

los servicios sociales y la calidad integrada. investigación realizada en centros de atención a las personas con discapacidad

carmen barranco expósito ■■■

universidad de la laguna

resumen

Las organizaciones de servicios sociales y las ciencias sociales están llamadas a seguir intensificando sus esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía con planteamientos integrados de calidad. Esto implica mejorar, además de la calidad de vida, la calidad de servicio y la calidad de vida laboral de los trabajadores.

Las investigaciones e intervenciones sociales que se vienen realizando sobre la calidad, han generado un cúmulo importante de estudios y de experiencias, abordándose de manera separada cada una de las calidades mencionadas. Desde esta constatación, abogamos por impulsar estudios e intervenciones sociales con un enfoque de "calidad integrada", ya que partimos de la idea que las mismas están relacionadas.

Con estos planteamientos de calidad integrada, realicé la tesis doctoral sobre la evaluación de tres centros de Tenerife dedicados a la atención de las personas con discapacidad psíquica. La metodología aplicada fue cualitativa y cuantitativa. Los resultados nos indican la existencia de relaciones entre los tres constructos: calidad de vida, calidad del servicio y calidad de vida laboral, en el sentido de que, aquellos centros que han obtenido resultados más altos en la calidad de vida, también los han tenido en la calidad del servicio y en la calidad de vida laboral.

Palabras clave: Calidad de Vida; Calidad de Servicio; Calidad de Vida Laboral; Apoyo Social Laboral; Satisfacción laboral. Centros de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica Gravemente Afectados (CAMPs).

summary

The organizations of social services and the social sciences are called to continue intensifying their efforts to improve the quality of life of the citizenship with integrated positions of quality. This implies to improve the citizenship's quality of life with integrated positions of quality. And this even implies to incorporate the quality of life, the quality of service and the workers' quality of labor life.

The investigations and social interventions, that one comes carrying out about the quality, have generated an important heap of studies and of experiences, being approached in a separate way each one of the mentioned qualities. From this verification, we plead to impel studies and social interventions with a focus of "integrated quality", as we think that the same ones are related.

With these positions of integrated quality, it was carried out the evaluation of three centers of Tenerife dedicated to the attention of people with psychic disabilities. The applied methodology was qualitative and quantitative, the results indicate us the existence of relationships among the three levels: quality of life, quality of service and quality of labor life, in the sense that, those centers that have obtained higher results in quality of life, have also had them in the service's quality and in the labor life's quality.

Keywords: Quality of life; Quality of service; Quality of labor life; social and laboral support; laboral satisfaction; Centers of Attention to People with Psychic Disabilities Gravely Affected (CAMPs).

1. calidad integrada ■ ■ ■

La denominada cultura de la calidad está calando ampliamente en la sociedad actual. La misma tiene acepciones diferentes según se aplique al ámbito general de la vida, al del servicio o al laboral. En cada uno de estos ámbitos se han ido configurando los tres términos de: calidad de vida, calidad de servicio y calidad de vida laboral. Estos tres constructos unidos, configuran lo que hemos denominado calidad integrada, ya que cada uno (por separado) tiene identidad propia, y además, unidos conforman un todo, una imagen de la organización que se identifica con la calidez y el desarrollo humano (Barranco, 2002).

Desde este planteamiento de la calidad integrada los Servicios Sociales (donde se ubican los centros de atención a las personas con discapacidad), en una sociedad moderna están llamados a ofrecer a la ciudadanía servicios que respondan a sus expectativas y necesidades. Servicios con un trato personalizado, cálido y acogedor. Servicios que reflejen que los trabajadores se encuentran agusto y satisfechos. Servicios modernos, accesibles y con unas adecuadas instalaciones físicas.

La finalidad última de la calidad integrada en los Servicios Sociales es lograr que éstos avancen hacia su objeto, desde estas tres vertientes adecuadamente engarzadas. Objeto que está orientado a "promover y posibilitar el desarrollo del bienestar social de todos los ciudadanos, mediante la prevención, tratamiento o eliminación de las causas que impiden o dificultan el pleno desarrollo de las personas o de los grupos en que se integran", tal como se recoge en el artículo 1.2. de la Ley 22/2002 de 18 de diciembre de "Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios y de la Mejora de Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid".

Partiendo de esta idea de la calidad integrada en los siguientes subapartados se expone una aproximación a las concepciones y características de cada uno de estos tres términos vertebradores de la calidad integrada.

1.1. Calidad de vida

El término calidad de vida data de 1932, atribuyéndose el mismo al economista Pigou y siendo utilizado, de manera generalizada, a partir de 1960 (Casas, 1989). La calidad de vida supone un avance y superación del concepto de bienestar social propio de los modelos economicistas y tecnocráticos de la economía de libre mercado, incorporando los aspectos ecológicos.

Desde este movimiento de la calidad de vida, se resalta una forma de existencia superior a la meramente física, la cual incluye las áreas de bienestar social, relaciones sociales y acceso a los bienes culturales, así como el nivel de satisfacción que proporcionan al individuo sus condiciones de vida cuando las compara con la vida de otras personas (Blanco y Chacón, 1985).

Levi y Anderson (1980) definen la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como lo percibe cada persona y grupo, considerando que el determinante individual es el grado de coincidencia entre las características de la situación y las expectativas de la persona. También, desde esta misma corriente psicosocial, Hernández y Valera (2001), resaltan su carácter dinámico y de construcción social sujeta a contingencias históricas, culturales, económicas y ambientales, que se relacionan con el nivel de satisfacción que siente una persona al compararse con otras, especificando que la comparación social es uno de los principios psicosociales clave.

Dada su amplitud, la calidad de vida es considerada como un constructo multidimensional en el cual se integran distintos componentes objetivos y subjetivos de la vida, tales como salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, medio ambiente, así como la satisfacción con dichas dimensiones. El peso o importancia de cada dimensión varían en función de una serie de parámetros personales, como la edad, necesidades, capacidades, etc., o socio-ambientales, condiciones económicas, educativas, trabajo, empleo, ecología. Esta amplitud y multidimensionalidad hace que su evaluación resulte difícil y compleja (Blanco y Chacón, 1985; Casas, 1989; Van Gigch, 1990; Fernández-Ballesteros,

1997; Barranco, 2002; Schalock, 2001 y 2003).

A partir de estos ejes (personales-sociambientales; subjetivos-objetivos), los estudios realizados sobre la calidad de vida de cada colectivo, incorporar aquellas dimensiones e indicadores que estiman pertinentes y relevantes. Así, en el campo de la discapacidad, se incorporan indicadores sociales tendentes a medir las mejoras percibidas, tanto en los aspectos personales, como socio-ambientales, tales como: incremento de las capacidades para la autonomía, seguridad, igualdad, relaciones interpersonales, mejoras económicas, ocio, apoyos, empleo, oportunidades de integración familiar y comunitaria.

Para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, en el marco de los Servicios Sociales y específicamente en los centros ocupacionales, se precisa que los servicios añadan cualidad a la organización y calidez en el trato a los usuarios. Aspectos estos que se exponen en el siguiente apartado.

1.2. Calidad del servicio

En nuestro milenio la sociedad actual se caracteriza por el gran crecimiento cuantitativo que viene experimentando el sector servicios y los Servicios Sociales, debido a los cambios sociales y culturales que se están produciendo en el seno de la misma. Este incremento cuantitativo ha de ir acompañado de un aumento de la calidad, entendida como la mejora continua de procesos y resultados al servicio de la ciudadanía.

De ahí la conveniencia de delimitar lo que se entiende por calidad y por servicio. Semánticamente el Diccionario de la Real Academia Española señala que el término calidad proviene del latín "qualitas" y se suele traducir por la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, permitiendo apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su clase. En cuanto al término "servicio" éste es entendido como cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra (Kotler y Bloom, 1984; De la Red, 1993). Es esencialmente intangible y no da como resultado la propiedad de nada. Un servicio lo constituye un conjunto de procesos, percibidos de manera subjetiva, en

los cuales las actividades de producción y consumo se realizan de modo simultáneo (Grönroos, 1994).

La Calidad de Servicio como modelo de proceso continuo de mejora de la calidad empieza a tener un gran empuje a partir de los años 50, en la industria y sector mercantil con los trabajos de los considerados padres de los métodos de la calidad, los cuales han elaborado distintas concepciones y han impulsado el diseño e implementación de los distintos modelos de calidad, así como las herramientas orientadas para medirla (Juran, 1982; Crosby, 1979; Deming, 1981; Ishikawa, 1985). Concretamente, para Crosby (1979), la calidad es la acomodación a las exigencias de los clientes. Para Deming (1981), es la contribución a la satisfacción de las necesidades de los clientes. Para Ishikawa (1985), es la satisfacción de las necesidades de los clientes externos e internos (trabajadores y usuarios) y para Horovitz (1992) es el nivel de excelencia alcanzado para satisfacer a los clientes.

Actualmente la calidad de servicio es entendida como la satisfacción de las demandas y necesidades del cliente, así como el cumplimiento con unas normas previamente establecidas (Peiró y González, 1993; Garau, 2002). Esta sería la dimensión de los resultados, incluyendo, también, la dimensión de proceso la cual consiste en dispensar un trato adecuado, así como propiciar un ambiente humano y físico apropiado (Grönroos, 1994; Porcel, 1997). Para Zeithaml, Parasuraman, y Berry (1993) la calidad de servicio es la percepción que tiene el cliente acerca del servicio recibido y se mide calculando la diferencia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios.

Para impulsar la calidad de servicio en Europa se viene implantando el Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM), desde la década de los 90. En nuestro país en los últimos años, diversas empresas y organizaciones de bienestar social y servicios sociales están aplicándolo. Entre éstas señalar Telefónica, el Ministerio de Educación y Ciencia (2001), la Universidad de Alicante, (2001) y Comunidad de Madrid (2001). También, el Modelo de Buenas Prácticas de Calidad, impulsa-

do por la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS, 2001).

Concretamente la calidad del servicio, en el campo de las discapacidad, es entendida como la satisfacción de las necesidades de atención y desarrollo de las capacidades personales, dentro de un contexto socio-ambiental adecuado. Vemos como esta concepción conecta con algunos de los aspectos que configuran la calidad de vida. De ahí la relación entre la calidad de vida y la calidad del servicio, tal como indica Verdugo (1996).

Para lograr mejorar la calidad de vida y la calidad de servicio se precisa del factor humano. Se precisa que el personal que presta sus servicios en las organizaciones de bienestar social y servicios sociales se encuentren agusto con su trabajo. Se precisa que los trabajadores y trabajadoras tengan unas condiciones laborales que satisfagan sus necesidades y expectativas, que se añada cualidad a la vida laboral. Aspectos éstos ampliamente tratados en la calidad de vida laboral, algunos de cuyos rasgos se exponen en el siguiente apartado.

1.3. Calidad de vida laboral

La calidad de vida laboral es entendida como una filosofía enfocada a humanizar el trabajo, teniendo como meta mejorar las condiciones laborales, incrementar la satisfacción laboral de los trabajadores, así como mejorar la eficacia y eficiencia organizacional.

Para Kasts y Rosenzweig (1988), la calidad de vida laboral tiene distintos significados según los protagonistas, así para los trabajadores significa su creciente participación en la toma de decisiones en la organización; para los administradores y gerentes, es el esfuerzo por incrementar la productividad al mejorar las condiciones laborales; para los sindicatos supone un reparto más equitativo de los beneficios y unas condiciones más saludables de trabajo, así como el enriquecimiento de los puestos de trabajo y el cambio en la cultura organizacional.

La calidad de vida laboral, como movimiento se inicia en la década de los 70. Concretamente se señala como punto de arranque en la comu-

nidad científica, septiembre de 1972, fecha en la que tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre la Calidad de Vida en el Trabajo (Turcotte, 1986; González, Peiró y Bravo, 1996). Los expertos, investigadores y dirigentes que participaron en dicha conferencia, plantearon su preocupación por la naturaleza poco recompensante del trabajo y la evidencia de una decreciente satisfacción con el empleo (Kats y Rosenzweig, 1988).

Este movimiento de la calidad de vida laboral, retoma las investigaciones del Instituto Tavistock de Relaciones Humanas de Londres (creado en 1947) las cuales estaban orientadas hacia el enriquecimiento de la tarea y la mejora de las condiciones físicas y ambientales (Turcotte, 1986; González, Peiró y Bravo, 1996).

Además, la calidad de vida laboral incorpora las aportaciones teóricas de los enfoques organizacionales: Sociotécnico (la necesidad de equilibrar en las organizaciones los factores técnicos y humanos); Relaciones Humanas (la motivación, satisfacción laboral y relaciones humanas); Sistémico (la globalidad e interdependencia entre los sistemas y subsistemas internos y externos); Desarrollo Organizacional (equilibrio entre los objetivos de eficacia y eficiencia y el bienestar de los trabajadores (Chiavenato, 1981; Kats y Rosenzweig, 1988; González, Peiró y Bravo, 1996).

A modo de conclusión de este apartado, donde se ha expuesto cada una de las tres calidades que configuran la calidad integrada: la calidad de vida, la calidad de servicio y calidad de vida laboral se puede identificar los aspectos comunes que le confieren identidad en el marco de los Servicios Sociales. Identidad que tiene como eje central la búsqueda de mejoras que añadan cualidad y calidez a los procesos de comunicación con las personas y a la gestión de las organizaciones para avanzar hacia el desarrollo humano.

2. características de los centros objeto de la investigación ■ ■ ■

La investigación se ha llevado a término en los Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos Gravemente Afectados (en adelantes CAMPs). Estos centros fueron creados por el INSERSO

(1990), a mitad de los años ochenta y tienen como objetivos atender las necesidades básicas y desarrollar las capacidades de las personas que presentan deficiencias intelectuales, así como otras deficiencias asociadas.

Los CAMPs son organizaciones de servicios sociales que presentan una estructura formal burocrática, con unos sistemas de gestión estructurados, estableciendo mecanismos de coordinación e interacción con su entorno. Para poder llevar a cabo su misión cuentan con una estructura organizativa por "áreas de servicios", vinculadas por los distintos sistemas de comunicación formal e informal.

Cada área y servicio cuenta con programas que son diseñados, realizados y evaluados por los profesionales. Programas orientados hacia la normalización social y hacia la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad y de sus familias. Básicamente, en su diseño se contemplan las siguientes áreas y servicios:

1. Área de Dirección y Administración. Las funciones, generales del equipo de dirección son: planificar, gestionar e impulsar la organización y la coordinación entre los servicios, además de llevar a cabo las directrices que emanen de los estamentos superiores. Al Servicio de Administración le corresponde la gestión de los presupuestos asignados al centro, mediante un control exhaustivo de los ingresos y gastos ocasionados, así como dotar de equipamiento y materiales a las distintas áreas para el desarrollo de las actividades.

2. Área de Servicios de Atención. Esta área la conforman los servicios de atención psicológica, asistencia social; médica y habilitación. Su personal diseña, ejecuta y evalúa los programas destinados a conseguir los objetivos señalados, con carácter integral y personalizado.

3. Área de Residencia. Su finalidad está en relación con los aspectos de manutención, alojamiento y otros complementarios centrados en el apoyo y las actividades de la vida diaria, así como aquellas relativas a las actividades socializadoras de ocio y tiempo libre.

4. Área de Servicios de Apoyo. Abarca al conjunto servicios que se ocupan del mantenimien-

to y limpieza del edificio, cocina, lavandería, transporte, entre otros.

3. objetivos y método ■ ■ ■

Partiendo de las aportaciones teóricas y metodológicas, así como de las características de los CAMPs brevemente expuestas, nos planteamos realizar la tesis doctoral sobre la evaluación de la calidad con un enfoque integrado en tres centros de Tenerife, de la cual exponemos algunos de los objetivos y método aplicado.

3.1. Objetivos

Los objetivos formulados relativos a la calidad integrada son:

A) Objetivo general sobre la calidad de vida de los usuarios: *analizar las contribuciones que los CAMPs están realizando a la calidad de vida de los usuarios y usuarias.*

B) Objetivo general sobre la calidad del servicio de los CAMPs: *describir la calidad del servicio percibida por las familias de los usuarios.*

C) Objetivo general sobre la calidad de vida laboral: *evaluar la calidad de vida laboral de los trabajadores y de las trabajadoras de los CAMPs.*

D) Objetivo general sobre el tamaño de los centros: *valorar si en los CAMPs el tamaño de los centros incide en los resultados que obtienen sobre la calidad de vida, calidad de servicio y calidad de vida laboral.*

3.2 Método

La investigación se planteó en dos fases: una cualitativa y otra cuantitativa. La primera fase tenía como finalidad obtener una visión global de los CAMPs, así como una primera aproximación de las necesidades de las personas con discapacidad y las de sus familiares con miras a determinar las variables de los cuestionarios que después se pasarían sobre calidad de vida, calidad de servicio y calidad de vida laboral. Se realizó mediante la observación, análisis documental, entrevistas y reuniones. En la misma han participado un total de 87 personas: directores/as de los CAMPs; responsables de las áreas y servicios de los centros; trabajadores/as de las distin-

tas categorías profesionales y familiares de los usuarios. Los usuarios no participaron, debido a las deficiencias cognitivas graves que presentan, motivo por el cual se optó por recabar la información directa de los familiares y profesionales. La segunda fase consistió en aplicar y analizar los cuestionarios que se exponen en el apartado de instrumentos.

Participantes

En esta investigación han participado los directores/as de los CAMPs, los responsables de las áreas y servicios de los centros, los trabajadores/as de las distintas categorías profesionales, y los familiares de los usuarios.

Instrumentos

Los instrumentos aplicados en la primera fase, han sido protocolos abiertos y semiestructurados elaborados para las entrevistas y reuniones; análisis de contenido de la documentación interna y observación de campo. Los instrumentos aplicados en la segunda fase han sido los tres cuestionarios siguientes.

- **Cuestionario de calidad de vida y calidad de servicio percibida para familias.** Incluye indicadores orientados a evaluar la percepción que tienen los familiares sobre la calidad de vida y calidad de servicio que se ofrece en los centros, así como sus expectativas. Además, incluye la valoración que hace la familia sobre los aspectos relativos a la salud, entorno socio-ambiental, empleo, ingresos, ocio, integración social y apoyos. Las preguntas son de respuesta múltiple.
- **Cuestionario de calidad de vida y calidad de servicio percibida para profesionales.** Incluye indicadores orientados a describir la calidad de vida y calidad de servicio, desde la perspectiva profesional. Entre los indicadores se incluyen de tratamientos, programas y actividades lúdicas y de integración en la comunidad, así como los relacionados con las condiciones de vida y de salud de los usuarios y de la familia. Las preguntas son de respuesta múltiple.
- **Cuestionario sobre calidad de vida laboral.**

En este artículo se recoge dos de los cuestionarios estandarizados aplicados. Estos son: el Apoyo Social en el Trabajo y la Satisfacción Laboral.

1) Apoyo social en el trabajo. Se refiere a las ayudas técnicas y emocionales que los trabajadores perciben de los compañeros y de los supervisores. Las variables se orientan a medir el grado de entendimiento, existencia de conflictos, la ayuda y aprecio personal en el trabajo con los compañeros y supervisores. Para su medición hemos aplicado el cuestionario "Organizational Stress Questionnaire" (OSQ) (Caplan, Cobb, French, Van Harrison y Pinneau, 1975), el cuál ha sido utilizado en el campo de salud en Tenerife por Gil-Monte (1994). Dicha escala consta de 10 ítems de los cuales 5 ítems están centrados valorar en el apoyo que perciben del supervisor (jefe o responsable de la unidad) y los otros 5 ítems en el apoyo que perciben de los compañeros. Los contenidos versan sobre el grado de entendimiento, conflictos, modos de afrontar los problemas y aprecio personal.

2) Satisfacción laboral. Hace referencia a las respuestas actitudinales positivas experimentadas por el personal como resultado de la percepción subjetiva de sus experiencias laborales. Para evaluar esta característica se empleó el "Cuestionario de Satisfacción S20/23" de Meliá y Peiró, (1989). Este cuestionario se compone de 23 ítems, que se agrupan en las cinco subescalas siguientes: **1) satisfacción con la supervisión**, valora el grado de satisfacción/insatisfacción que sienten los trabajadores con la supervisión; **2) satisfacción con el ambiente físico del trabajo**, evalúa el nivel de satisfacción/insatisfacción que sienten los trabajadores/as con las condiciones físicas del trabajo; **3) satisfacción con las prestaciones**, valora el grado de satisfacción/insatisfacción que el trabajador tiene con las prestaciones

que recibe de la organización; **4) satisfacción intrínseca con el trabajo**, valora el grado de satisfacción/insatisfacción que genera la tarea propiamente dicha; **5) satisfacción con la participación que el trabajador tiene en la organización**, evalúa el nivel de participación que el trabajador/a tiene en las cuestiones relacionadas con la organización.

Procedimiento

A partir de información obtenida en la fase cualitativa, se procedió al análisis de la organización. También, se elaboraron los cuestionarios sobre calidad de vida y calidad de servicio, procediéndose posteriormente a la realización de la prueba piloto y su aplicación fue del siguiente modo: 1) *cuestionario de calidad de vida y calidad de servicio percibida para familias*: fue aplicado a los familiares mediante entrevista realizada por trabajadoras sociales; 2) *cuestionarios de calidad de vida y calidad de servicio percibida para profesionales* y 3) *cuestionario calidad de vida laboral* fueron explicados y entregados a los profesionales, siendo recogidos una vez cumplimentados.

El análisis de los datos cuantitativos se realizó a través de diversas medidas y análisis estadísticos (porcentajes, análisis de medias, ANOVA, pruebas de Scheffé) y gráficos, mediante el programa SPSS-10.

4. resultados ■ ■ ■

Brevemente exponemos los resultados de la investigación, según los objetivos formulados sobre la calidad integrada.

4.1. Contribuciones de los CAMPs a la calidad de vida de los usuarios.

Orientado a conocer la calidad de vida de los usuarios y el entorno socio-ambiental, hemos definido la calidad de vida en términos de mejora de las capacidades de los usuarios de los CAMPs.

El análisis e interpretación de los datos nos revela que en cualquiera de los CAMPs los usua-

rios presentan un cuadro diagnóstico muy grave, denotando realmente una situación social de dependencia total, dadas las condiciones de vida y las múltiples deficiencias, discapacidades y minusvalías que presentan. Así, la mayoría tienen retraso mental profundo; más de la mitad de la población estudiada presentan deficiencias de pensamiento, alteración del esquema corporal, faltan de atención, lentitud psicomotriz, dificultades de lenguaje; discapacidades graves de conducta, comunicación, cuidado personal y locomoción; presentan carencia de orientación, ocupación imposible y relaciones alteradas; la mayoría presentan dependencia física, movilidad reducida y una economía débil y empobrecida.

Con relación a las condiciones de vida socio-familiares de este colectivo, señalar que para determinar las condiciones sociales y económicas de las familias se aplicaron indicadores diversos tales como el nivel de estudio de los padres y tutores; situación laboral de los mismos; sector de ocupación del cabeza de familia; espacio de la vivienda; tipo de prestaciones y pensiones que reciben estas familias y economía familiar, entre otros. A la luz de nuestros resultados, se trata de personas cuyas familias tienen un nivel socio-cultural bajo, así como una situación económica desfavorecida, al darse un alto porcentaje de familias numerosas, ingresos económicos insuficientes en los que predominan las pensiones de viudedad y orfandad, subsidio de desempleo y ayudas económica básicas. Además, existe un importante número de unidades familiares donde falta el padre o la madre.

Para analizar las contribuciones que los CAMPs están realizando a la calidad de vida de los usuarios, se procedió a calcular la media para cada sujeto de las puntuaciones obtenidas en cada grupo de las discapacidades de conducta, comunicación, locomoción y cuidado personal, analizándose mediante ANOVA (1x3), es decir, análisis de un factor con tres niveles (los niveles corresponden a los tres centros estudiados). En los casos en que las diferencias fueron significativas se aplicó la correspondiente prueba de Scheffé, para determinar las diferencias existentes entre los centros.

La Tabla I recoge los valores obtenidos correspondientes a las discapacidades de conducta,

comunicación, locomoción y cuidado personal, así como el grado de significación de las mismas.

TABLA I. ANOVA MEJORAS DE LAS CAPACIDADES PERCIBIDAS POR LAS FAMILIAS

DISCAPACIDAD	F	GI	Sig
CONDUCTA	8,528	2,104	,000
COMUNICACIÓN	4,993	2,117	,008
LOCOMOCION	,493	2,110	,612
HIGIENE	4,162	2,117	,018
VESTIRSE	5,285	2,117	,006
ALIMENTARSE	4,097	2,117	0,19

En la misma podemos observar que en todas las capacidades, a excepción de las de locomoción, son significativas. Señalar que para evaluar las deficiencias, discapacidades y minusvalías, se procedió a seleccionar de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y

Minusvalías de la OMS (INSERSO, 1983), aquellas que están más directamente vinculadas a las personas con discapacidad de los CAMPs.

La Tabla II recoge los resultados correspondientes a la prueba de Scheffé, (diferencias entre centros).

TABLA: II. MEJORAS DE LAS DISCAPACIDADES PERCIBIDAS POR LAS FAMILIAS. (SCHEFFÉ)

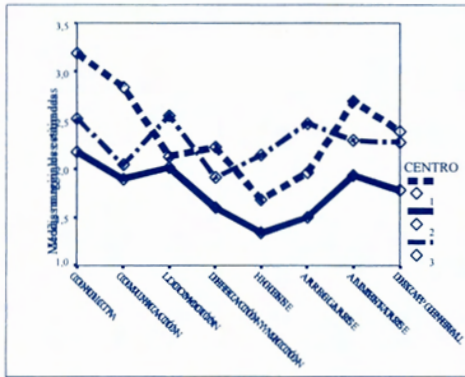
DISCAPACIDAD	(I) CENTRO	(J) CENTRO	(I-J) DIFER. MEDIAS	SIG.
CONDUCTA	1	-2 -3	,9533	,000
COMUNICACIÓN	1	-2 -3	,7033	,014
LOCOMOCION	1	-2 -3	,7737	,002
HIGIENE	2	-3	-,6537	,024
VESTIRSE	2	-3	-,8753	,009
ALIMENTARSE	1	-2 -3	,6532 ,3684	,020 ,048

En esta Tabla vemos como las diferencias existentes se dan entre el centro de tamaño medio (1) y el centro de tamaño grande (2). Aclarar que el tamaño del centro viene dado por el total de plazas ocupadas en los tres centros estudiados. Así, el de tamaño pequeño tiene 19 usuarios; el

mediano 44 usuarios y el grande a 85 usuarios.

En términos generales, los resultados de la evaluación efectuada sobre la calidad de vida nos indican que los CAMPs están contribuyendo a mejorar sus capacidades, tal como se refleja en el Gráfico I.

GRÁFICO I. MEJORAS DE LAS CAPACIDADES DE LOS USUARIOS/AS DE LOS CAMPS



En el perfil del gráfico se refleja que los familiares perciben que los CAMPs están contribuyendo a mejorar las capacidades indicadas, en un nivel medio. También, que el centro de tamaño grande (2) alcanza resultados más bajos (con relación a los otros dos centros) en las mejoras de la conducta y

TABLA III. SATISFACCIÓN EXPRESADA POR LA FAMILIA. (ANOVA)

INDICADORES	F	Gl	Sig
ESPACIO Y SU DISTRIBUCIÓN	2,295	2,100	,106
ESTADO DE CONSERVACIÓN Y LIMPIEZA	8,015	2,104	,001
TRATO HUMANO QUE RECIBEN USUARIOS Y FAMILIAS	4,455	2,103	,014
AMBIENTE HUMANO	12,227	2,97	,000
ATENCIÓNES BÁSICAS	7,482	2,104	,001
ATENCIÓN MÉDICA Y FISIOTERAPIA	3,347	2,102	,039
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	7,152	2,103	,001
ATENCIÓN SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL	3,164	2,107	,046
TRATO RECIBIDO DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA	7,774	2,105	,001
TRATO RECIBIDO DEL RESTO DEL PERSONAL	5,227	2,105	,007

Para analizar las diferencias entre centros, aplicamos la prueba de Scheffé (Tabla IV) de la cual se

TABLA IV. SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS (SCHEFFÉ)

SATISFACCIÓN	(I) CENTRO	(J) CENTRO	(I-J) DIFER. MEDIAS	SIG.
ESTADO CONSERVACIÓN Y LIMPIEZA	1	2	-,4161	,015
	2	3	,5917	,003
AMBIENTE HUMANO	1	2	-,6018	,001
	2	3	,7788	,001
ATENCIÓNES BÁSICAS	1	2	-,3922	,024
	2	3	,5783	,004
ATENCIÓNES PSICOLÓGICAS	1	2	-,3750	,006
	2	3	,3958	,028
ATENCIÓN SERVICIO TRABAJO SOCIAL	1	2	-,2819	,048
TRATO PERSONAL ATENCIÓN DIRECTA	1	2	-,4762	,014
	2	3	,6723	,005
TRATO RESTO PERSONAL	2	3	,6366	,010
TRATO HUMANO GENERAL	3	2	-,3420	,033

cuidado personal; así mismo, que el centro de tamaño medio (1), con relación a los otros dos, obtiene niveles más elevados en las mejoras de la conducta, comunicación y cuidado personal.

4.2. Calidad de servicio

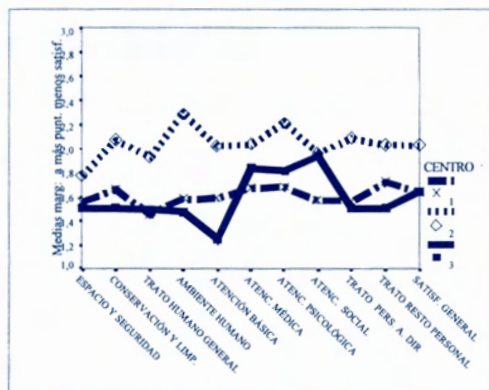
A los efectos de nuestra investigación, hemos definido la calidad de servicio percibida por los familiares en términos de satisfacción con los servicios ofrecidos, condiciones del centro y trato que reciben del personal, en un amplio conjunto de indicadores, cuyo análisis y resultados pasamos a exponer.

Para evaluar los indicadores de la calidad de servicio se analizaron mediante ANOVA cada uno de los 56 indicadores aplicados. Los resultados, agrupados en factores, se encuentran resumidos en la Tabla III donde se aprecia que existen diferencias significativas en cada uno de los mismos, a excepción del relativo al espacio y distribución.

expone los resultados obtenidos, donde puede apreciarse las diferencias entre los centros.

El siguiente Gráfico II, nos muestra el perfil de la calidad de servicio percibida por las familias.

GRÁFICO II. CALIDAD DE SERVICIO



Tal como se refleja en el gráfico y a la luz de nuestros resultados, podemos decir que las familias se muestran satisfechas, en un nivel medio alto, con la calidad de servicio que ofrecen los CAMPs. También, que el mayor grado de satisfacción se alcanza en el centro de tamaño pequeño (3), con relación al espacio, conservación y limpieza y ambiente humano. Además, nuestros resultados indican que el grado de satisfacción percibida es muy similar entre el centro tamaño medio (1) y de tamaño pequeño (3) con los servicios médicos, de psicología, trato humano recibido general y el trato recibido de los especialistas. Por el contrario el centro de tamaño grande (2), obtiene menor grado de satisfacción en cada uno de los indicadores.

A tenor de nuestros resultados se puede decir que, en general, las familias se muestran satisfechas con la calidad de servicio. También, las pruebas ANOVA y Scheffé, nos indican que existen diferencias en los niveles de calidad alcanzado en los tres centros y que, en general, la calidad de servicio

ofrecida es menor en el centro de tamaño grande.

4. 3. Calidad de vida laboral

A continuación se expone los resultados más relevantes de la información obtenida sobre la calidad de vida laboral de los trabajadores y trabajadoras de estos centros, medida a través de los indicadores de apoyo social laboral y satisfacción laboral.

A) Análisis del apoyo social laboral

Los resultados del análisis de fiabilidad, aplicados a nuestra muestra, mediante el alfa de Cronbach, arrojan los siguientes valores: apoyo social con el supervisor $\alpha = .71$; apoyo social con los compañeros: $\alpha = .89$, siendo la escala completa, $\alpha = .86$. Como consecuencia, podemos decir que el nivel de consistencia interna del cuestionario, para nuestra muestra, se sitúa en un nivel medio (apoyo del supervisor) y medio alto (apoyo de los compañeros). También, que los estudios realizados en Canarias por Gil-Monte (1994), contienen los siguientes valores: para el apoyo social del supervisor $\alpha = .89$; para el apoyo social de los compañeros $\alpha = .72$ y la escala completa un $\alpha = .86$.

Al comparar nuestros resultados con los de Gil-Monte (1994) podemos inferir que la consistencia interna de nuestro estudio es similar a la obtenida por este autor, si bien, la puntuación más elevada (en nuestro estudio) la alcanza el apoyo con los compañeros, mientras que en Gil-Monte la mayor puntuación la obtiene la sub-escala del supervisor.

A fin de valorar si existen diferencias significativas entre los centros respecto al apoyo, se realizó un ANOVA (2(3) y la prueba de Scheffé, cuyos resultados se reflejan en las Tabla V y VI, respectivamente.

TABLA V. APOYO SOCIAL LABORAL (ANOVA)

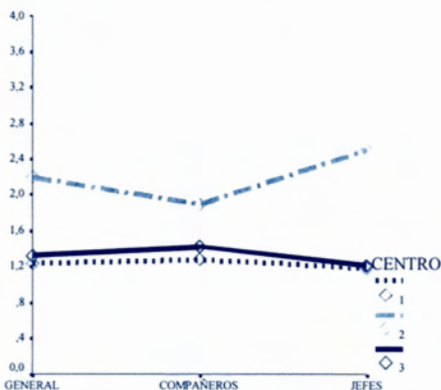
APOYO	F	FI	Sig
COMPAÑEROS	14,533	2,67	,000
SUPERVISORES	65,139	2,67	,000
GENERAL	64,722	2,67	,000

TABLA: IV. APOYO SOCIAL LABORAL (SCHEFFÉ)

APOYO	(I) CENTRO	(J) CENTRO	(I-J) DIFER. MEDIAS	SIG.
COMPAÑEROS	2	2	-,617	,000
	3	2	-,472	,002
SUPERVISORES	1	2	-1,316	,000
	3	2	-1,290	,000
GENERAL	1	2	-,996	,000
	3	2	-,881	,000

Como vemos, en ambas tablas se aprecian diferencias entre el centro de tamaño grande (2) con respecto a los otros dos. Teniendo en cuenta que la escala valora lo más positivo con el valor menor, el centro de tamaño grande (2) es el que presenta menor apoyo de ambos tipos (de los supervisores y compañeros), no encontrando diferencias significativas entre el centro 1 (tamaño medio) y el centro 3 (tamaño pequeño). El Gráfico III nos muestra el perfil de estos resultados.

GRÁFICO III. APOYO SOCIAL LABORAL



A la luz de nuestros resultados, en general, podemos decir que el nivel de apoyo social laboral en los tres centros se sitúa en un grado medio, toda vez que la escala va de 1 a 4, siendo su sentido inverso, es decir a más puntuación menor apoyo.

TABLA VII. SATISFACCIÓN LABORAL (ANOVA)

SATISFACCIÓN	F	gl	Sig
AMBIENTE FÍSICO	9,966	2,67	,000
INTRÍNSECA	45,613	2,67	,000
PARTICIPACIÓN	55,196	2,67	,000
PRESTACIONES	43,530	2,67	,000
SUPERVISIÓN	57,420	2,67	,000
GENERAL	61,343	2,67	,000

B) Análisis de la satisfacción laboral

Los resultados del análisis de fiabilidad, aplicados a nuestra muestra, mediante el alfa de Cronbach, arrojan los siguientes valores: en la supervisión, alfa = .94; en el ambiente físico arroja un alfa = .86; prestaciones el valor de alfa = .76; satisfacción intrínseca obtiene un alfa = .88; participación alfa = .80. La fiabilidad para la escala general de satisfacción es muy alta al arrojar un alfa = .95. De ahí que podamos afirmar que el nivel de consistencia interna del cuestionario, para nuestra muestra, es muy alto, coincidiendo con los obtenidos por Gil-Monte (1994): en la supervisión alfa = .94; en el ambiente físico, alfa = .86; prestaciones el valor de alfa = .76; satisfacción intrínseca alfa = .89; participación alfa = .80, para toda la escala un alfa = .96.

A fin de evaluar si en los centros existen diferencias significativas en relación con estas cuestiones, se llevó a cabo un ANOVA para cada una de las sub-escalas. Encontramos diferencias significativas entre los centros, en cada una de las cinco sub-escalas de la satisfacción laboral. Para valorar en detalle entre qué centros se producen estas diferencias significativas efectuamos la prueba de Scheffé cuyos resultados están recogidos en las Tablas VII y VIII, respectivamente. El gráfico IV muestra el perfil por centros, de la satisfacción laboral y sus diferentes factores.

Nuestros resultados nos indican que la actitud hacia el trabajo del personal de los centros mediano y pequeño (1 y 3) es positiva alcanzando el grado de alta. Por el contrario en el centro de tamaño grande (2) la actitud hacia el trabajo, en general, es de indiferencia y algo insatisfactoria.

En lo relativo a las políticas de personal, formación y organización, así como del perfil socio-demográfico de los trabajadores, nuestros resultados señalan que en los centros, en general, no se propicia la formación inicial, ni el reciclaje profesional. En cuanto al perfil socio-demográfico de los trabajadores/as se caracteriza por mayor porcentaje de mujeres, con una edad media de 33 años.

Por otra parte, en las entrevistas realizadas a las familias, los trabajadores y mandos se expresa que las claves de la calidad, en este contexto, son la calidez humana y el apoyo humano. Calidez y apoyo humano basados en las relaciones de confianza mutua y apoyo entre usuarios y personal de los centros; entre las familias y los profesionales; entre los trabajadores; entre los empleados y los responsables o jefes de los servicios.

5. conclusiones finales ■ ■ ■

A la luz de la investigación realizada sobre la calidad integrada en los Centros de Atención a Personas con Discapacidad (CAMPS), evaluados cuyos resultados más relevantes hemos presentado, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. **Los resultados de nuestro estudio nos indican la existencia de relaciones entre la calidad de vida, calidad de servicio y calidad de**

vida laboral. El análisis e interpretación de la información nos muestra la existencia de relaciones entre los tres constructos: calidad de vida, calidad del servicio y calidad de vida laboral, en el sentido de que, aquellos centros que han obtenido resultados más altos en la calidad de vida, también los han tenido en la calidad del servicio y en la calidad de vida laboral. Como consecuencia, proponemos que las evaluaciones que se realicen sobre calidad de los centros a personas con discapacidad, así como las que se llevan a cabo en las organizaciones de los Servicios Sociales tengan un enfoque integrado, es decir incorporen el análisis de estos tres constructos. Para tal fin en cada contexto se han de determinar los indicadores de evaluación que resulten más idóneos.

2. **Los resultados de nuestro estudio indican que los centros de tamaño medio y pequeño obtienen mayor grado de calidad integrada que los centros grandes.** Tal como se ha ido exponiendo, en cada una de las tres calidades evaluadas: calidad de vida, calidad de servicio y calidad de vida laboral, se evidencia que los centros de tamaño medio y pequeño alcanzan niveles más elevados tanto en las mejoras de las capacidades de los usuarios, como en la calidad de servicio, como en la calidad de vida laboral de los trabajadores. Como consecuencia, para estos contextos de atención a las personas con discapacidad, conviene diseñar centros de tamaño pequeño o mediano, descartándose los de tamaño grande.

Para terminar, señalar que los resultados obtenidos nos indican los niveles de calidad integrada existentes en los tres centros estudiados, por lo que, obviamente, no se pueden generalizar a otros centros. Al mismo tiempo, enfatizar que a la luz de la investigación realizada, tanto en el diseño de planificación, como en la implantación y evaluación de los Servicios Sociales, sería conveniente seguir impulsando el enfoque integrado de la calidad para avanzar hacia la utopía del desarrollo humano propiciando la calidez y el apoyo social.

- Barranco, C. (2002). *La Calidad percibida en Centros de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica de Tenerife. Un enfoque integrado de la Calidad de Vida, Calidad de Servicio y Calidad de Vida Laboral*. Tenerife: Cabildo de Tenerife.
- Blanco, A. y Chacón, F. (1985). *La evaluación de la calidad de vida*. En J.F. Morales, J.F.; Blanco, A.; Huici, C. y Fernández, J.M. (Eds.), *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Morata.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de Investigación Social: Los Indicadores Sociales y Psicosociales*. Barcelona: PPU.
- Caplan, R.D.; Cobb, S.; French, J.R.P.; Van Harrison, R. y Pinneau, S.R. (1975). *Job demands and worker health*. En Gil-Monte, P (1994). El síndrome de Burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. La Laguna: Tesis Doctoral: Universidad de La Laguna.
- Comunidad de Madrid (1999). *Cuadro de indicadores de Calidad de la Comunidad de Madrid. Medir para mejorar*. Madrid.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is Free*. Nueva York: MacGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (1981). *Introducción a la teoría general de la administración*. Colombia: MacGrawhill.
- De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid.
- Deming, E.W. (1981). *Management and Statistical Techniques for Quality and Productivity*. New York. New York University (School Business).
- FEAPS (2001). *Manuales de Buena Práctica*. Madrid: FEAPS (Versión 1.0 en CD- ROM).
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención Psicosocial*, 1, Vol.6, 21-35.
- Garau, J. (2002). *Guía para la implantación de la norma ONG calidad*. Barcelona: INTRESS y MTAS.
- Gil-Monte, P.R. (1994). *Síndrome de Burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
- González, P.; Peiró, J.M. y Bravo, M.J. (1996). Calidad de Vida Laboral. En Peiró, J.M. y Prieto, F. *Tratado de Psicología del Trabajo*. Volumen II: Aspectos Psicosociales del trabajo, Madrid: Síntesis Psicología.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: Díaz Santos.
- Hernández, B. y Valera, S. (2001). *Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial*. Santa Cruz de Tenerife: Resma.
- Horowitz, J. (1992). *La calidad del servicio*. McGraw Hill: Madrid.
- INSERSO. (1990). *Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos Gravemente Afectados*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Ishikawa, K. (1985). *What Is Total Quality Control?*
- The Japanese Way*. En Grönroos, C. (1994): *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: Díaz Santos.
- Juran, J.M. (1982). *Upper Management and Quality*. Nueva York: Juran Institute.
- Kats, F.E. y Rosenzweig, J.E. (1988). *Administración en las organizaciones*. México: Trillas.
- Kotler, P. y Bloom, P.N. (1984). *Marketing Professional Services*. London, George Allen and Unwin.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México D. F.: El Manual Moderno.
- López, J. y Gadea, A. (1991). *El control de gestión en la Administración Local*. Barcelona: Gestión 2000.
- Medina, M.E. (1996). Evaluación de la calidad asistencial en servicios sociales. *Intervención psicosocial*, 23-42.
- Meliá, J.L. y Peiró, J.M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales. el cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologema*, 3-5, 59-74
- Ministerio de Educación y Ciencia (2001). *El Modelo Europeo de Gestión de Calidad*. [Madrid, abril] <http://www.mec.es/calidad/materiales/htm>.
- Peiró, J.M. y González, V. (1993): *Círculos de Calidad*. Madrid: Eudema.
- Porcel, M.A. (1997). La calidad Total en el Trabajo Social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 37, 71-81.
- Schalock, R. L.; Keith, K.D.; Hoffman, K. y Karan, O.V. (1991). Calidad de vida: su medición y uso. *Siglo Cero*, 136, 58-63.
- Schalock, R. (2001). Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. En M.A. Verdugo y F. Jordán de Urries: *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. IV Jornadas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Shalock, R. (2003). Medida de los resultados y gestión de los resultados: el papel de la evaluación basada en los resultados. En M.A. Verdugo y F. Jordán de Urries: *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. IV Jornadas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Turcotte, P.R. (1986). *Calidad de vida en el trabajo: antiestrés y creatividad*. México: Trillas.
- Universidad de Alicante (2001). *El Modelo Europeo de Gestión de Calidad*. [Valencia abril] <http://www.ua.es/oia/legisla/guiagestioncalidad.htm>.
- Verdugo, M.A. (1996). La discapacidad en el siglo XXI. Calidad de Servicio y calidad de vida. En IMSERSO (comp.): *La discapacidad en el siglo XXI: Plan de Acción una propuesta de futuro*. Madrid: IMSERSO.
- Van Gigch, H. P. (1990). *Teoría General de Sistemas*. México: Trillas.
- Zeithaml, V.; Parasuraman, A. y Berry, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Madrid; Ediciones Díaz Santos (Orig. 1990).