistribución de la riqueza, mejorando la salud y la calidad de vida de toda la población.

Tal y como se establece en la *Ley General de Sanidad de 1986*, las competencias en materia de salud están transferidas en gran medida a las Comunidades Autónomas, que han ido creando servicios de salud autonómicos para organizar y planificar los servicios sanitarios en su territorio. De esta manera se asegura una mayor proximidad de la gestión sanitaria a la ciudadanía y se garantiza que los servicios sanitarios se caractericen por un acceso equitativo a las prestaciones y servicios sanitarios, un aumento de la calidad y una mayor participación de la ciudadanía.

Aunque España presenta unos indicadores de salud bastante buenos que demuestran la calidad de nuestro sistema de salud, siguen existiendo desigualdades e inequidades en el acceso y en el uso de los servicios sanitarios públicos, afectando en mayor medida a los grupos de población más vulnerables. La población inmigrante, las minorías étnicas, las personas en situación de pobreza y exclusión social, son algunos de los colectivos que tienen mayores dificultades para el uso de los servicios sanitarios.

Tal y como se señala en el Informe de expertos comisionados por la Presidencia española de la UE (2010): "en el propio sistema sanitario existe un margen de mejora para avanzar en equidad, promoviendo la redistribución de las oportunidades en salud, basando la provisión de servicios en la necesidad de atención, y no en la demanda, y mejorando la accesibilidad, la calidad y la efectividad de los servicios sanitarios teniendo en cuenta el criterio de equidad social".

En las situaciones de crisis económica, el sistema sanitario público adquiere una importancia fundamental, ya que existe una relación directamente proporcional entre los niveles de salud de la población y el nivel de desarrollo de un país. La pobreza y la escasez de recursos económicos aumentan los problemas de salud de la población y además ésta dispone de menos recursos para afrontar las situaciones de enfermedad.

Según Sánchez (2010) los principales problemas que tiene la sanidad pública española que se están agudizando con la crisis son: problemas de financiación, que al estar transferidas las competencias a las comunidades autónomas ha ocasionado grandes diferencias entre las mismas; falta de cohesión de los sistemas públicos de salud de cada comunidad autónoma; poco desarrollo de políticas de salud; inexistencia de políticas profesionales; escasez de mecanismos de participación; y aumento de las privatizaciones de los servicios de salud.

Sin embargo, como indica Urbanos (2010), las situaciones de crisis económicas, como la actual, pueden suponer una gran oportunidad para llevar a cabo reformas estructurales en los servicios sanitarios destinadas a mejorar la salud de la población que en otros momentos no se habrían realizado. No obstante, esta crisis está afectando a los recursos públicos que se destinan a los servicios de bienestar, incluidos los sanitarios. El recorte en determinados servicios y prestaciones es muy diverso dependiendo de la comunidad autónoma de que se trate –al estar transferidas las competencias en salud– y en ocasiones se están produciendo grandes diferencias entre regiones, lo que está incidiendo en la construcción de infraestructuras, equipamientos sanitarios, dotación de recursos humanos, etc.

Cabe destacar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 28 establece la obligatoriedad de las Comunidades Autónomas de garantizar la calidad de las prestaciones, abordando, asimismo, cuestiones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad. El Ministerio de Sanidad acreditará aquellos servicios de referencia, atendiendo a los criterios de calidad que para cada servicio se establezcan, y los reevaluará periódicamente.

En lo que respecta a la dimensión estructural de los servicios de bienestar relacionados con la *Formación y la Inserción Profesional*, la crisis económica, que comenzó en el verano de 2007 y que se intensificó a finales de 2008, ha tenido repercusiones negativas tanto en el plano económico como en el social. En consecuencia, Europa ha desarrollado múltiples medidas para poder activar una política eficaz de recuperación económica. Entre otras, a través del *Plan Europeo de Estabilización Económica* (2008) y con el objetivo de proteger el empleo y fomentar la iniciativa empresarial, se opta por la aplicación de políticas activas de inclusión y de “flexibilidad” integradas, centradas en medidas de activación, de reciclaje profesional y de mejora de cualificaciones y, especialmente en el caso español, de disminución de la

temporalidad y mejora de la estabilidad laboral. Se busca fomentar la empleabilidad, lograr la rápida inserción profesional de los trabajadores/as que hayan sido despedidos/as y evitar así el desempleo de larga duración. Las pretensiones de Europa a largo plazo es crear unas condiciones estables y previsibles a nivel laboral y empresarial que estimulen la confianza y faciliten la inversión futura. Se trata de paliar los efectos de la crisis en los trabajadores/as, hogares y empresariado que permitan crear un clima de confianza en Europa que estimule la creación y el mantenimiento de la inversión.

En España, los nuevos planes y medidas adoptados por el Gobierno (a partir de mayo de 2010 y en cambios ministeriales posteriores), incluyen la declaración pública de objetivos en dos ámbitos:

Una revisión “profunda y general” de los modelos de inserción profesional, políticas activas de Empleo, tanto estatales -antiguo INEM, actual SPEE- como de las CC. AA., y de la actual Formación Profesional.

Como ejemplo último de estos debates se realiza el Real Decreto-ley 3/2011 de medidas urgentes para la mejora de la empleabilidad y la reforma de las políticas activas de empleo (BOE 19.02.11) que recoge algunas de las recomendaciones planteadas por los agentes sociales (ver en siguiente apartado).

Según las conclusiones de la Estrategia Europea para el Empleo y la Inclusión Activa, toda estrategia que persiga este fin, deberá seguir un enfoque integral basado en tres pilares: Apoyos a nivel de renta, estrategias activas de empleo y acceso a servicios sociales de calidad (biennial report, 2008: 46)

3. Indicadores, calidad y buenas prácticas en servicios de bienestar

Además, en el presente trabajo creemos conveniente destacar algunos de los estudios, normativas e indicadores de mayor relevancia utilizados para la evaluación de la calidad y buenas prácticas, así como algunas experiencias relevantes y prácticas innovadoras que contemplan indicadores relacionados con la innovación, la transferencia y el ajuste a las necesidades sociales emergentes, entre otras.

3.1. Servicios sociales: buenas prácticas, indicadores e iniciativas innovadoras de calidad

Nos encontramos con tres iniciativas de evaluación y fomento de buenas prácticas, dos a nivel nacional y otra en el contexto de la Organización de Naciones Unidas.

En primer lugar, el *Programa de selección de Buenas Prácticas para la Inclusión Social*, financiado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005, 2006 y 2007)

la Universidad Pontificia Comillas y Departamento de Intervención Social de la Oficina Central de Cruz Roja Española.

También a nivel nacional, cabe mencionar los *Premios Imsero "Infanta Cristina"* de creciente relevancia en el ámbito que abordamos. Esta convocatoria de premios, en régimen de concurrencia competitiva, se incluyen Premios al Mérito Social y a la Calidad y Buenas Prácticas, entre otros. Estos premios tienen como objeto "galardonar a personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que se hayan distinguido por la prestación de servicios a las personas mayores o personas en situación de dependencia y sus familias cuidadoras; o por las aportaciones realizadas en materia de investigación, desarrollo e innovación en el ámbito de la gerontología, de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; o por la captación fotográfica de instantáneas en los ámbitos de la realidad social; o por la realización de programas y servicios basados en la calidad de vida que constituyan buenas prácticas; o por la sensibilización o información social a través de los medios de comunicación social" (Resolución de 28 de mayo de 2010, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por el que se convocan los premios Imsero "Infanta Cristina" 2010).

En un contexto internacional, destaca el trabajo desarrollado en la iniciativa HABI-TAT, de Naciones Unidas, para la creación de una importante base de datos internacional sobre buenas prácticas en la intervención con problemas sociales, económicos y medioambientales en más de 140 países, con el apoyo de otras instituciones públicas y privadas. Esta iniciativa señala como Indicadores de buenas prácticas los siguientes:

- **IMPACTO**, demostrando mejoras tangibles en las condiciones de vida de las personas en cualquiera de las esferas temáticas propuestas.
- **ASOCIACIÓN**, para su desarrollo entre al menos dos de las siguientes entidades: Gobierno nacional y regional; Autoridades locales; ONG y OBC; Sector privado y Fundaciones; Organismos internacionales. Centros académicos y/o de investigación; Asociaciones Profesionales; Medios de comunicación; Líderes cívicos; Voluntarios.
- **SOSTENIBILIDAD**, manifestada en cambios duraderos en: Marcos legislativos, normas, ordenanzas o estándares; Políticas sociales y estrategias sectoriales con posibilidad de aplicación en otras situaciones; Marcos institucionales y procesos para la adopción de decisiones; Sistemas de administración y gestión eficientes, transparentes y responsables.
- **LIDERAZGO Y FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD**, a través de: Iniciativas que inspiren actividades innovadoras, fomenten cambios, incluyendo cambios en las políticas públicas; Fortalecimiento de la participación de los vecinos, asociaciones, comunidades; Aceptación e integración de la diversidad cultural y social; Posibilidad de intercambio, transferencia y aplicación de experiencias; Medidas adecuadas a las condiciones locales;

- **GÉNERO E INCLUSIÓN SOCIAL:** iniciativas que acepten y respondan a la diversidad social y cultural, promuevan la igualdad y equidad social, por ejemplo en los ingresos, género y edad, condiciones físicas/mentales y reconozcan y valoren las distintas capacidades.
- **INNOVACIÓN Y POSIBILIDAD DE TRANSFERENCIA:** iniciativas que propongan formas de actuación innovadoras en su contexto y experiencias imitables o de las que se puede aprender.

Por otra parte, como práctica de calidad en el ámbito de los servicios sociales a nivel nacional, cabe señalar, por su carácter innovador y no convencional, los *Programas de Ayuda Mutua Intergeneracional a través del Alojamiento Compartido entre Personas Mayores y Estudiantes Universitarios en España*. Estos Programas de Alojamiento compartido a cambio de ayuda entre estudiantes universitarios y personas mayores, promueven la solidaridad intergeneracional, así como la cobertura de las necesidades latentes en ambos colectivos.

3.2. Salud: indicadores e iniciativas innovadoras de calidad

Entre los objetivos que se plantean por parte del Sistema Nacional de Salud español, además de la universalidad y la gratuidad en el momento del uso, se encuentra el de conseguir una asistencia sanitaria de calidad, eficiente y equitativa.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* establece una serie de medidas para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud garantizando la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, entendiendo que la calidad debe incluir la incorporación de innovaciones seguras y efectivas y evaluación del beneficio de las actuaciones desarrolladas. En este sentido, todas las actuaciones del sistema sanitario, incluyendo los servicios públicos y los privados, deben tener asegurada la calidad, siendo uno de los elementos que configuran esta calidad, el registro de buenas prácticas. Se prevé asimismo la elaboración de planes de calidad periódicos.

El actual Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del año 2010 recoge en una de sus estrategias el impulso de políticas sanitarias de salud basadas en las mejores prácticas con el objetivo de analizar y comparar información sobre políticas, programas y servicios de salud. También se destacan las conclusiones sobre los «Valores y principios comunes en los sistemas sanitarios de la Unión Europea» adoptado en junio de 2006.

Los principales indicadores para medir las tres dimensiones (calidad, B.P o innovación) en el ámbito que estamos abordando, son:

- Porcentaje de personas pertenecientes a grupos vulnerables que utilizan los servicios sanitarios en relación con la población en general.
- Número y tipo de medidas dirigidas a mejorar la captación de personas que tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud.
- Morbilidad y mortalidad comparativa entre grupos de población.
- Nivel de salud percibida por los grupos vulnerables comparándola con la población en general.

Con respecto a buenas prácticas en el ámbito de la salud, existen algunas experiencias que han supuesto, en algunos casos, un avance en la atención sanitaria de la población, centradas en la observación, la denuncia y en la propuesta de alternativas a las situaciones de desigualdad e inequidad que están presentes en el sistema sanitario español. En este sentido podemos destacar las siguientes:

El Observatorio de Desigualdades en la Salud que, tal y como se recoge en su página web es un portal científico de acceso libre y gratuito especializado en Desigualdades en la Salud, desarrollado por el Programa Transversal de Desigualdades en la Salud y el Centro de Investigación Biomédica en red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y dirigido al ámbito académico y científico a la sociedad en general. Su actividad se basa en el intercambio de información sobre desigualdades en salud en la red. Tiene los siguientes objetivos: crear un servicio de información virtual, en el que se recoja, sistematice y transmita información y documentación sobre desigualdades en la salud, referido fundamentalmente al estado español y a sus comunidades autónomas; establecer una plataforma electrónica de apoyo para la comunidad científica y profesional; y desarrollar contenidos y servicios dirigidos a la población en general que sirvan para difundir los resultados de los estudios e investigaciones llevadas a cabo.

Además del observatorio anteriormente mencionado, está el Observatorio de la salud de las mujeres que es un organismo de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Su fin es disminuir las desigualdades en salud por razón de género, promoviendo la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud y en los sistemas de salud. Realiza un informe anual sobre Salud y Género en el que se realiza un análisis de la salud de las mujeres en España. Además, elaborará recomendaciones para la práctica de los profesionales de salud y la investigación sanitaria.

Una importante red a nivel autonómico es la Redlsir, Red de Inmigración y Salud, creada por la Escuela Andaluza de Salud Pública y que cuenta con el apoyo de la Consejería de Salud. Tiene como objetivo general la mejora en la atención socio-sanitaria de las poblaciones inmigrantes. Como objetivos específicos pretende: apoyar la generación de conocimiento sobre inmigración y salud; generar entre los diferentes agentes el interés de trabajar "juntos" por un sistema sanitario que responda

con eficiencia a la diversidad cultural; reforzar la colaboración y el conocimiento entre las entidades; sensibilizar y formar a profesionales sanitarios y sociales de las necesidades socio-sanitarias, culturales y religiosas de la población inmigrantes, en particular del colectivo de niños, niñas y mujeres; proporcionar un espacio de debate multidisciplinar y de reflexión para conocer y compartir conocimientos y experiencias sobre el fenómeno de la salud en la inmigración; identificación de las tendencias futuras y posibles escenarios de intervención para favorecer la convivencia intercultural en salud; e identificar y contactar a todos los profesionales relevantes en el campo Inmigración y Salud en Andalucía dispuestos/as a colaborar.

Otra iniciativa que tiene como principales destinatarios a la población inmigrante es el Convenio de Colaboración en Materia de Salud Pública para el Colectivo Inmigrante. La Consejería de Salud, a través de la Fundación Progreso y Salud, elaboró un convenio para asegurar que todos los inmigrantes, independientemente de su situación administrativa, pudieran tener asegurada una atención sanitaria dentro del sistema público de salud andaluz. Este convenio fue firmado por la Consejería de Salud, sindicatos, asociaciones pro-inmigrantes y asociaciones de inmigrantes. El objeto del convenio es "preservar la salud individual de la población inmigrante en Andalucía y la salud de la Comunidad en la que se desenvuelven, incrementado la accesibilidad de dicho colectivo a la atención sanitaria a través del desarrollo de estrategias de captación y seguimiento de la asistencia y de participación en programas de salud". El convenio, en la segunda estipulación, establece las obligaciones de las partes. Desde la Consejería de Salud hay un compromiso de "asegurar la atención sanitaria requerida a través de sus servicios de atención primaria y atención especializada" a los inmigrantes. Las ONG,s y sindicatos "se comprometen a contactar y acompañar y/o avalar al inmigrante en la entrada y salida del sistema sanitario". En este sentido tienen encomendadas algunas actuaciones específicas como son: identificar las necesidades de salud de los inmigrantes, acompañar al inmigrante al centro sanitario, facilitar la traducción si fuese necesario, facilitar un documento donde se recoja la necesidad de atención del inmigrante y conseguir una adecuada coordinación con los servicios de salud para el seguimiento del tratamiento del paciente. Todas las partes se comprometen a fijar circuitos de atención sanitaria en los centros de referencia para cada caso. Con la puesta en marcha de los Planes Integrales para la Inmigración en Andalucía, el convenio quedó incluido dentro de los mismos, asumiéndose todas las actuaciones que se llevaban a cabo en el área socio-sanitaria.

3.3. Formación para el empleo e inserción laboral: indicadores e iniciativas innovadoras de calidad

Como Indicadores para medir las tres dimensiones (calidad, Buenas Prácticas e innovación) en la formación para el empleo e inserción laboral, destacan:

- Empleabilidad conseguida en cada programa. Estudio de las siguientes variables cruzadas:

Relación fondos invertidos / cursos emprendidos / n° de participantes / empleos-puestos realmente ocupados / mantenimiento en el empleo –situación en el tiempo/ ajuste empleo-nivel de estudios / satisfacción personal de los participantes.

- Modelos de coordinación administrativa interna (Empleo/Servicios Sociales) y externa (Administraciones/Tercer Sector/Empresas).

- Servicios de Empleo:

- Número de técnicos de empleo.
- Número de desempleados por técnico, según servicio público analizado.
- Número de acciones emprendidas. Seguimiento: número de reuniones/entrevistas anuales realizadas por cada persona desempleada. Itinerarios personalizados de inserción laboral emprendidos. Seguimiento de los itinerarios emprendidos.

- Para medir la calidad del empleo, o lo que algunos llaman garantizar que se trate de un “trabajo decente”, se plantean los siguientes aspectos de medición: rasgos socio demográficos de la población; inserción laboral y distribución por sexo, actividad, etc; promoción de los derechos fundamentales en el trabajo: equidad y dignidad en el trabajo; ajuste empleo-nivel de estudios; protección social y seguridad.

En el Plan Nacional de Acción para la inclusión social del reino de España 2008-2010 se plantean los siguientes indicadores europeos y nacionales en el ámbito de “fomentar el acceso al empleo”, que es el que nos interesa:

- Tasa de paro de larga duración: porcentaje de parados que llevan 1 año o más en búsqueda de empleo sobre el total de la población activa.
- Personas que viven en hogares en los que no trabajan ninguno de sus miembros: proporción de niños de edad comprendida entre 0 y 17 años que viven en hogares donde no trabaja ningún miembro.
- Personas que viven en hogares en los que no trabajan ninguno de sus miembros: proporción de personas de 18 a 59 años que viven en hogares en los que no trabaja ninguno de sus miembros, sobre el total de población del mismo grupo de edad.

Indicadores nacionales:

- Tasa total de paro: número de individuos en paro en proporción al total de población activa.

Fomento del empleo en el Sistema Público de Servicios Sociales. (Plan Concertado): número de usuarios que han accedido a un puesto de trabajo.

Otros Indicadores.

– **Calidad de la formación**

Indicadores:

- Empleabilidad conseguida. Relación fondos invertidos/cursos emprendidos/nº participantes/empleos-puestos ocupados/mantenimiento en el empleo; Ajuste empleo-nivel de estudios.
- Satisfacción de los participantes. Grado de satisfacción personal de los participantes; asistencia de los participantes;
- Formación de los formadores. Adecuación de las competencias de los formadores con el contenido de la formación; habilidades para el manejo de grupos.
- Eficacia de la formación: Aprovechamiento de los recursos invertidos; coordinación entre actividades; competencias de los participantes.
- Equidad de la formación: grado de acceso de población en riesgo de exclusión social a la formación; ajuste contenidos- nivel de capacidad; grado de adecuación de la formación a las personas en situación de dependencia y discapacidad.

– **Buenas prácticas en la formación**

Indicadores:

- Coordinación de las iniciativas formativas: nivel de difusión de las actividades; grado de conocimiento de otras iniciativas; ajuste entre unas acciones formativas y otras; adecuación con el contexto.
Eficacia de las acciones: adecuación de estas con las necesidades sociales y de mercado; duplicidad de las acciones.

– **Innovación de la formación**

Indicadores:

- Capacidad de ajuste a las necesidades sociales y de mercado; adecuación de la formación al contexto en el que se desarrolla; capacidad para detectar nuevas necesidades en el mercado laboral.

Con respecto a prácticas de calidad y centrándonos especialmente en aquellas relacionadas con la inserción laboral de colectivos desfavorecidos por diferentes

motivos (edad –jóvenes y personas de más de 45 años, discapacidad,...) o en situación de exclusión social, destacan experiencias positivas desarrolladas en Empresas de Inserción, Centros Especiales de Empleo, Enclaves Laboral o Empleo con Apoyo.

Además, entre las consecuencias positivas de la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia hemos de tener en cuenta el “éxito” en los niveles de colocación de mujeres en todo lo que tiene que ver con los puestos de trabajo vinculados a la asistencia personal que han surgido a raíz de la aprobación de la “Ley de Dependencia”. La formación de ayuda domiciliaria, empleada de hogar, asistente de geriatría, que han desarrollado muchas entidades de formación para el empleo han servido para que mujeres españolas con escasa cualificación, poca experiencia profesional y con edades comprendidas entre los 40-58 hayan accedido al empleo en el sector de la asistencia a personas en situación de dependencia. El debate está en la prolongación de la división sexual del trabajo y el reforzamiento de la figura femenina en el ámbito reproductivo ahora justificado en la salarización del mismo.

4. Integración de los criterios de calidad

En las páginas precedentes hemos pretendido dejar constancia de los criterios de calidad establecidos para los tres ámbitos prioritarios de las políticas de Bienestar Social: servicios sociales, salud y formación para el empleo, así como de las dificultades que en los tres ámbitos se han generado con la crisis económica internacional.

De manera sintética, se observa que la crisis ha generado una dificultad para los servicios sociales en cuanto a la ampliación de los colectivos y situaciones de emergencia social, lo que constituye una redefinición de la población diana y cierta incertidumbre en lo relativo a las necesidades del grupo de población recientemente incorporado al colectivo de excluidos.

En el ámbito de la salud, hay un problema claro de mantenimiento del modelo de prestación universal de servicios sanitarios, que conlleva un recorte de los servicios y una desigualdad de las prestaciones sanitarias a nivel territorial, además junto a un incremento de la morbilidad generada por el incremento de la pobreza.

En el ámbito de la formación para el empleo y la inserción laboral, la crisis económica ha generado un replanteamiento de los objetivos prioritarios que en la actualidad han tenido que centrarse en la paliación de los efectos de la crisis en los trabajadores, aplicando políticas activas de inclusión y de “flexiseguridad” centradas en la inserción laboral de cierta urgencia.

En definitiva, la crisis ha provocado un incremento de la población parada, excluida y con mayores necesidades de atención sanitaria, a la vez que se orienta a una política de bienestar social de urgencia, con recortes en servicios sanitarios, mayores necesidades de financiación para cubrir las situaciones de exclusión social y un redireccionamiento de las medidas de inserción laboral que se apoyan en un cambio sustancial del perfil de desempleado.

Ante este drástico escenario de imprescindible acercamiento de objetivos, se va generado una población diana y común para los tres ámbitos y ello necesariamente altera el significado de los términos de innovación, calidad y buenas prácticas que se ven profundamente afectados al evidenciarse un cambio en las prioridades de bienestar.

Por todo ello, se viene constatando que las prácticas innovadoras en los ámbitos de bienestar provocan un acercamiento de los tres ámbitos, generando la evidencia de la necesidades de construir políticas reactivas que operen de manera más inmediata y relevante con aquellos colectivos que presentan necesidades urgentes e inmediatas en los desempleados y colectivos con altas tasas de pobreza, y paro, con un debilitamiento de la salud derivado de las situaciones anteriormente mencionadas.

En este sentido, y como ejemplo de la necesaria coordinación de las tres áreas de bienestar analizadas en el presente artículo, destaca la Ley 39/2.006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, que, por su objeto y ámbito de aplicación, integra necesariamente aspectos relativos a servicios sociales, salud y formación, con la consiguiente necesidad de buscar criterios de calidad comunes.

En esta línea, hemos intentado aglutinar los indicadores más comúnmente empleados en cada uno de los ámbitos de bienestar social, al objeto de realizar una comparativa entre los mismos orientada a la búsqueda de lo que llamaríamos indicadores universales, así como a la delimitación de aquellos indicadores que únicamente se valoran en uno o dos ámbitos de los tres mencionados, denominaríamos a estos, indicadores parciales.

TABLA 1. INDICADORES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE BIENESTAR

	SERVICIOS SOCIALES	SALUD	FORMACIÓN E INSERCIÓN PROFESIONAL
INDICADORES DE CALIDAD SEGMENTADOS	-IMPACTO -ASOCIACIÓN- COORDINACIÓN -INNOVACIÓN Y POSIBILIDAD DE TRANSFERENCIA -LIDERAZGO Y FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD -GÉNERO E INCLUSIÓN SOCIAL -SOSTENIBILIDAD -RESPONSABILIDAD SOCIAL. -EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA -ACCESIBILIDAD.	-UNIVERSALIDAD Y GRATUIDAD -GRUPOS VULNERABLES - CAPTACIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN MÁS DIFICULTADES PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD. - MORBILIDAD Y MORTALIDAD COMPARATIVA - NIVEL DE SALUD PERCIBIDA POR LOS GRUPOS VULNERABLES	-FORMACIÓN -EMPLEABILIDAD CONSEGUIDA. - SATISFACCIÓN DE LOS PARTICIPANTES. - FORMACIÓN DE LOS FORMADORES. - EFICACIA DE LA FORMACIÓN - EQUIDAD DE LA FORMACIÓN - NIVEL DE CAPACIDAD - COORDINACIÓN DE LAS INICIATIVAS FORMATIVAS. - CAPACIDAD DE AJUSTE A LAS NECESIDADES SOCIALES Y DE MERCADO - INSERCIÓN PROFESIONAL -INSERCIÓN SOCIOLABORAL Y DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE POBLACIÓN - PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN MATERIA LABORAL -AJUSTE EMPLEO-NIVEL DE ESTUDIOS
INDICADORES UNIVERSALES			
IMPACTO Y EFECTIVIDAD (OBJETIVOS Y LOGROS CONSEGUIDOS). PARTICIPACIÓN DE LOS COLECTIVOS VULNERABLES			
INDICADORES PARCIALES			
COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y ASOCIACIÓN (NO SALUD)			
INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA (SOLO SERVICIOS SOCIALES)			
AJUSTE A LAS NECESIDADES REALES DEL CONTEXTO (SOLO EMPLEO)			

Elaboración propia.

Fuente: Hábitat (ONU), Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Informe sobre "Valores y Principios comunes en los Sistemas Sanitarios de la U.E (2006)"; Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (2008-2010).

Como puede observarse en la tabla anterior, los indicadores más empleados para valorar la calidad de las iniciativas o programas orientados a mejorar el bienestar son, por un lado, el impacto y la efectividad, es decir, el que cumpla con eficacia los fines propios para los que fueron proyectados, y por otro lado, la inclusión en cada ámbito de los colectivos vulnerables, como inmigrantes, personas en situación de dependencia, personas con dificultades de acceso a la formación, etc.

Sin embargo, no sólo debe valorarse la consecución de los objetivos y fines planteados por parte de las instituciones, sino que también es necesario prestar atención a la percepción de los propios beneficiarios en relación con dicho impacto, es decir, que los propios destinatarios de la acción de calidad la perciban como satisfactoria. De este modo, destaca como indicador el nivel de salud percibida por los grupos vulnerables y la satisfacción de los participantes en acciones de formación para el empleo e inserción profesional. Sin embargo, entre los indicadores de calidad en los servicios sociales reflejados a lo largo del presente artículo, no se encuentra la satisfacción del destinatario. Este hecho puede estar motivado por las dificultades a las que tiene que hacer frente el sistema de servicios sociales a las que hemos hecho referencia anteriormente en el epígrafe 3. En concreto, nos estamos refiriendo a las características propias de los servicios sociales relativas a la obtención de beneficios a largo plazo con mayor frecuencia que la obtención de los mismos de manera inmediata, la no coincidencia de las necesidades demandadas por el usuario con las necesidades sentidas por este y con las reales, el bajo nivel de exigencia de los usuarios y la escasez de presión social y el paternalismo que aún persiste en amplios sectores de los servicios sociales que tienden a infravalorar la opinión y exigencias de los propios beneficiarios de la acción.

En *servicios sociales* se utiliza también como indicador la *eficiencia*, lo cual puede deberse a la necesidad de maximizar los beneficios de los escasos recursos que tradicionalmente han existido en los servicios sociales.

No obstante, existen unos indicadores de gran interés para el impulso de las políticas sociales y eficacia en los ámbitos de bienestar social y que no son empleados de forma general. El primero es la coordinación y asociación entre instituciones, Administraciones y entidades para lograr la optimización conjunta de los logros. Ello es valorado en los servicios sociales y en el ámbito de la formación e inserción profesional, pero no tanto en el ámbito de la salud. El segundo es la innovación y la capacidad de transferencia de los resultados a otros ámbitos institucionales o geográficos que se emplea en los ámbitos de promoción social, pero menos en el resto. En tercer lugar, el indicador de calidad que valora los aspectos relacionados con la adaptación al contexto del proyecto de intervención, y que precisamente le otorga de un valor adicional en tiempos de crisis, no es considerado más que en los ámbitos relacionados con la inserción profesional, pero que creemos que es aquel que justifica la adaptación de las políticas de promoción del bienestar a los tiempos de crisis económica internacional.

CONCLUSIÓN:

La calidad en un contexto de crisis económica internacional

Nos encontramos en un contexto de crisis económica internacional que está dando lugar a un incremento en las desigualdades sociales, en el que, además del aumento de la vulnerabilidad, se está produciendo un debilitamiento de los vínculos sociales. En definitiva, estamos inmersos en una situación alarmante que requiere la puesta en marcha de actuaciones inmediatas y adaptadas a la coyuntura socioeconómica actual.

El incremento de las situaciones de exclusión social tiene su origen, principalmente, en el aumento de la tasa de desempleo, al que hay que sumar la contención del gasto social. No obstante, resulta necesario matizar que los recortes no han afectado exclusivamente al ámbito de lo social. El sistema sanitario, que hasta hace unos años era considerado uno de los mejores y más desarrollados sistemas a nivel mundial, también ha sido objeto de notorios recortes, llegando incluso a ponerse en cuestionamiento la universalidad e igualdad en el acceso a dichos servicios.

Consideramos que la calidad en las políticas de bienestar social sólo puede lograrse a través de una adecuada coordinación entre los distintos sistemas que tienen repercusión en el bienestar de la sociedad, como son los tres ámbitos objeto de análisis del presente artículo.

A nivel general, destacan las siguientes características de la crisis económica y social internacional en la que nos encontramos inmersos: Por otra parte, la emergencia social, con la consiguiente necesidad de premura en las actuaciones, que entra en colisión con la situación real de la economía española, caracterizada por la creciente contención del gasto público en general y, en particular, del gasto social. La disminución de los recursos conlleva una mayor dificultad de la puesta en marcha de programas públicos y privados, así como de las posibilidades de éxito de los mismos. Además, se observa una clara tendencia al empobrecimiento de los vulnerables, incrementándose la presencia de problemas estructurales y la gravedad de los mismos en zonas vulnerables. También surgen nuevas zonas sobre las que es necesario intervenir. Son las conocidas "Zonas con Necesidades de Transformación Social"². En definitiva, se acentúa el umbral que separa la normalidad/legitimidad de la anormalidad/patología, reflejando la distribución de espacios físicos, la tendencia al alejamiento de la realidad que viven las personas socialmente incluidas y las

² Zonas con Necesidades de Transformación Social de la Comunidad Autónoma Andaluza, se definen como aquellos espacios urbanos claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que sean significativamente apreciables problemas en las siguientes materias:

excluidas. En definitiva, una sociedad capitalista que funciona según una lógica de mercado en que los ricos son cada vez más ricos y los pobres son cada vez más pobres.

En este contexto, creemos positivo incentivar las iniciativas que propongan formas de financiación innovadoras. A la vez resulta fundamental el establecimiento de prioridades, primando los programas que estén directamente orientados a la resolución de las consecuencias de la crisis.

A las características señaladas del actual contexto de crisis, se une el carácter multifactorial de los problemas a los que hay que hacer frente- aglutinando a menudo las tres áreas objeto de análisis del presente artículo-, lo que indiscutiblemente supone la necesidad de fomentar la coordinación de los distintos sistemas de bienestar, caracterizados por una escasa tradición coordinadora. Se observan, por tanto, cambios en los indicadores de calidad en los servicios de bienestar que están motivados por la aparición de nuevos factores y necesidades, así como por el agravamiento de las situaciones de vulnerabilidad.

Con respecto a la *salud* de la población, los expertos afirman que se ve afectada como consecuencia de la crisis, que produce importantes efectos sanitarios tanto a nivel físico como psicológico. El estrés, depresión, ansiedad, los cambios de hábitos alimenticios,.. presentes en este contexto en crisis, hacen necesaria una intervención adaptada. Sin embargo, la sanidad no está preparada para atender los efectos psicosociales de la crisis. Entre las medidas que consideramos necesario impulsar para lograr una mejora de la atención sanitaria en relación con las consecuencias del contexto crítico en el que nos encontramos, estaría la sensibilización en atención primaria. Como ejemplo de ello, destaca la creciente sensibilización del médico de cabecera sobre la realidad de la violencia de género, indicadores y efectos, así como dolencias específicas. Al igual que se han logrado grandes avances en esta materia, al ser considerado un problema de salud pública, los efectos psicosociales y sanitarios de la crisis deben ocupar un papel prioritario en las consultas de atención primaria.

Con respecto al *empleo y formación para el empleo*, estimamos conveniente que los programas a desarrollar tomen como punto de partida la situación real del mercado de trabajo, para adaptarse a las carencias y necesidades del mismo. Nos enfrentamos a un mercado de trabajo deteriorado, que requiere la puesta en marcha de nue-

-
- Vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos;
 - Elevados índices de absentismo y fracaso escolar;
 - Altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales;
 - Significativas deficiencias higiénico sanitarias;
 - Fenómenos de desintegración social;

vas fórmulas y alternativas. Sólo así podremos lograr aumentar los niveles de inclusión real en el mercado laboral a través de las acciones de formación para el empleo.

A esto se une el fenómeno conocido como “pérdida del mañana”. Disminuyen los niveles de motivación hacia el cambio como consecuencia de las dificultades percibidas de que éste se produzca. Asumir el pesimismo imperante, hace que *te abandones a la suerte*. Como contraposición a esto, resulta necesario el impulso y fomento entre la población la satisfacción diferida. Es decir, la idea de que, en un contexto de crisis económica internacional, resulta necesario limitar el impulso inmediato en pro de la satisfacción futura. Durante décadas, la sociedad ha desarticulado este valor primando la satisfacción inmediata. Ahora es necesario continuar con la lucha y formación pese a que, según las estimaciones, los logros no se obtendrán a corto plazo, sino a largo plazo.

En lo que respecta a los *servicios sociales*, tenemos que hacer frente a distintos retos. El surgimiento de nuevas formas de vulnerabilidad en sectores de población hasta ahora incluidos, tiene como consecuencia la falta de conocimiento de los recursos sociales existentes por parte de esta población, así como prejuicios para solicitar ayuda por parte de los servicios sociales. Es decir, nos encontramos con sectores de población que, si bien requieren de la intervención y movilización de servicios sociales, no acuden a los mismos por la vergüenza que les supone la demanda de dichos recursos -prejuicios de estatus-. De ahí la necesidad de cambiar la concepción tradicional de los servicios sociales en que el usuario es el que demanda la ayuda, para pasar a un sistema de servicios en el que los programas o recursos son los que buscan al caso concreto. Ello requiere un verdadero esfuerzo y movilización por parte de los servicios sociales.

Además, nos enfrentamos a un contexto en el que se observa una evidente tendencia a la pérdida de vínculos sociales y a la eficacia de los mismos. Esta pérdida de vínculos no sólo hace referencia a la red familiar, sino que también se da un claro debilitamiento de la acción protectora de las entidades pertenecientes al tercer sector.

La articulación de iniciativas innovadoras de calidad, que tengan en cuenta las características particulares de este contexto y que impulsen la puesta en marcha de acciones coordinadas, podrá aumentar las posibilidades de éxito en los programas orientados a incrementar el bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguilar, M. Laparra, M. Corera, C. y Pérez, B. 2001. *Plan de Reordenación de la Atención Primaria en Navarra*. Gobierno de Navarra.

Aguilar, M.; Gaviria, M. y Laparra, M. 2003. *La caña y el pez. Estudio sobre los salarios sociales en las Comunidades Autónomas*. Madrid: Fundación Foessa.

- Alonso, J. M. y Gonzalo, B. 1997. *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Ander-Egg, E. y Aguilar, M. J. 1990. *Administración de programas de acción social*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Arriba, A. Parrilla, J. M. y B. Pérez. 2008. "Transformaciones de las políticas autonómicas de inclusión social: reforma o cambio de imagen", en *Reformas de las políticas de Bienestar en España*, editado por L. Moreno. Madrid: Siglo XXI.
- Ballart, X. 1992. *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?* Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Barranco, C. 2003. "La calidad en Trabajo Social desde la calidad integrada". Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante, 12: 79-102.
- Cabrera, Malgesini y López. 2002. *Un Techo y un Futuro: buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Barcelona: Icaria
- Carbonero, D. 2010. Procesos e itinerarios de las personas sin hogar: Dificultades en la atención e intervención desde los servicios sociales y las políticas de bienestar social. IESA.
- Casado, D. 1995. "Acción social y servicios sociales". *Documentación social*, 101, 425-457.
- Casado, D. y otros. 1990. *Iniciativa social y Estado*. Barcelona: INTRESS.
- Casas. F. 2006. "Derechos humanos, calidad y servicios sociales". BITS.
- Connors, T. D. (ed.) 1993. *The nonprofit management handbook: operating policies and procedures*. New York: John Wiley & Sons.
- Consejo Europeo. 2009. Informe conjunto sobre Protección e Inclusión Social.
- Coulshed, V. 1990. *Management in social work*. London: Macmillan.
- Council of Europe. 2007. Report in user involvement in personal social services.
- Crainger, S. (ed.) 1995. *The Financial Times Handbook of Management*. London: Pitman.
- Denzin N. 1989. Strategies of Multiple Triangulation. *The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.
- Dickens, P. 1995. *Quality and Excellence in Human Services*. Chichester, Wiley.
- Domenech, Y. y Giménez-Bartomeu, V.M. 2012. "Percepciones sobre la calidad de los servicios sociales de las personas jóvenes usuarias: utilidades para el diseño de estándares de calidad". *Revista de Estudios de Juventud* 97, 123-146.
- EFQM (European Foundation for Quality Management). 1996. *Autoevaluación basada en el Modelo Europeo para la Gestión de Calidad Total*. Bruselas.
- European Commission. 2008. First Biennial Report of social services of general interest. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission. 2011. First Biennial Report of social services of general interest. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fantova, F. 1998. "Una aproximación a la calidad en el ámbito de la intervención social", en *IX Congreso de Empresas y Calidad. Documentos de gestión, innovación y formación*. Barcelona, Fòrum Empreses de Qualitat, vol 2: 289-295.
- Fantova, F. 2005. "Tendencias y apuestas de gestión de calidad para los servicios sociales" CIES.

- FEMCUT: Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. 2001. Seminario sobre Calidad de los Servicios Sociales Públicos. Resultados y Conclusiones.
- Galgano, A. 1993. *Calidad total: clave estratégica para la competitividad de la empresa*. Madrid, Díaz de Santos.
- García, G. y Ramírez, J. M. 1992. *Los nuevos servicios sociales: síntesis de conceptos y evolución*. Zaragoza: Certeza.
- Gardner, J.F. y otros. 1997. "Personal Outcomes as Measures of Quality", en *Mental Retardation*, vol 35, n° 4, agosto:295-305.
- Giménez-Bertomeu. y otros. 2012. "La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias". *Portularia*. 12, 61-71.
- Heras, A. 1997. "El cliente o clientes en los servicios a personas y la medición de su satisfacción" (Comunicación en las Jornadas sobre calidad y evaluación de los proyectos sociales, 18-19 de diciembre), Bilbao.
- Hernández, J. 2000. "Gestión de calidad en servicios sociales: Una aproximación a la calidad en el ámbito de la intervención social". *Cáritas*: 31-61.
- Hyatt. E. 2001. "Editorial". *Ecological Indicators*, 1: 1-2.
- Kahn, A. y Kamerman, S. 1987. *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional: el sexto sistema de protección social*. Madrid: Siglo XXI.
- Kelly, D. y Warr, B. 1992. *Quality counts. Achieving quality in social care services*. London: Whiting y Birch.
- Lacasta, J.J. 1998. "Calidad organizacional: el cambio en las organizaciones no gubernamentales" en *Siglo Cero*, vol. 29 (1), num. 175, enero-febrero, 5-13.
- Laparra, M., Gaviria, M. y Aguilar, M. 1995: "Iniciativas locales y comunitarias en la lucha contra la exclusión", en *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*, editado por S. Sarasa y L. Moreno. Madrid, CSIC.
- Lopez-Arostegi, R. 1997. *Argumentos y primeros pasos para la implantación de sistemas que promuevan la calidad en el sector de los servicios sociales*. Bilbao: Fundación EDE.
- Malgesini, 2003. *Buenas Prácticas en la Inclusión Social: Catálogo de Buenas Prácticas*. Madrid: Cruz.
- Mäntysaari, M. 1998. "The risks of using TQM philosophy in developing the quality of social welfare services", en *Scandinavian Journal of Social Welfare*, num. 7, pp. 9-16.
- Martínez, A. 1997. "Condiciones de calidad en servicios de apoyo a personas". Pp. 141-175 en *Gestión de Servicios de Apoyo a Personas*, editado por Fajardo, I. G. y otros. Valencia: Fondo Social Europeo/ADAPT.
- Medina, E. 2011. *Evaluación de la calidad percibida en Servicios Sociales*. Murcia: Diego Marín.
- Medina, M.E. y Medina, E. 2010. *Gestión de la calidad en Servicios Sociales*. Murcia: Diego Marín.
- Merli, G. 1995. *La calidad total como herramienta de negocio. Una respuesta estratégica al reto europeo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en*

salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Disponible en: www.msps.es

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. *Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010*.

Munday, B. *European social services: A map of characteristics and trends*. Consejo de Europa.

Munday, B. ed. 1993. *European social services*. Canterbury: European Institute of Social Services/University of Kent.

Orbea, T. 1997. "Educación e ISO 9000", en *Boletín de Estudios Económicos*, vol LII, 161, agosto: 353-378.

Peters, T. J. y Waterman, R. H. 1984. *En busca de la excelencia*. Barcelona: Folio. Madrid: Roja Española.

Peters, W. S. y Butler, J.Q. 1970. "The construction of regional economic indicators by principal components". *Annals of Regional Science*, 4: 1- 14.

Pilliger, J. 2001. *Quality in Social Public Services*. Luxembourg: European for the improvement of living and working conditions.

Sacanell, E. 1994. "El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales". *Zerbituan* 26: 63-88.

Sánchez, M. 2010. *La crisis y la sanidad pública*. Disponible en: www.attacmadrid.org. Consultado en enero de 2011.

Setien, M.L. 1993. *Indicadores Sociales de Calidad de Vida*. Madrid: CIS.

Smith, C., Simmons, L y Cunningham, G. 1999. *Quality assurance in social work: a standards and unit approach for agencies and practitioners*. London: National Institute for Social Work.

Solomon, E.S. y otros. 1980. "Unesco's policy-relevant Quality of life program" en VV.AA. *The Quality of life. Comparative Studies*. Sage Publications.

Taylor, M y Vigars, C. 1993. *Management and delivery of social care*. Harlow: Longman.

Tort-Martorell, X. 1998. "El nuevo modelo europeo. Cambios y utilidades", en *IX Congreso de Empresas y Calidad. Documentos de gestión, innovación, formación*. Barcelona, Forum Empresas de Qualitat: 228-231.

UNCHS/HABITAT. 1997. *Monitoring human settlements with urban indicators*. Nairobi: Global Urban Observatory-Centre for Human. Settlements (Habitat).

Unicef- World Bank. 2003. *Changing minds, Policies and Lives. Improving Protection of Children Europe and Central Asia. Improving Standards of Child Protection Services*. Florencia: Unicef- World Bank.

Urbanos, R.M. "La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades?". *Gaceta Sanitaria* 2010; 24.

ARTICULOS/ARTICLES

Estado de bienestar e inversión social en Europa / Welfare State and Social Investment in Europe Eguzki Urteaga	Págs 9-21
Reflexiones sobre el Espacio Público y Participación en las Políticas de Vivienda en Santiago de Chile. Hacia una Práctica Comunitaria / Reflections on public space and participation in public housing policies in Santiago de Chile. Towards a community practice Rodrigo Andrés Mardones	Págs 23-35
El déficit de transversalidad de género en la Unión Europea / Gender transversality deficit in the European Union Ángeles Martínez Boyé	Págs 37-60
La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género / The development of masculinity and relationship to gender violence M ^a Inmaculada López Núñez	Págs 61-84
Elementos del proceso de mediación que favorecen a su implementación como política social / Elements of the mediation process that benefits implementation as social policy Paris Alejandro Cabello Tijerina	Págs 85-112
La mediación escolar y las habilidades sociales en los estudiantes de educación secundaria. Un estudio en institutos de la región de Murcia / School mediation and social skills students in secondary education. A study in institutes of Murcia María Paz García-Longoria Serrano y Reyna Lizeth Vázquez Gutiérrez	Págs 113-136
La actuación de los jueces estatales como árbitros privados: un problema de orden público / State Judge's acting as private arbitrators: a public policy problem Arnulfo Sánchez García	Págs 137-151
Calidad en los servicios de bienestar en un contexto de crisis económica internacional / Quality in welfare services in a context of international economic crisis Eva Sotomayor Morales, Yolanda De la Fuente Robles, Marta García Domingo, M ^a Luisa Grande Gascón y Tomás Alberich Nistal	Págs 153-179
Contexto de la equidad en los servicios de salud / Context of equity in health services in Mexico Karla Sáenz López y Delia Téllez Castilla	Págs 181-199
Los Servicios Sociales en España, puestos a prueba por las personas inmigrantes / Social Services in Spain, tested by immigrants Antonio Gutiérrez Resa	Págs 201-227

RESEÑAS/REVIEWS

Rubén Darío Torres Kumbrián. Trabajo Social con Comunidades y Mujeres Musulmanas: "Diagnóstico de las discriminaciones múltiples" / Social Work with Communities and Muslim women (por Ángeles Martínez Boyé).....	Págs 229-234
Manuel Herrera Gómez y José Daniel Barquero Cabrero. Redes sociales: de metáfora a paradigma / Social Networks: from metaphor to paradigm (por Salvador Gómez García).....	Págs 235-236
Djamil Tony Kahale Carrillo, Protección a las personas en situación de dependencia / Protection of persons in situations of dependency (por Sara Pérez Martínez).....	Págs 237-239