

Eduardo Alberto Leché Martín

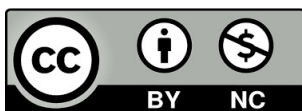
El bienestar individual, familiar y colectivo: acceso y uso de recursos socio- sanitarios

Director/es

Gil Lacruz, Marta

Gil Lacruz, Ana Isabel

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

EL BIENESTAR INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COLECTIVO: ACCESO Y USO DE RECURSOS SOCIO- SANITARIOS

Autor

Eduardo Alberto

Director/es

Gil Lacruz, Marta
Gil Lacruz, Ana Isabel

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Sociología de las Políticas Públicas y
Sociales

2023



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

El bienestar individual, familiar y colectivo: acceso y uso de recursos socio-sanitarios

Autor

D. Eduardo Alberto Leché Martín

Directoras

Dra. Dña. Ana Isabel Gil-Lacruz

Dra. Dña. Marta Gil-Lacruz

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Departamento de Psicología y Sociología
Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales
Junio, 2023

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Departamento de Psicología y Sociología
Doctorado en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

El bienestar individual, familiar y colectivo: acceso y uso de recursos socio-sanitarios

Autor

D. Eduardo Alberto Leché Martín

Directoras

Dra. Dña. Ana Isabel Gil-Lacruz
Dra. Dña. Marta Gil-Lacruz

JUNIO, 2023

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis doctoral, fruto de años de esfuerzos y sacrificios, no hubiera sido posible sin la ayuda, la orientación y el apoyo de mi familia, amigos, compañeros de trabajo y profesores, que me han acompañado a lo largo de este proceso de aprendizaje. Este logro también es vuestro.

En primer lugar, quiero expresar el agradecimiento, respeto y admiración que siento por Marta Gil Lacruz y Ana Isabel Gil Lacruz, directoras de este largo y, en ocasiones, complejo proyecto. Esta tesis no hubiese sido posible sin el “sí, quiero”, con el que empezamos esta andadura.

No encuentro palabras suficientes para expresar su entrega, enseñanza, paciencia, disponibilidad y el apoyo que me han ofrecido durante todos estos años. Gracias, sobre todo, por esa actitud siempre generosa. Gracias Marta por ese “músculo cerebral” tan desarrollado y Ana por esa infatigable sonrisa.

En mi retorno a “La Academia”, con los miedos y temores normales tras 25 años de haber finalizado los estudios universitarios, tuve la suerte de encontrar un profesorado sensible, abierto, experimentado y, sobre todo, cercano. Generaron en mi la necesidad de formarme como investigador, a fin de favorecer la transferencia de conocimientos adquiridos como profesional de los Servicios Sociales. Ante el riesgo de olvidarme nombrar a alguien, quiero dar las gracias a todos los profesores del Master de Sociología y Políticas Públicas de la Universidad de Zaragoza, con los que pude compartir espacios, inquietudes y experiencias a lo largo de dos años.

Doy las gracias a mis amigos, por su afecto, sus sonrisas, por compartir aficiones y momentos de desconexión. Principalmente por estar a mi lado a lo largo del tiempo, independientemente de la distancia o frecuencia con la que nos vemos. Habéis logrado que este camino sea más llevadero.

A todos mis compañeros del Centro Municipal de Servicios Sociales Oliver-Valdefierro-Miralbueno “OMVALAB” por todos los años compartidos de trabajo y amistad. El día a día de un centro municipal de estas características es duro, así que esos consejos, ánimos y pizcas de buen humor motivan que sea mayor mi agradecimiento.

A mi madre, Elena, madre orgullosa testigo de mis progresos. Siento darte ahora, a mi edad, las alegrías académicas que debí haberte dado de joven. Gracias por tu confianza, por haber sido un ejemplo de sencillez y esfuerzo constante. Soy quien soy gracias a los valores y educación que me transmitisteis desde pequeño.

A mis hermanos, Mila, Mónica y Omar por creer en mí, por transmitirme la alegría que sentís ante mis logros personales, que también son vuestros, y por todo el cariño y apoyo incondicional que me habéis ofrecido a lo largo del camino.

A mi fiel compañera de aventuras, Jenny, gracias por animarme a cumplir mis ilusiones y propósitos, por escucharme, por la complicidad que compartimos, por facilitarme la conciliación que ha hecho posible que hoy presente esta tesis doctoral y, sobre todo, por los años que nos quedan juntos. Gracias por estar siempre a mi lado, pues sin tí mi vida sería otra.

Por último, pero en primer lugar, a mis hijos Rodrigo y Alejandro. Veros crecer, participar de vuestros momentos, sentirme como ejemplo a seguir o, a día de hoy, compartir experiencias universitarias, me ha dado fuerzas para continuar con este esfuerzo personal y familiar. Perdonar por todo el tiempo que os he robado de juegos y miradas.

Para finalizar, esta tesis se la quiero dedicar a mi padre, Eduardo, quien me inculcó los valores del aprendizaje continuo, el esfuerzo, la constancia y el sacrificio. Una persona admirable, íntegra, de actitud valiente y emprendedora. Gracias por ser un modelo a seguir. Estoy seguro de que, desde allí, donde te encuentras observándonos y cuidándonos, te sientes un padre orgulloso de los logros de tu hijo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	15
Capítulo 1. SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS DEPENDIENTES: ESTUDIO DE UN VECINDARIO URBANO	41
1.1. INTRODUCCIÓN	41
1.2. UN NUEVO PARADIGMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: LA PERSONA EN EL CENTRO DE LA INTERVENCIÓN	43
1.3. LEY DE DEPENDENCIA: IMPLEMENTACIÓN Y BARRERAS	44
1.4. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN LA LEY DE DEPENDENCIA.....	45
1.4.1. Marco legislativo	45
1.4.2. Estándares de calidad: la satisfacción del usuario	48
1.5. METODOLOGÍA	51
1.5.1. Contexto sociodemográfico	51
1.5.2. Elaboración del instrumento de evaluación y estrategia de análisis	52
1.6. RESULTADOS	55
1.6.1. Estadísticos descriptivos	55
1.6.2. Nivel de atención y apoyo recibido	57
1.6.3. Discrepancia entre los servicios ofertados y prestados	60
1.6.4. Cumplimiento de expectativas personales	60
1.6.5. Percepción general del servicio por parte de los beneficiarios	61
1.7. DISCUSIÓN	62
1.8. CONCLUSIONES	64
1.9. REFERENCIAS	65
ANEXO 1.1. Entrevista de calidad: SAD dependencia	72
Capítulo 2. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES: DIMENSIONES DE CALIDAD Y VARIABLES ASOCIADAS	75
2.1. INTRODUCCIÓN	75
2.2. EL SERVICIO RESIDENCIAL COMO RESPUESTA DE ATENCIÓN DE CUIDADOS	78

2.3. CRITERIOS DE CALIDAD DEL SERVICIO RESIDENCIAL	81
2.3.1. Antecedentes de su formación	81
2.3.2. La calidad como eje transversal de las políticas públicas	83
2.3.3. Los servicios residenciales: un entorno de calidad y calidez	84
2.4. METODOLOGÍA	87
2.4.1. Elección de la muestra	87
2.4.2. Elección del instrumento	87
2.5. RESULTADOS	88
2.5.1. Resultados descriptivos	88
2.5.1.1. Características sociodemográficas	88
2.5.1.2. Instalaciones	90
2.5.1.3. Servicios	91
2.5.1.4. Participación y relaciones en la residencia	93
2.5.2. Resultados inferenciales	94
2.5.2.1. Características sociodemográficas	96
2.5.2.2. Instalaciones	98
2.5.2.3. Servicios	109
2.5.2.4. Participación y relaciones en la residencia	121
2.5.3. Síntesis estadística de los principales resultados	127
2.6. DISCUSIÓN	130
2.6.1. Características sociodemográficas	130
2.6.2. Instalaciones	131
2.6.3. Servicios	133
2.6.4. Participación y relaciones en la residencia	136
2.7. CONCLUSIONES	139
2.8. REFERENCIAS	141
Capítulo 3. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES: LA FAMILIA COMO AGENTE SOCIAL	145
3.1. AGENDA 2030 Y DESARROLLO SOSTENIBLE	145
3.1.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible	146
3.1.2. No dejar a nadie atrás	147
3.1.3. Pacto Mundial de Naciones Unidas	147
3.1.4. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible: Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030	148

3.2. LA RESPONSABILIDAD CORPORATIVA Y LAS EMPRESAS SALUDABLES	149
3.2.1. La Responsabilidad Social Corporativa	149
3.2.2. La Promoción de la Salud en el Trabajo. Las Empresas Saludables ..	150
3.3. LAS PERSONAS MAYORES Y LOS ODS	152
3.4. TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN	154
3.4.1. Participación en Servicios Sociales: Aragón	154
3.4.2. Sistemas de Gestión de Calidad: UNE en ISO 158001	155
3.5. METODOLOGÍA	159
3.5.1. Elección de la muestra	159
3.5.2. Elección del instrumento	160
3.6. RESULTADOS	162
3.6.1. Resultados descriptivos	162
3.6.1.1. Características sociodemográficas	162
3.6.1.2. Visitas a los familiares residentes	163
3.6.1.3. Satisfacción con los servicios que oferta la residencia	163
3.6.1.4. Relación entre el personal de la residencia y los familiares ..	164
3.6.1.5. Participación en la vida de la residencia	165
3.6.1.6. Valoración general de la residencia	165
3.6.2. Resultados inferenciales	165
3.6.2.1. Correlaciones con la valoración de la residencia por parte de las familias	168
3.6.2.2. Correlaciones con la recomendación de la residencia	169
3.6.2.3. Regresión de la valoración de la residencia	170
3.6.2.4. ANOVA de la recomendación de la residencia	172
3.7. DISCUSIÓN	174
3.8. CONCLUSIONES	176
3.9. REFERENCIAS	177
CONCLUSIONES GENERALES	185

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

CAPÍTULO 1

Tabla 1.1.	Beneficiarios según características socio-demográficas	56
Tabla 1.2.	Beneficiarios por grado dependencia según núcleo convivencial y cuidador	57
Tabla 1.3.	Descriptivos relativos a la atención doméstica y de dependencia	59
Figura 1.1.	Desarrollo del marco legislativo	47
Figura 1.2.	Proceso de selección de las unidades de muestreo	53
Gráfico 1.1.	Distribución de la muestra entrevistada según parentesco con la persona dependiente	54
Gráfico 1.2.	Promedio de tareas de atención doméstica o personal realizadas según grado de dependencia	58
Gráfico 1.3.	Aplicación del Principio de Pareto	62

CAPÍTULO 2

Tabla 2.1.	Evolución anual de la concesión de prestaciones de dependencia en España y porcentaje de servicios de atención externa en relación a las prestaciones totales anuales	80
Tabla 2.2.	Indicadores UNE para gestión de centros residenciales	86
Tabla 2.3.	Relación entre los bloques del cuestionario y los indicadores de calidad de la norma UNE 158000	88
Tabla 2.4.	Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) por edad y sexo	89
Tabla 2.5.	Número de correlaciones estadísticamente significativa en función de las variables	94
Tabla 2.6.	Estimación de la valoración centro residenciales	128
Tabla 2.7.	Correlaciones entre valores de satisfacción	130

CAPÍTULO 3

Tabla 3.1.	ODS que conciernen a personas mayores	152
Tabla 3.2.	Indicadores UNE 158101 para gestión de centros residenciales y centros de día y/o noche	157

Tabla 3.3.	Clasificación de indicadores relacionados con la satisfacción familiar ..	161
Tabla 3.4.	Número de correlaciones estadísticamente significativas en función de las variables sociodemográficas y de satisfacción residencial	166
Tabla 3.5.	Predictor: Valoración de la residencia	171
Tabla 3.6.	ANOVA de recomendación de la residencia	173
Gráfico 3.1.	Importancia del predictor. Objetivo: Cómo valora la residencia	171

*“Lo que me llevará al final serán mis pasos,
no el camino...”*

Adolfo Cabrales Mato

INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral se enmarca en el Programa de Doctorado en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Universidad de Zaragoza, dentro de la línea de investigación Gestión y Evaluación de Políticas Públicas. Para ello, desde una perspectiva multidisciplinar y sistémica, se ha evaluado la praxis de las políticas públicas y sociales y la calidad de diferentes recursos dirigidos al colectivo de las personas mayores y dependientes.

El estudio pretende aportar un avance científico en el ámbito de lo social sirviéndose de la innovación en el desarrollo y de la aplicación de herramientas propias para el conocimiento del grado de satisfacción de los mayores y sus familiares respecto a los servicios que se les prestan. En concreto, se centra en identificar las variables que influyen en la satisfacción de las personas mayores, y sus familiares, que, debido a su dependencia, edad o patologías asociadas requieren de apoyos constantes.

Esta asistencia personalizada se observa desde dos ámbitos diferentes: a) el propio hogar y la necesidad de recibir ayuda para realizar las llamadas *actividades instrumentales de la vida diaria* (AIVD) o *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD), y b) personas ingresadas en un centro residencial que precisan de acompañamiento personal en forma de ayuda profesional vinculada a aspectos como lo relacional, la atención, la participación, los equipamientos y las instalaciones.

En este sentido, el estudio plantea dos objetivos clave: a) la valoración de los indicadores que influyen en el bienestar, y b) conocer hasta qué punto los servicios sociales, públicos o privados, dan respuesta al colectivo de personas de la tercera y cuarta edad.

Además, asume el desafío de la Administración Pública en mantener los estándares de excelencia requeridos desde la implementación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (llamada Ley de Dependencia).

La respuesta a este reto ha supuesto considerar el entorno cercano a la persona, es decir, su domicilio habitual, sea vivienda particular o un entorno residencial, donde decide pasar sus últimos años de vida. Este modelo ecológico y comunitario permite obtener una visión amplia de la persona en relación e interacción con el territorio donde reside, así como de sus dinámicas y redes de apoyo más cercanas.

Dada la heterogeneidad del colectivo de personas mayores o dependientes, el estudio ha precisado de la aplicación de un enfoque basado en diferentes ejes de diversificación. Por esta razón, se han personalizado entrevistas y encuestas según el grupo de población al que se dirigen, la tipología de servicio o el lugar donde residen. Estos ejes se especifican en:

- Metodología cualitativa (preguntas abiertas) / metodología cuantitativa (test): las preguntas cerradas han permitido la codificación de los datos y su posterior tratamiento estadístico en el análisis de frecuencias de comportamientos y perfiles. Las preguntas abiertas han recogido las aportaciones literales del entrevistado, y, por tanto, implican un acercamiento testimonial a las percepciones y vivencias de los colectivos estudiados.
- Cuestionario de elaboración propia / cuestionario adaptado: se utilizó una entrevista personal y una encuesta de elaboración propia, en la primera parte del estudio. Posteriormente se trabajó con un cuestionario diseñado por los servicios sociales de la comarca Alto Gállego que fue validado según el sistema de jueces externos por el equipo multidisciplinar del Grupo de Referencia de Investigación de la Universidad de Zaragoza y Gobierno de Aragón: Bienestar y Capital Social.
- Servicio estatal / servicio privado: las diferentes muestras fueron seleccionadas de un recurso estatal, prestado por un centro municipal de servicios sociales (CMSS) de Zaragoza, y de uno privado, la Residencia Vitalia Alto Gállego, en Sabiñánigo.
- Ámbito urbano / ámbito rural: la percepción del beneficiario de los recursos prestados en el domicilio particular fue estudiada en un barrio de

Zaragoza, mientras que para la atención residencial se optó por un entorno rural, la localidad de Sabiñánigo.

- Domicilio propio (vivienda) / domicilio colectivo (residencia): la satisfacción con el apoyo recibido se analizó, en primer lugar, en su propio hogar. El segundo y tercer capítulo de la tesis se basan en un entorno residencial, donde se disponen de espacios privados (dormitorio) y comunes (sala de televisión, comedor, etcétera).
- Persona beneficiaria directa / familiar del beneficiario: en ambos recursos fue prioritario conocer la opinión del beneficiario directo. El último capítulo se centra en una mirada más amplia que incluye el punto de vista del familiar.

En su estructura, la tesis se articula en torno a tres capítulos independientes que se van exponiendo según un análisis inductivo, y finaliza con un último apartado que aporta las conclusiones más importantes y sugiere las posibles futuras líneas de intervención.

La vocación de quien ha realizado este trabajo es fomentar la reflexión crítica y la investigación académica sobre un tema en el que tanto agentes sociales públicos como privados comparten una responsabilidad intransferible: la calidad de la asistencia a las personas mayores. Con este fin, se analizan las variables más influyentes, como las sociodemográficas, la salud y la dependencia, la legislación actual en el marco de los sistemas de gestión y la prestación de servicios.

Además, se prioriza un enfoque sobre la atención facilitada a la persona, por lo que el grado de satisfacción con los recursos prestados, tanto del usuario como de su familiar directo o cuidador informal, constituyen el nexo de unión a lo largo del estudio.

I. MOTIVACIÓN PERSONAL

Durante estos 30 años que llevo ejerciendo la profesión de trabajador social, he podido constatar la gran necesidad de atender a las personas con *calidez y calidad*. La importancia de este buen trato requiere mejorar de forma constante nuestras

habilidades sociales y personales y las competencias profesionales. Entre estas competencias, destaca la relevancia de la formación permanente en técnicas de observación y análisis de la realidad social. La sutil diferencia entre evaluación e investigación, requiere de instrumentos y herramientas metodológicas que sustenten la valoración interna del servicio y la autoevaluación del trabajo social, para nuestro mejora y progreso constante como campo de intervención social.

Como trabajador social, también he podido comprobar que la combinación inseparable de praxis y de investigación constituyen uno de los pilares de nuestro desempeño profesional, y la recogida y registro metódico de información con cada caso atendido, la base investigativa que mejorará la praxis. Un ejemplo son los planes individualizados, que prescriben una intervención posterior, proporcionan abundante información para analizar y evaluar y mejoran el conocimiento de que se dispone sobre la población más vulnerable. He de señalar aquí que la escasez de publicaciones sobre esta temática está haciendo que se pierda, en mayor o menor medida, ese conocimiento adquirido durante el desempeño profesional.

El seguimiento de la atención de las personas con dependencia fue lo que me llevo a regresar a la Universidad de Zaragoza en el año 2016 para cursar el Máster Universitario en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales, con el fin de mejorar mi aptitud y cualificación profesionales. Los contenidos docentes de la titulación favorecen una orientación multidisciplinar del currículo y suponen un gran potencial para la sensibilización sobre los asuntos que afectan al mayor desde nuestro punto de vista profesional, la dependencia y la discapacidad.

Entre esos contenidos, asignaturas como: “Metodología” y “Evaluación de la eficiencia y la calidad en las políticas públicas” me permitieron profundizar en las técnicas de investigación y en el uso de las herramientas de gestión, útiles para someter a análisis las estructuras y los procesos sociales. Otra asignatura, “Sociología de las organizaciones e instituciones públicas: responsabilidad social y rendición de cuentas”, me ha dado a conocer las organizaciones como hechos complejos determinados por diferentes variables y fenómenos, en las que deben primar factores como la transparencia y la transferencia de conocimiento.

Querría destacar la asignatura “Determinantes sociales de la salud y sus políticas públicas”, porque ofrece una perspectiva socioeconómica de las políticas de salud y sus determinantes sociales, lo que hace que el *sistema de bienestar* se pueda entender como un instrumento corrector de desigualdades de partida —sobre las que hay que intervenir, priorizando el principio de equidad y la participación del ciudadano—. La asignatura pone énfasis en los elementos que posibilitan o limitan las políticas públicas y contribuye a identificar problemas sociales, retos y logros a fin de evaluar las consecuencias de dichas políticas. Y estas dificultades y retos son el punto de partida de la presente tesis.

Posteriormente, y gracias al *feed back* proporcionado por las profesoras de la asignatura “Determinantes sociales de la salud y sus políticas públicas” —actualmente mis directoras en este proyecto—, nos planteamos ampliar el campo de investigación iniciado en el máster. Desde ese momento, el objetivo que nos propusimos fue dar respuesta a cuestiones abiertas como el impacto de la crisis económica en la salud, o la valoración que hacen los ciudadanos de los servicios sociosanitarios. La presente tesis es el resultado de este proceso de aprendizaje.

Los profesionales de la acción social tenemos una responsabilidad especial en el seguimiento de nuestros usuarios y la calidad con la que se les atiende. El análisis y evaluación de los servicios públicos y privados debería ser una línea de investigación prioritaria para mejorar el bienestar de sus beneficiarios, puesto que sus resultados contribuyen al diseño de instrumentos y entornos investigativos que mejoran los recursos prestados. De algunas de estas cuestiones se hace eco la presente tesis doctoral en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales.

II. JUSTIFICACIÓN

Los datos sociodemográficos de principios del siglo XXI muestran un rápido desarrollo del envejecimiento debido a una mayor esperanza de vida, a las mejoras en la salud pública y al descenso de la natalidad (González y San Miguel, 2001). En el año 2019, el porcentaje de personas mayores de 65 años en la Unión Europea era del 20% (Pérez et al., 2020). Además, la tendencia apunta a un incremento del

envejecimiento demográfico, pasando en España este grupo etario del 19% al 35% en el año 2066 según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018).

En abril de 2023 en España, 1.341.191 personas disfrutaban de la asistencia prestada gracias a la reglamentación de la atención a la dependencia, tanto en servicios domiciliarios como en centros residenciales. Un 72,72% tenía 65 años o más, con un deterioro progresivo o patologías asociadas a la edad.

La mayor longevidad de las personas y la imposibilidad por parte de las familias de asumir sus cuidados obliga a las instituciones a priorizar la urgencia de incorporar esta atención en las agendas públicas. Esta situación exige de una mayor inversión y responsabilidad pública y privada en cuanto a la provisión de recursos tanto domiciliarios como residenciales (en España, en 2019, solo entre el 4% y el 6% de los adultos de 70 o más años convivía con su familia [Tarazona-Santabalbina et al., 2020]).

Estas cifras anticipan un volumen considerable de personas que necesitarán a corto o medio plazo servicios de apoyo personalizado en su entorno habitual, sea su propio domicilio, sea en el centro residencial que hayan convertido en su hogar.

El envejecimiento conlleva una mayor responsabilidad de intervención por parte de la Administración pública y las entidades o empresas dedicadas a la atención integral de nuestros mayores. De manera complementaria también es preciso implementar políticas sociales que apoyen a las familias prestadoras de cuidados informales con un enfoque integral (Moreno, 2012). Estos retos suponen estar al tanto de los colectivos y las necesidades y aplicar medidas efectivas que garanticen la participación de todas las partes interesadas.

El problema se agrava aún más desde la reciente pandemia sufrida y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que han padecido las personas mayores (Blanco-Tarrio y Blanco, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020). Este colectivo ha vivido una doble pandemia, la sanitaria, por la enfermedad, y la social, causada por la soledad.

La magnitud de este impacto se ha puesto de manifiesto en los propios domicilios, donde los centros municipales de servicios sociales (CMSS) y las organizaciones no gubernamentales (ONG), a través de su voluntariado, han redoblado esfuerzos ante las limitaciones de los cuidadores para prestar el acompañamiento y la atención habitual.

El doble confinamiento se ha sentido también en los centros residenciales, donde las personas mayores han permanecido alejadas del mundo exterior y recluidas en su propio dormitorio, produciéndose situaciones de deterioro cognitivo, físico y soledad emocional (Blanco-Tarrio y Blanco, 2020; Pinazo-Hernandis, 2020; Plagg et al., 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Este panorama deja al descubierto muchos problemas sociales y deficiencias en cuanto al cuidado de las personas mayores que ya se venían manifestando desde hace años.

En muchos países, el virus ha golpeado con especial dureza en servicios vinculados al sector de los mayores, donde se ha concentrado una gran proporción de los fallecimientos (Hernández y Pereira-Puga, 2021), suponiendo, además, un retroceso en cuanto a las inversiones realizadas en proyectos y normativas nacionales (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021). Urge una respuesta consensuada por parte de la comunidad internacional.

Dicha comunidad se ha pronunciado en relación a estos temas mostrando su preocupación por las personas vulnerables. Este proceso de sensibilización presenta un antecedente importante en la primera reunión internacional para afrontar situaciones como la pobreza extrema, la igualdad entre géneros o la educación y el desarrollo que se celebró en el año 2000 y marcó un hito. Los 189 países miembros de las Naciones Unidas reunidos acordaron en aquel entonces conseguir para el año 2015 ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), luego ampliados con la Agenda 2030, con la que se pretende alcanzar un futuro sostenible para toda la humanidad mediante objetivos y metas universales.

La Agenda 2030 enmarca los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Consejo Ministros de España, 2018; Naciones Unidas, 2019, 2020; Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas, 2017), queriendo reflejar un cambio hacia la

inclusividad (Balderrama y Valerio, 2020), prioridades estrechamente ligadas a la integración de las personas mayores y las personas con discapacidad.

Dentro de este plan de acción a favor de las personas y el planeta, y vinculadas a estos objetivos mundiales, surgen nuevas políticas sociales dirigidas a garantizar los derechos sociales de la ciudadanía y unos servicios de calidad y a promocionar el compromiso social de las empresas, la Administración pública y el resto de organizaciones.

Se trata de un nuevo paradigma internacional que apuesta por avanzar hacia un futuro ligado a principios esenciales como la sostenibilidad, la justicia social, los derechos humanos, la inclusividad y la resiliencia (Martín, 2018).

En esta línea de pensamiento, en España se aprobó la Ley de Dependencia, que consagra un nuevo derecho social. Aborda la necesidad y obligación de atender a las personas mayores y a sus familiares mediante la implementación de un conjunto de recursos estructurales, y con prestaciones económicas.

Este marco normativo supuso la actualización de las diferentes leyes de servicios sociales vigentes con el fin de integrar el reconocimiento y garantía de derechos subjetivos, incorporando un catálogo de servicios esenciales. Esta actualización incluye su posterior desarrollo reglamentario, y, además, como requisito esencial desde el punto de vista profesional, refleja la obligatoriedad de disponer de una acreditación oficial para la prestación de servicios, tanto en centros públicos como privados.

La nueva legislación refleja el derecho a recibir una atención de calidad (Decreto 66/2016, Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios sociales de Aragón, artículo 7), a un itinerario personal individualizado con aplicación de instrumentos y protocolos, a una asistencia integral y, en el caso de centros residenciales, a mantener la relación con su familia (Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón, artículos 7 y 8).

La demanda y prescripción de estos apoyos se incrementó exponencialmente en un contexto de recursos escasos y de cuestionamiento del llamado Estado del

bienestar. Este desarrollo ascendente se vería truncado por la crisis financiera y económica de 2008, con consecuencias más negativas en los países del Sur que en otros entornos europeos. El contexto político obligaba a los gobiernos de los países con modelos de *bienestar mediterráneo* —como es el caso de España— a conciliar las medidas de protección social con las denominadas “políticas de austeridad” (González y Segales, 2014; Guillén et al., 2016), que redujeron el gasto público (Addabbo et al., 2013; Carcedo et al., 2016) y priorizaron los objetivos económicos frente a los sociales (Ferreira, 2019). En España, a nivel autonómico, esta contradicción se reflejaría en la implementación con carencias de inversión de la Ley de Dependencia.

Aun cuando la legislación actual garantiza unos derechos reconocidos, según informa el XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia, la tónica general ha sido la reducción de prestaciones y servicios hasta el punto de que nueve comunidades autónomas acabaron el año 2020 con menos beneficiarios que a su inicio. Es por ello necesario garantizar estos apoyos a las familias conforme a unos estándares de calidad comunes, uno de los grandes fines de la agenda política actual.

Por tanto y pese a los avances logrados en materia de apoyo a las personas mayores y la mejora de los servicios prestados, principalmente desde las leyes de servicios sociales aprobadas desde el año 2006, aún queda un largo camino por recorrer. Las conquistas sociales en esta materia no deben darse por consolidadas.

A esta preocupación se suma el hecho de que las Administraciones públicas, organizaciones y empresas comienzan a integrar de manera voluntaria, en sus políticas y planificación estratégica, una serie de principios directivos que tienen que ver con una mayor concienciación de su papel agente en la solución de los problemas sociales, el cuidado de las personas y del entorno, la ética profesional, el respeto a los derechos humanos y las inquietudes de los consumidores. Se definiría así la llamada responsabilidad social de las empresas (Comisión Europea, 2011), que ha dado lugar a una nueva respuesta institucional frente a los actuales interrogantes económicos y del medioambiente y a las consecuencias subyacentes a los actuales cambios sociales (McDonough y Braungart, 2002). La responsabilidad social

presenta dos caras de una misma moneda: el compromiso con el bienestar del capital social de la organización (responsabilidad social interna) y con el entorno en el que se desarrolla (responsabilidad social externa).

En este sentido, una de las aportaciones más interesantes de este nuevo paradigma se refleja en la legislación nacional y autonómica. En ambos niveles institucionales se está haciendo un esfuerzo dirigido al cumplimiento de los requisitos consensuados en la esfera internacional para desarrollar un correcto sistema de gestión. Este es el caso de las recomendaciones emanadas de la International Organization for Standardization (ISO), que buscan la mejora continua de los procesos productivos, de sus instrumentos de seguimiento y de los métodos de autoevaluación.

La Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) tiene desde 1986, entre sus funciones, el desarrollo de las normas ISO (AENOR, 2007), redactando en 2008 la primera serie de normas UNE (Una Norma Española) para la correcta implementación de la legislación internacional. Esta norma determina protocolos de actuación, indicadores de gestión, directrices y propone los requisitos mínimos que las entidades (independientemente de su titularidad) deben cumplir en la gestión de recursos sociales para garantizar su calidad (Mira et al., 2019).

En este contexto nacería la norma UNE 158000 para la promoción de la autonomía personal, y más concretamente la UNE 158301-2015: “Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de ayuda a domicilio”, y la UNE 158101-2015: “Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales de día o centro de noche integrado”, cuyas variables e indicadores se han sometido a análisis en la presente tesis doctoral.

Desde la progresiva implantación de estas leyes y normas, constituye un objetivo de las políticas públicas el garantizar la gestión eficiente de servicios y su prestación con la promoción de estándares —procesos de seguimiento y mecanismos de evaluación y garantía— para la prestación de los recursos sociales.

Este nuevo paradigma de intervención, donde la calidad y la atención a los mayores van de la mano, apuesta por un modelo centrado en la persona y sus necesidades y obliga a la consideración prioritaria del grado de satisfacción del beneficiario y sus familiares (Martínez Rodríguez, 2015).

Indicadores como las expectativas iniciales, las preferencias, los deseos y el sentimiento individual del bienestar son clave en la explicación de la percepción que los usuarios tienen de los recursos y, además, están vinculados al logro de la máxima excelencia en los procesos de gestión defendidos por estas normas de calidad.

Asimismo, como concluyen Cooke et al. (2018) y Duan et al. (2021) en sus investigaciones, la opinión de las familias y su conformidad respecto a los servicios prestados proporciona información significativa en el diseño e implementación de herramientas y medidas que mejoran el bienestar de sus beneficiarios.

En definitiva, tal y como señalan Martínez y Barrera (2021), los modelos relacionados con la asistencia de calidad deben incluir y medir las relaciones interpersonales, psicosociales y familiares. Esto supone ampliar las variables incluidas en los sistemas de gestión actuales, más vinculadas a aspectos profesionales y relativos a procesos, comunicación interna y motivación de los empleados (Saut et al., 2017).

En esta línea, diferentes estudios concluyen la necesidad de involucrar a la familia en la atención de sus seres queridos (Duan et al., 2021; Finnema et al., 2001; Kellett, 1999; Koren, 2010; Zimmerman et al., 2014) para lograr tanto el bienestar de los mayores como la satisfacción de los familiares. De hecho, cada vez con más voz, las personas mayores y sus familias demandan una intervención desde los gobiernos que dé respuesta a peticiones concretas, como la creación de infraestructuras y el acceso a servicios y prestaciones sociales, garantes de una mejor calidad de vida (Munuera, 2006; 2011; Rodríguez Rodríguez, 2013). En este sentido, la percepción del bienestar es individual y se relaciona directamente con las expectativas previas y experiencias vividas con la atención domiciliaria o la residencial siendo necesario respetar sus preferencias y deseos (Martínez Rodríguez, 2015).

El presente estudio refleja la preferencia de las personas por permanecer en su entorno cercano, en su propio domicilio, o en residencias cercanas a éste o a la de sus familiares. Esta tendencia apunta a que estos procesos de apoyo y acompañamiento con recursos públicos o privados se integrará en un entorno concreto que facilita la interacción psicosocial como elemento clave del bienestar.

Es por ello que diferentes líneas de investigación (Finnema et al., 2001; Kellett, 1999) sugieren un análisis contextualizado, priorizando la información de primera mano que puede proporcionar la opinión de los beneficiarios y de sus familias, observando como el mejor instrumento para ello las encuestas contextuales. Este tipo de estudios, basados en una evaluación multidimensional, han permitido crear indicadores e instrumentos concretos (Duan et al., 2021) que posibilitan la evaluación de las prioridades de las que depende una mayor calidad de vida de las personas mayores en su entorno cercano.

En consonancia con la literatura científica, en esta tesis se ha trabajado con diferentes fuentes de datos a fin de obtener un mayor contraste de resultados. En primer lugar, se ha compilado una base de datos primarios relativos al Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio (SAD) de un barrio urbano, procedentes de un cuestionario de elaboración propia contextualizado en forma de entrevista familiar hecha en el domicilio de los beneficiarios. En segundo lugar, se han analizado datos secundarios correspondientes a un recurso residencial rural. Estos datos han sido interpretados según diferentes modelos teóricos y técnicas de investigación.

III. ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DE LA TESIS DOCTORAL

El desarrollo de la presente tesis integra tres líneas de investigación en las que la calidad de los servicios públicos y el grado de satisfacción de los beneficiarios, adquieren un papel protagonista. En este sentido, los recursos analizados, dada su relevancia, son los que apoyan a las personas mayores en sus domicilios habituales.

A fin de facilitar su posterior publicación, la redacción de los tres capítulos que integran el estudio presenta una estructuración similar al modelo IMRyD

(introducción, metodología, resultados y discusión) propuesto por García del Junco y Castellanos (2007).

El orden de exposición de la tesis se inicia con el análisis del servicio de ayuda a domicilio prestado a personas dependientes, y continúa con el específico de una residencia. Dada la complejidad de este último recurso, la tesis aborda dos procesos analíticos diferenciados en los que se tratan por separado los resultados obtenidos en los beneficiarios directos, en las personas mayores y en los indirectos, es decir, sus familiares.

El primer capítulo se contextualiza en un barrio de la ciudad de Zaragoza, el Oliver, como se denomina, que cuenta con un 13% de población extranjera y una alta tasa de etnia gitana y unidades familiares en situación de vulnerabilidad social que residen en un entorno reducido a una superficie de 1 km².

Tanto las características del entorno como la diversidad socioeconómica o la facilidad de acceso a recursos sociales permiten incluir en la muestra seleccionada para su investigación una gran variedad de tipologías de usuarios y situaciones económicas diferenciadas, de tal forma que los resultados puedan extrapolarse a barrios de características similares (Leché et al., 2019).

Esta primera línea de análisis presenta un objetivo prioritario: observar cómo las características inherentes a un servicio prestado inciden en el grado de satisfacción del beneficiario del Servicio de Ayuda a Domicilio, y, por ende, en su sentimiento de bienestar.

Aunque la Prestación Económica Vinculada a los Cuidados Familiares (PEVCEF) surgió como una medida “excepcional”, actualmente es la más demandada por las familias. No obstante, se observa una tendencia al alza dirigida a solicitar servicios formales de apoyo, dado su coste personal para las familias cuidadoras (Coca Rodríguez, 2019). Esta petición que hacen las familias de ayuda domiciliaria por parte de auxiliares en el propio hogar, probablemente, aumentaría aún más si el servicio tuviera más cobertura, fuera más flexible y estuviera más adaptado a las necesidades reales de sus beneficiarios.

La calidad profesional del servicio fue analizada a partir de la información obtenida de una entrevista personal —de aproximadamente una hora de duración— y con un cuestionario, de elaboración propia, en una muestra de 26 personas. Esta entrevista se desarrolló con todas las personas del barrio Oliver que tenían reconocido un grado de dependencia en el momento del estudio y que disfrutaban de la atención domiciliaria para personas dependientes, recurso público prestado desde el Centro Municipal de Servicios Sociales (CMSS) del barrio Oliver.

La base de datos objeto de análisis se construyó utilizando estos dos instrumentos: a) la entrevista, que integró las preguntas abiertas, y b) el cuestionario de 20 preguntas estandarizadas, que incluía interrogantes sobre la percepción y la satisfacción respecto al servicio e indicadores de rendimiento y medían variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, parentesco con el cuidador, etc.).

El análisis final de los resultados principales se obtuvo con la aplicación del diagrama de Pareto, que mide la calidad del servicio. La síntesis obtenida con esta aplicación permitió identificar el orden de prioridades de las diversas dimensiones susceptibles de valoración por parte de las personas beneficiarias.

Los resultados obtenidos, en consonancia con lo expuesto en la literatura científica (Ariza et al., 2014; Bayona et al., 2018; Contel, 2000; García et al., 2015), muestran cómo la impresión del beneficiario sobre el apoyo institucional recibido se vincula directamente con su bienestar. Esta relación se constata en el estudio gracias al elevado grado de satisfacción con las dimensiones evaluadas del servicio recibido por parte de las personas entrevistadas.

Asimismo, del presente trabajo se infiere una mayor necesidad sentida con relación a la atención en tareas domésticas, como la limpieza y mantenimiento del domicilio, y de conciliación de la vida familiar en los casos de personas dependientes. Los beneficiarios del servicio, con problemas de salud más severos, han manifestado su deseo de mejora en la realización de actividades de carácter personal (higiene, transferencias, compañía, traslados y gestiones).

El segundo y tercer capítulo abordan la opinión sobre las características del servicio residencial tanto por parte del beneficiario como de sus familiares directos.

En esta línea, y en paralelo a los procedimientos para alcanzar la excelencia (guías de buenas prácticas, cartas de servicios, etc.) se encuentran las variables de medición de los logros obtenidos, donde es clave el grado de satisfacción de los usuarios.

El deterioro de las facultades cognitivas y motoras causados por complicaciones de salud y por la edad obliga a las personas a precisar una mayor cantidad de apoyos. Esta mayor atención, en ocasiones, no puede ser cubierta desde el ámbito familiar ni con cuidados informales ni con recursos profesionales. En estos casos, las familias optan, entre otras posibilidades, por utilizar los servicios residenciales, entornos de vivienda habitual para nuestros mayores, que deben cumplir los requisitos de los sistemas de gestión de calidad.

Con el fin de estudiar la valoración y percepción de los usuarios sobre la asistencia recibida en este tipo de recursos, se eligió la Residencia Vitalia Alto Gállego, de Sabiñánigo. Se trata de un recurso privado acreditado por el Gobierno de Aragón para prestar el servicio residencial tanto a personas válidas como dependientes.

Dicho estudio utilizó dos instrumentos, independientes y específicos, dirigidos a residentes o familiares. Ambos cuestionarios fueron sometidos a evaluación, por sistema de jueces externos, y validados por el equipo multidisciplinar Bienestar y Capital Social (Gobierno de Aragón, Universidad de Zaragoza).

Ambos cuestionarios formulan tres tipos de preguntas: dicotómicas, de escala (numéricas y escala Likert) y abiertas, que permiten conocer y analizar datos sociodemográficos y el grado de satisfacción de los residentes y sus familiares.

Basándose en esto, el segundo capítulo de la tesis se plantea cuáles son los factores, organizativos y profesionales, que afectan a la opinión del residente y que permiten mejorar su atención. Así, se define como objetivo de análisis conocer el sentir de los beneficiarios sobre los espacios donde desarrollan su vida, sus relaciones personales y los servicios que tienen a su disposición.

Para ello, se analizaron las correlaciones significativas entre variables tan diferentes como el entorno (barreras arquitectónicas externas, jardín o salas y espacios comunes), la atención recibida, los servicios prestados o los procesos de

participación, resaltando el impacto de estos indicadores en la satisfacción del usuario y su calidad de vida.

Las variables más significativas y sus diferentes correlaciones se analizaron mediante la regresión lineal (STATA: regress) y la interrelación de servicios e instalaciones (STATA: pwcorr), destacando el sentido favorable de la satisfacción con diversos aspectos, pero predictores entre sí, como el trato con los recursos humanos, el área relacional, la asistencia prestada de los diferentes recursos (comedor, atención sanitaria) y la dotación del dormitorio.

La principal contribución de este capítulo estriba en reflejar cómo el nivel de autonomía y la percepción con los apoyos institucionales constituyen indicadores prioritarios de la valoración residencial. Además, los resultados obtenidos en esta fase de la tesis confirman que la opinión del residente respecto a estas dos dimensiones se relaciona directamente con los equipamientos, espacios (exteriores e interiores) y el área relacional.

La distribución estadística del nivel educativo y el estado funcional de autonomía presentan diferencias significativas en variables como la edad, el sexo, la autonomía, el nivel de estudios, el tiempo de residencia en el centro y el tipo de habitación. De los datos obtenidos se infiere que son las personas con mayor dependencia las que más satisfechas se muestran con la residencia (servicios básicos, instalaciones y equipamientos) y, por ende, mejor la valoran.

Estos matices permiten entender que sus residentes no son un grupo homogéneo de personas, por lo que se debería tender a trabajar sobre estrategias más personalizadas, respetando sus procesos individualizados y sus diferencias.

Dado que la sensación favorable de las personas que han convertido la residencia en su hogar integra tanto factores subjetivos como objetivos, así, las evidencias aportadas por la información analizada reflejan indicadores cruciales para valorar la experiencia global de la residencia.

En este sentido, variables como la percepción del residente sobre las instalaciones (dormitorio y régimen de estancia), los servicios (sanitario y comedor) y el área relacional o de participación en la residencia se relacionan directamente con

la medida de la satisfacción y la evaluación de las características de la residencia; en definitiva, son factores vinculados al sentimiento de bienestar (Acevedo, 2014). Los datos concluyen que es importante disponer de un espacio íntimo, como el dormitorio. Además, se valora favorablemente que servicios como el comedor dispongan de una buena gestión en cuanto a planificación y variedad del menú. En cuanto a la dimensión relacional, se observa la necesidad de potenciar y mejorar esta área, entendida como los modos de participación en la vida del centro y la relación con la comunidad en la que se integra. Al igual que el estudio realizado por Pino et al. (2010), se pone de manifiesto la idoneidad de mejorar las relaciones de la residencia con su entorno próximo.

Estos resultados invitan a reflexionar sobre la influencia favorable que ejercen las dimensiones psicosociales y relacionales sobre el grado de satisfacción con la residencia, vinculadas directamente con el bienestar de las personas que viven en ellas. Se observa, en este sentido, el beneficio directo de aunar esfuerzos en la mejora del ámbito relacional tanto a nivel interno como en relación a su entorno próximo (Pino et al., 2010).

El tercer capítulo contextualiza estas cuestiones desde la mirada externa de los beneficiarios indirectos del recurso. En el desarrollo de esta parte de la investigación, se considera la importancia de la familia y de su percepción sobre la residencia y la asistencia prestada a los mayores, considerándose una estimable medida multidimensional en la valoración del bienestar del residente.

Estudios previos demuestran y validan la opinión familiar como una medida de eficacia incluida en una metodología de atención centrada en la persona y que proporciona una información clave sobre la calidad del servicio (Cooke et al., 2018; Duan et al., 2021, Shippee et al., 2017). Estos autores concluyen que la valoración de la familia sobre el entorno residencial presenta implicaciones significativas en beneficio de los residentes que favorecen el diseño y puesta en marcha de herramientas y medidas centradas en la persona beneficiaria del servicio. En consecuencia, esta tesis plantea la necesidad de implementar nuevos indicadores y variables que recojan este hecho.

Al igual que en el capítulo anterior, se han utilizado datos procedentes del cuestionario aplicado en Residencia Vitalia Alto Gállego. Concretamente, se han analizado los datos obtenidos con el instrumento específico para familiares.

Tras haber estudiado las correlaciones significativas obtenidas y evaluado los resultados descriptivos, se aplicó la “correlación de Pearson”, que muestra la relación entre indicadores numéricos. Esta investigación se centra en las dos variables que presentan un mayor número de correlaciones estadísticamente significativas: a) la valoración del centro residencial por parte de las familias y b) la recomendación de la residencia.

Sobre la primera variable se ha aplicado el método de regresión lineal *stepwise*, que estudia la relación de dependencia entre la valoración de la residencia (variable dependiente) con el resto de variables independientes, que presentan mayor número de correlaciones. Con el indicador “recomendación de la residencia” se ha utilizado la técnica ANOVA, que permite analizar y comparar las varianzas entre las medias de diferentes encuestados que recomendarían la residencia frente a los que no lo harían. Del análisis de los datos aportados resaltan, por su mayor vinculación, variables como el entorno físico, el empoderamiento y liderazgo de los profesionales, la atención al residente y la participación por parte de la familia.

Las principales contribuciones de este capítulo son tres. Primero, al igual que investigaciones anteriores (Cooke et al., 2018; Duan et al., 2021; Kellett, 1999; Poey et al., 2017; Shippee et al., 2017) se concluye que el conocer la percepción de los familiares sobre la residencia es un indicador significativo a valorar en los diferentes sistemas de calidad, dada su vinculación y beneficio directo con el bienestar de los residentes.

En los estándares actuales, se tienen en cuenta indicadores sobre la participación familiar en actividades puntuales y sus quejas y sugerencias, pero es importante profundizar en variables relacionales como las familiares, interpersonales o psicosociales (Saut et al., 2017). En esta línea, esta tesis demuestra, al igual que investigaciones anteriores (Duan et al., 2021; Poey et al., 2017) la importancia de implementar nuevos indicadores basados en una evaluación que considere a los

diferentes agentes sociales implicados. Estos deben captar además las pretensiones y preferencias personales y familiares sobre aspectos como la ubicación de la residencia, la profesionalidad y atención recibida y servicios prestados (Duan et al. 2021; Koren, 2010; Zimmerman et al., 2014).

En segundo lugar, se constata que los sistemas de gestión actuales, como el caso de las normas ISO, no incluyen variables basadas en las relaciones interpersonales, psicosociales ni familiares (Saut et al., 2017); en definitiva, los vinculados a una evaluación multiagente de la calidad de vida (Duan et al., 2021; Poey et al., 2017). Es por ello necesario ampliar los indicadores e instrumentos recogidos en estos sistemas.

La información analizada refleja aspectos cruciales para valorar en conjunto la experiencia de la familia con la residencia. De entre ellos, los más representativos son la “valoración de la residencia” y la “recomendación de la residencia” por parte de los familiares. En ambos indicadores influyen variables importantes para alcanzar la satisfacción familiar, como son la relación, la colaboración y la comunicación con la dirección del centro, con los profesionales y con el servicio médico.

Por último, el capítulo tercero de la tesis concluye que la base para una valoración satisfactoria de la residencia por parte de los familiares depende de indicadores vinculados a una evaluación multidimensional, como la información, la colaboración, y comunicación profesional-familia.

El último capítulo recoge las conclusiones obtenidas mediante las tres investigaciones y sugiere nuevas líneas de investigación para el futuro. La capacidad de transferencia de los contenidos de la tesis tiene que ver con el alcance del tema para el desarrollo de futuros profesionales de la acción social y con la reivindicación de la responsabilidad de los diferentes agentes y recursos sociales, como público objetivo del trabajo.

En base a esto, la tesis se abre a nuevos interrogantes, como ¿hasta qué punto constituye una prioridad para los gobiernos nacionales e internacionales actuales la implementación de políticas sociales y servicios dirigidos a la ciudadanía?, ¿qué papel desempeñan en el momento presente las entidades y empresas como agentes

sociales?, ¿cubre la Ley de Dependencia las necesidades sentidas por la población?, ¿a qué prioridades obedece el marco legislativo actual?, ¿se da una igualdad real en la atención prestada en las diferentes comunidades autónomas?, ¿están satisfechos los beneficiarios de los servicios con la atención prestada?, ¿y sus familiares?, ¿cuáles son sus márgenes de mejora?, ¿cómo ha afectado la Covid-19 a la futura prestación de la atención a nuestros mayores?, ¿hasta qué punto son suficientes las variables e indicadores establecidos, por los sistemas de gestión de la calidad, para valorar los servicios prestados? La presente tesis doctoral trata de dar algunas respuestas a estas y otras cuestiones y contribuir al debate de sobre qué futuro se desea planificar en relación con las necesidades sociales que genera nuestra posibilidad de envejecer con una calidad de vida.

REFERENCIAS

- Acevedo Alcaraz, E. (2014). Quality of Life of Institutionalized Elderly People in Nursing Homes: a Quantitative Analysis. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 225-234.
<https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.70>
- Addabbo, T., Rodríguez-Modroño, P. y Gálvez-Muñoz, L. (2013). Gender and the Great Recession: Changes in labour supply in Spain. *Paper* presentado a la 54 Conferencia Anual Alma Mater Studiorum, Universidad de Bolonia.
- Ariza Baena, A., García Gallardo, N. y Zamora Ruiz, C. (2014). Profesionalización de los cuidados del paciente dependiente en el entorno domiciliario. *Investigación en salud y envejecimiento. Volumen I* (pp. 201-206). Asociación Universitaria de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (ASUNIVEP).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>
- Asociación Española de Normalización y Certificación [AENOR]. (2007). Norma UNE 158101 de Servicios para la promoción de la autonomía personal, gestión de centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos. AENOR ediciones.

- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2021). *XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*. <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/XXI-DICTAMEN-DEL-OBSERVATORIO-DE-LA-DEPENDENCIA.pdf>
- Balderrama Tellez, S. y Valerio Vite, N. (2020). La discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). *Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 13(27), 75-102.
- Bayona Huguet, X., Limón Ramírez, E. y Cegri Lombardo, F. (2018). Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Atención Primaria*, 50, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.003>
- Blanco-Tarrio, E. y Blanco Sánchez, G. (2020). Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 46(1), 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003>
- Carcedo, M.L., Pérez, M., Sánchez, M.J., Ramírez, J.M., Lima, A.I., Robles, M. y Moreno, F.J. (2016). Díez años de la Ley de Dependencia. *Temas para el Debate*, 240, 43-52.
- Coca Rodríguez, R. (2019). Situación sociofamiliar de las personas en situación de dependencia perceptoras de la Prestación Económica (PECF) y sus cuidadores principales. + *Calidad*, 20, 6-14.
- Comisión Europea. (2011). Comunicado de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. *Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas*. Bruselas. <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0681:FIN:es:PDF>
- Consejo de Ministros de España. (2018). *Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030: hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible*. <http://www.exteriores.gob.es/portal/es/saladeprensa/multimedia/publicaciones/documents/plan%20de%20accion%20para%20la%20implementacion%20de%20la%20agenda%202030.pdf>

- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Contel Segura, J.C. (2000). La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Atención Primaria*, 25, 526-528. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78561-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78561-1)
- Cooke, H., Puurveen, G. y Baumbusch, J. (2018). Exploring family involvement in resident care conferences in long-term residential care. *Innovation in Aging*, 2(1), 396. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy023.1476>
- Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 127, de 30 de junio de 2011.
- Decreto 66/2016, de 31 de mayo, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 109, de 8 de junio de 2016.
- Duan, Y., Mueller, C.A., Yu, F., Talley, K.M. y Shippee, T.P. (2021). The Relationships of Nursing Home Culture Change Practices With Resident Quality of Life and Family Satisfaction: Toward a More Nuanced Understanding. *Research on Aging*. <https://doi.org/10.1177/01640275211012652>
- Ferreira, C. (2019). Vox como representante de la derecha radical en España: un estudio sobre su ideología. *Revista Española de Ciencia Política*, 51, 73-98. <https://doi.org/10.21308/recp.51.03>
- Finnema, E., De Lange, J., Droe Es, R.M., Ribbe, M. y Van Tilbuerg, W. (2001). The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 728-740.
- García Alcaraz, F., Delicado Useros, V., Alfaro Espín, A. y López-Torres Hidalgo, J. (2015). Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Atención Primaria*, 47, 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.008>

- García del Junco, J. y Castellanos Verdugo, M. (2007). La difusión de las investigaciones y el formato IMRYD: Una pesquisa a propósito de la lectura crítica de los artículos científicos. *Acimed*, 15(1), 1-14.
- González, M.J. y San Miguel B. (2001). El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 9, 19-45.
- González, E. y Segales, M. (2014). Women, gender equality and the economic crisis in Spain. En Karamessini, M. y J. Rubery (Eds.), *Women and Austerity. The Economic Crisis and the Future for Gender Equality* (pp. 228-247). Routledge.
- Guillén Rodríguez, A.M., González Begega, S. y Luque Balbona, D. (2016). Austeridad y ajustes sociales en el sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar mediterráneo. *Revista Española de Sociología*, 25(2), 261-272.
- Hernández, J.J. y Pereira-Puga, M. (2021). En primera línea contra el coronavirus: el trabajo de larga duración a personas mayores en España. *Documentos de Trabajo (Laboratorio de Alternativas)*, 208.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2023). *Información destacada de la evolución de la gestión del SAAD*. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/informacion-destacada-gestion-saad>
- Kellett, U.M. (1999). Transition in care: family carers experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1474-1481.
- Koren, M.J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29, 312-317.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Leché Martín, E.A., Gil-Lacruz, A. y Gil-Lacruz, M. (2020). Satisfacción del usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas dependientes: Estudio de un vecindario urbano (barrio Oliver, Zaragoza). *Acciones e Investigaciones Sociales*, 41, 37-170.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Martínez Fernández, R. y Barrera Algarín, E. (2021). Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España. *Cultura de los Cuidados*, 25(61).
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>
- Martínez Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología]. http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33762/1/TD_TeresaMartinez.pdf
- Martín Rodríguez, J. (2018). *Responsabilidad social de las organizaciones con la discapacidad*. Somos Iberoamérica. <https://www.somosiberoamerica.org/tribunas/responsabilidad-social-de-las-organizaciones-con-la-discapacidad>
- McDonough, W. y Braungart, M. (2002). Design for the triple top line: new tools for sustainable commerce. *Corporate Environmental Strategy*, 9(3), 251-258.
[https://doi.org/10.1016/S1066-7938\(02\)00069-6](https://doi.org/10.1016/S1066-7938(02)00069-6)
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2021). *Estrategia de Desarrollo Sostenible: Un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030*.
<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>
- Mira Tamayo, D.C., Martínez Callaghan, J. y Gil-Lacruz, M. (2019). *Valoración de la satisfacción de los servicios prestados en la residencia Alto Gállego*. Grupo de Investigación Bienestar y Capital Social, Universidad de Zaragoza.
- Moreno, L. (2012). *La Europa asocial. Crisis y Estado de bienestar*. Ediciones Península. https://www.academia.edu/2398073/La_Europa_asocial
- Munuera Gómez, P. (2006). Mediación en situaciones de dependencia. Conceptos claves y marco jurídico relevante. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 1 ext, 262. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext397
- Munuera Gómez, P. (2011). *Mediación en situaciones de dependencia funcional* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].

- Naciones Unidas. (2019). *Manual básico sobre la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://unsdg.un.org/es/SDGPrimer>
- Naciones Unidas. (2020). *17 objetivos para transformar nuestro mundo*. <https://www.un.org/es/climatechange/17-goals-to-transform-our-world>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en Red*, 25, 39. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pino Juste, M.R., Crespo Comesaña, J. M. y Portela Carreiro, J. (2010). Descripción de los elementos espaciales en residencias de ancianos. Estudio en el noroeste de España. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 61-71.
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G. y Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104086. <https://10.1016/j.archger.2020.104086>
- Poey, J.L., Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M.L., Drake, P., Stone, R.I. y Doll, G. (2017). Does person-centered care improve residents' satisfaction with nursing home quality? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 974-979. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.007>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: ¿Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible?* <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas. (2017). *La misión del Pacto Mundial: 10 Principios + 17 ODS*. <https://www.pactomundial.org/noticia/10-principios-17-ods>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 1. <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>

- Saut, A.M., Tobal Berssaneti, F. y Moreno, M.C. (2017). Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5).
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D.V. y Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects recommendations. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 24, 938-947.
- Shippee, T.P., Henning-Smith, C., Gaugler, J.E., Held, R. y Kane, R.L. (2017). Family satisfaction with nursing home care: the role of facility characteristics and resident quality-of-life scores. *Research on Aging*, 39(3), 418-442.
<https://doi.org/10.1177/0164027515615182>
- Tarazona-Santabalbina, F.J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M.T. y García-Navarro, J.A. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(4), 191-192.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>
- Zimmerman, S., Shier, V. y Saliba, D. (2014). Transforming nursing home culture: evidence for practice and policy. *The Gerontologist*, 54(1).

Capítulo 1

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS DEPENDIENTES: ESTUDIO DE UN VECINDARIO URBANO

1.1. INTRODUCCIÓN

El Consejo de Europa, en 1998, definió la dependencia como cualquier estado en el que se encuentren aquellas personas que necesitan de asistencia o de ayudas importantes para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y, de modo particular, de cuidado personal por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual (Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO, 2005).

Esta atención a las personas con discapacidad y/o dependencia demanda, cada vez más, de una respuesta desde la administración pública, planteándose la creación de infraestructuras y prestación de servicios públicos en base a las necesidades sentidas por la ciudadanía (Rodríguez Rodríguez, 2013).

Además, durante los últimos años, las personas dependientes y sus familias han incrementado la demanda de respuesta pública ante su necesidad de cuidados (Munuera, 2006; 2011), como derecho subjetivo de acceso a prestaciones y servicios, garantes de una mejor calidad de vida. Este derecho contribuye a la universalidad de los cuidados, a superar un modelo asistencialista latente en los Servicios Sociales y a la profesionalización de la atención con servicios de calidad (Cámara, 2018).

Un debate importante que surge de este derecho es cómo gestionarlo de una forma sostenible en entornos socioeconómicos en crisis y en estados de bienestar cuestionados. Además, la crisis económica del 2008 ha tenido consecuencias más negativas en los países del Sur que en otros contextos europeos. Tal y como apuntan Guillén et al. (2016) el modelo Mediterráneo de bienestar se ha visto en la tesitura de tener que conciliar las medidas de protección social con los objetivos de

austeridad presupuestaria. Países como Portugal, España, Italia y Grecia han optado por diferentes estrategias y diversos planteamientos no exentos de fragmentación y debate. Esta situación precarizada se refleja a nivel autonómico en la implementación de la ley de Dependencia en España. Estas desigualdades han dificultado su correcto desarrollo y su retraso a nivel nacional. Como telón de fondo se ha recurrido a la necesidad de establecer recortes de gastos (Carcedo et al, 2016).

Del Pino y Rubio (2013) priorizan en dicho debate la elección del criterio universalista o focalizado de las prestaciones. Mientras que las prestaciones focalizadas centran la ayuda en los colectivos desfavorecidos, las prestaciones universales garantizan dicho derecho a toda la población. A largo plazo, las autoras apuestan por esta última fórmula porque es la que mejor garantiza la corrección de las desigualdades sociales y el que no recaiga en un grupo privilegiado el peso fiscal de una solidaridad, que con el tiempo corre el riesgo de ser efímera (Del Pino y Rubio, 2013).

La calidad de estos servicios universales se relaciona directamente con el grado de satisfacción de sus beneficiarios (Fernández et al., 2006; Garvin, 1988). Esta variable constituye un objetivo prioritario que en gran medida depende de sus expectativas iniciales y la percepción individual de una mejor calidad de vida respetando, en base a esto, sus preferencias y deseos (Martínez Rodríguez, 2015).

En el marco de un paradigma de intervención en el que es prioritario tener en cuenta las necesidades de los beneficiarios de los servicios públicos, es necesario conocer la realidad en su contexto, la cual influye en el comportamiento y bienestar subjetivo de las personas (IMSERSO, 2010; Martínez Rodríguez, 2013). Resulta, por tanto, fundamental investigar sobre la opinión que tienen los beneficiarios (directos e indirectos) del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

Es por ello que este capítulo se plantea como objetivos de investigación conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios en base a sus expectativas iniciales, la percepción que tienen sobre el apoyo recibido y delimitar que tareas generan mayor carga para el cuidador.

Para responder estas preguntas, en una primera parte, se realiza una revisión teórica sobre la ley de Dependencia, el derecho a unos cuidados domiciliarios y la calidad con la que deben prestarse. Posteriormente, se analiza la gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio para Personas Dependientes en el barrio Oliver de Zaragoza, de especial interés dadas las particularidades del mismo (ej. envejecimiento poblacional, estratificación socioeconómica y diferente composición étnica). Finalmente, con los datos obtenidos, se abordarán procesos de mejora y posibles líneas de actuación.

1.2. UN NUEVO PARADIGMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS: LA PERSONA EN EL CENTRO DE LA INTERVENCIÓN

En la actualidad el 19% de población española tiene 65 años o más, y la tendencia apunta a un incremento del envejecimiento demográfico, según el cual para el 2066 representaran el 35% de la población española (Instituto Nacional de estadística INE, 2018). Estas cifras anticipan un volumen considerable de personas que tendrán derecho a los servicios recogidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida como Ley de Dependencia, obligando a las instituciones a desarrollar políticas económicas, sociales y sanitarias que trabajen desde la prevención e intervención comunitaria (Cantero-Garlito, 2020).

El envejecimiento conlleva una mayor responsabilidad de intervención por parte de la administración pública, tal que permita una mejora en la conciliación de la vida familiar. La gran carga de los cuidados informales, proporcionados principalmente por mujeres invisibilizadas por el concepto de “familia” (Serrano et al., 2013) y complementarios a la intervención del Estado, subrayan la importancia del desarrollo e implementación de políticas sociales (Moreno, 2012).

Por ello, un análisis crítico sobre la Ley de Dependencia, conduce a contemplarla como una garantía del derecho de igualdad de acceso a unos Servicios Sociales Públicos, configurando como el núcleo central la investigación sobre su acceso democrático y equitativo.

1.3. LEY DE DEPENDENCIA: IMPLEMENTACIÓN Y BARRERAS

Un proceso de largo recorrido, de la beneficencia al derecho universal de acceso de los Servicios Sociales Públicos, comenzó a vislumbrarse en España desde la Ley de Integración Social de los Minusválidos LISMI (1982). Esta normativa, aun tratándose de materia de integración laboral, representó un punto de inflexión y detonante de un cambio de mentalidad en la forma de abordar las políticas sociales encaminadas a la atención de las personas con diversidad funcional.

Gracias a la capacidad de movilización y negociación de los colectivos y asociaciones de afectados desde finales de los años 90 (como la Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual FEAPS, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores CEOMA, el Foro de Vida Independiente o el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad CERMI) se logró firmar en diciembre de 2005, un “acuerdo social” entre patronal, sindicatos y gobierno. Este pacto, según Marbán (2008) permitió que se redactase el Libro Blanco de la Dependencia, uno de los apoyos más importantes en el diseño y aprobación de la Ley 39/2006 (Alemán et al., 2013), garantía pública de derechos universales (Carcedo et al., 2016).

Este nuevo “derecho” conlleva una extensa regulación normativa, que incluye la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como el conjunto de servicios públicos y privados, y prestaciones económicas vinculadas a los cuidados en el entorno familiar o al servicio privado utilizado en cada caso. Así mismo, en base a un régimen de funcionamiento descentralizado que deben asumir las Comunidades Autónomas, se regulan unas condiciones básicas garantes de igualdad en el ejercicio del derecho, incluyendo en el Capítulo II de la Ley, un Catálogo de Servicios Sociales, instrumento por el que se materializa y garantiza el derecho universal de acceso a los servicios incorporados (residencias, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc.). Este hecho genera la modificación o elaboración de Leyes de Servicios Sociales Autonómicos y la reorganización de recursos y prestaciones propias, amoldándose a estas nuevas circunstancias legislativas.

No obstante, a pesar del esfuerzo económico y de esta nueva organización interna, se observan diferencias en el desarrollo de la Ley debidas a cuatro aspectos relevantes: a) medidas de austeridad a partir de la crisis económica, b) importancia de contar con la familia y consecuente desarrollo de medidas domiciliarias, c) desarrollo inicial más amplio en Comunidades afines al Gobierno y d) delegación de responsabilidad a la iniciativa privada (González, 2012).

Igualmente, Correa y Jiménez-Aguilera (2016), se suman a esta crítica planteando que la Ley tuvo una incorrecta planificación inicial con problemas de financiación desde el principio, lo que sumado a la interrupción de las aportaciones económicas por la Administración General del Estado y la escasa recaudación “copago” que asume el beneficiario, ha generado un desarrollo heterogéneo del SAAD y de la aplicación de recursos públicos.

Estos problemas de financiación repercuten, según Muyor-Rodríguez (2019), en una transferencia de la responsabilidad de cuidar del Estado a la familia, institucionalizando la discriminación y reforzando los estereotipos por género. Naturaliza, por tanto, el deber moral instaurado culturalmente y provoca que los cuidados se ejerzan principalmente por la familia (Minguela y Muyor-Rodríguez, 2019).

1.4. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN LA LEY DE DEPENDENCIA

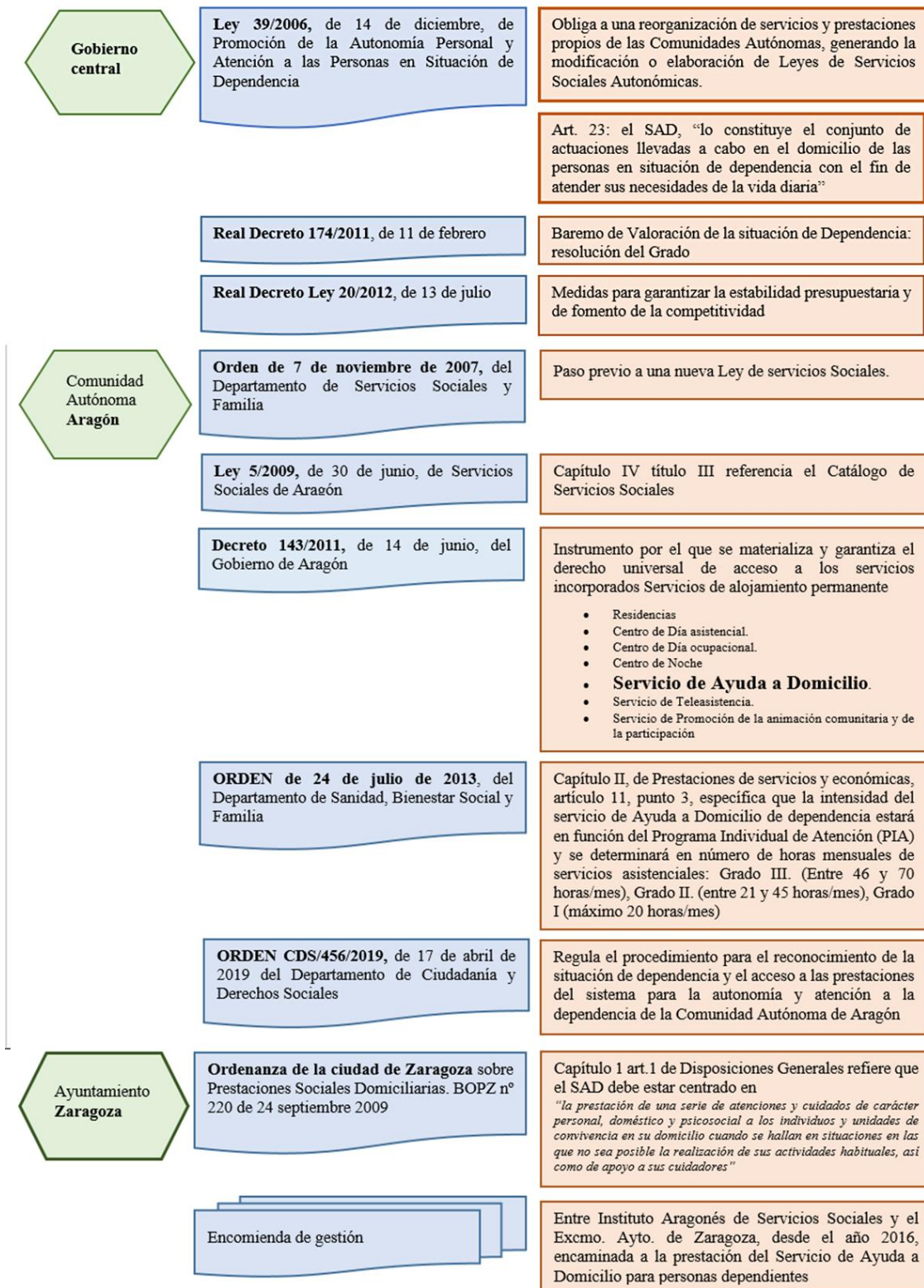
1.4.1. Marco legislativo

Mediante un proceso de solicitud inicial, por parte de la persona con diversidad funcional o su familia, ante la administración pública correspondiente, se generan los procedimientos de: aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) y reconocimiento de Grado de Dependencia y la Prescripción Social contemplada en el Plan Individualizado de Atención (PIA). El BVD se lleva a cabo por el equipo de valoradores de la Comunidad Autónoma (para personas de 0 a 3 años sería la escala de Valoración Específica EVE), y la Prescripción Social por el trabajador social facultado para ello.

Este proceso reconoce finalmente, vía resolución administrativa del PIA, una prestación económica o servicio público (Calvo Arcos, 2014). Estas líneas se centran exclusivamente en el análisis del Servicio de Ayuda a Domicilio SAD para Personas Dependientes, que incluye tareas de carácter personal y doméstico, como son las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Figura 1.1

Desarrollo del marco legislativo



Fuente: Elaboración propia

Estas ABVD vienen definidas en la Ley 39/2006 como:

Aquellas tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. (artículo 2.3)

En consecuencia, una ley encaminada hacia la “Promoción de la Autonomía Personal”, aunque paradójicamente conocida como Ley de Dependencia, debe tener siempre muy presentes los servicios de apoyo a la ciudadanía en su entorno, quedando reflejada esta necesidad como un principio de la Ley de Dependencia en su art 3. punto i) “La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida”.

Es por ello que el Servicio de Ayuda a Domicilio de la Dependencia, se pone en marcha por el Excmo. Ayto. de Zaragoza en agosto de 2016, por encomienda de gestión con el Instituto Aragonés de servicios Sociales IASS, coexistiendo de manera simultánea con el resto de tipologías de atención domiciliaria prestadas por los Centros Municipales de Servicios Sociales de Zaragoza, como son el SAD Preventivo o el SAD por Causas Sobrevenidas.

La demanda de estos servicios de atención y cuidados en el entorno más cercano a la persona, en su propio domicilio, se incrementa exponencialmente en un contexto de recursos escasos y cuestionamiento del Estado de Bienestar, por lo que se debe asegurar que se presten con las mayores garantías, acorde a los estándares de calidad referidos en la propia Ley y buscando siempre valorar y evaluar sus posibilidades de mejora.

1.4.2. Estándares de calidad: la satisfacción del usuario

La calidad se define como el conocimiento de los efectos de un servicio o producto en función de unos objetivos propuestos y los recursos implementados. Dada la creciente implantación de normas nacionales e internacionales y certificaciones del

sistema de calidad, es notorio el incremento de la relevancia, cada vez mayor, que supone en la prestación de servicios públicos y privados (Libera, 2007).

Las normativas internacionales como Una Norma Española UNE 158301-2015 “Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de ayuda a domicilio”, exclusiva para el presente objeto de estudio, determina los protocolos de actuación e indicadores de gestión, proporciona unas directrices garantes de un servicio de calidad y desarrolla unos requisitos mínimos tanto para entidades públicas como privadas.

En virtud de ello, la promoción de criterios y estándares de calidad y el establecimiento de mecanismos de evaluación y garantía para la prestación de servicios sociales, se convierte en objetivo prioritario de las políticas públicas. Este hecho lo recoge así la Ley de Dependencia señalándose, posteriormente, la obligatoriedad de garantizar unos estándares adecuados y un proceso continuo de evaluación en los artículos 5, 46 y 48 de la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, donde se observa la calidad de los servicios prestados como un derecho adquirido por las personas beneficiarias.

Este nuevo marco conlleva, además, que las Comunidades Autónomas deban legislar las competencias municipales en la detección de necesidades, planes de actuación y creación y gestión de servicios para personas dependientes, así como establecer y evaluar los niveles de calidad exigibles a entidades, centros y servicios, quedando reflejado en el artículo 17 “seguimiento del Programa Individual de Atención” de la Orden CDS/456/2019 del 17 de abril, que corresponde al Centro de Servicios Sociales:

Realizar el seguimiento periódico de la calidad de los cuidados recibidos, especialmente en los supuestos de permanencia en el domicilio de la persona en situación de dependencia, con el objetivo de garantizar que, a lo largo del tiempo, la atención se presta con la intensidad y la calidad suficientes... (Boletín Oficial de Aragón, 13 de mayo de 2019),

Es importante considerar que la legislación diferencia claramente entre los procedimientos para alcanzar la calidad (guías de buenas prácticas, cartas de servicios, criterios de calidad en el empleo, procesos de formación continua, etc.) de las variables de medición de los logros obtenidos, como son los indicadores de calidad para la evaluación, mejora continua y análisis comparado de los centros y servicios sociales (artículo 63 punto 3b de la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón). Entre estos indicadores es clave el grado de satisfacción de los usuarios, siendo aquí donde gana la apuesta un paradigma de intervención basado en el beneficiario y en sus necesidades, buscando alcanzar su máxima valoración positiva con el servicio prestado.

Una vez delimitada la calidad, sus normas y legislación en este área de estudio, se observa la necesidad de estudiarla como concepto. ¿Qué se entiende por calidad?, idea abstracta que depende de las experiencias propias y de aspectos concretos vinculados al entorno y al contexto.

Para dar respuesta a estas preguntas se dispone de cinco enfoques diferenciados, como son el trascendente o de excelencia, el del producto o sus características concretas, el del valor (mismo producto mejor precio) o los más relacionados con la calidad deseada para un servicio público, como son los basados en el usuario, centrado en su grado de satisfacción, y en la perfección del servicio en cuanto a su diseño, elaboración y ejecución. Además de estos enfoques, una serie de dimensiones deben ser tenidas en cuenta, como la fiabilidad del servicio o el trato que reciben las personas, aspectos que influyen significativamente en la percepción del usuario y, por ende, en su grado de satisfacción final (Garvin, 1988).

De este modo, el concepto de calidad, obliga a la consideración prioritaria del grado de satisfacción del beneficiario con el servicio, relacionándose, de forma muy directa, con sus expectativas iniciales y la percepción individual de una mejor calidad de vida respetando, por ello, sus preferencias y deseos (Martínez Rodríguez, 2015).

En base a esto, si se pretende alcanzar la máxima cobertura de necesidades de las personas beneficiarias, se debe apostar por una mejora de las organizaciones, sus procesos y por una metodología de auto-evaluación, para lo que se debe tener

presente aspectos tan importantes como el indicador “grado de satisfacción”, la necesidad de mejora continua de los instrumentos de seguimiento y la propia evaluación de la calidad por parte del usuario.

Sin embargo, pueden darse infinidad de situaciones en las que las expectativas personales de los beneficiarios no se vean cumplidas, por lo que las visitas domiciliarias, entrevistas y el proceso de quejas, sugerencias, reclamaciones o agradecimientos, son base fundamental del seguimiento de los estándares de calidad del servicio.

Todos estos procesos de apoyo y acompañamiento, realizados en el propio domicilio, se integran en un entorno concreto, una unidad territorial, por lo que también se precisa de su contextualización por ejemplo, mediante un análisis de barrio, como comunidad de referencia.

1.5. METODOLOGÍA

1.5.1. Contexto sociodemográfico

El distrito de los barrios Oliver-Valdefierro dispone de una superficie de 4.339.479 m², en la que conviven 31.835 habitantes (densidad de población de 7.336,13 hab/km²), de los cuales un 13% es población extranjera (Servicio de Organización y Servicios Generales sobre población provisional de la ciudad de Zaragoza, 2019).

No obstante, si se segregan estos datos por barrio, se observan diferencias sustanciales. En el barrio Oliver, una población de 16.721 habitantes, reside en una superficie de 1 km² (densidad de población de 12.862 hab./km²). Este barrio, además, acoge a la mayor parte de la población inmigrante del distrito (personas pertenecientes a 109 países distintos, siendo el barrio de Zaragoza con mayor número de nacionalidades diferentes), también refleja una alta tasa de población de etnia gitana y registra un elevado porcentaje de unidades familiares en situación de vulnerabilidad social. De hecho, el barrio de Oliver está incluido dentro de los Planes Integrales de Zaragoza, al mismo tiempo que es una de las zonas de expansión de la ciudad.

En su conjunto, estas características del barrio permiten que la muestra seleccionada para el estudio incluya una gran variedad de tipologías de usuarios y situaciones económicas diferenciadas, tal que los resultados puedan extrapolarse al conjunto de la población de Zaragoza. Interesa conocer quién, cómo y por qué utilizan el Servicio de Ayuda a Domicilio y cuál es su valoración.

1.5.2. Elaboración del instrumento de evaluación y estrategia de análisis

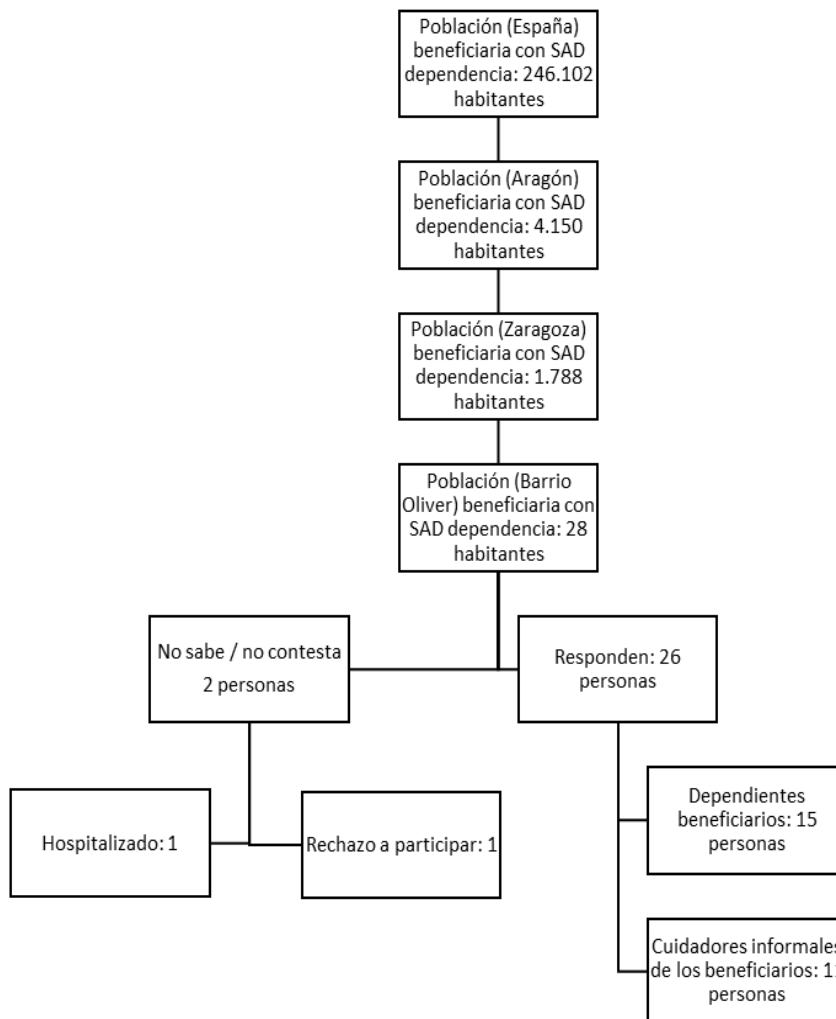
Con el fin de estudiar este servicio, se han combinado diferentes métodos y técnicas de investigación social cuantitativas, así como cualitativas (Ibáñez, 2015). En primer lugar, se ha recurrido a diferentes fuentes de información (bibliografía y memorias municipales, entre otras) y, posteriormente, se ha elaborado una base de datos con información primaria, por parte del Trabajador Social del Programa de Autonomía y Cuidados PAC del Centro Municipal de Servicios Sociales CMSS del barrio.

La muestra seleccionada se compone de las 28 personas dependientes que disfrutaban del Servicio de Ayuda a Domicilio de Dependencia en mayo de 2018. Estas 28 personas constituyen la totalidad de los beneficiarios. De los cuales un 29% han cambiado de programa de apoyo en el domicilio, lo que significa que llevaban recibiendo un servicio similar de forma preventiva desde hace 12 o 13 años.

Dada la problemática de salud que frecuentemente se asocia a la dependencia (Camacho et al., 2010; Estrada, 2018; Leché, 2018; Martínez y de la Cuesta, 2016), las entrevistas y cuestionarios se han realizado con los beneficiarios del servicio en el 58% de los casos, y en el 42% restante con sus cuidadores principales. De hecho, el perfil de las personas seleccionadas difiere considerablemente en función del grado y las causas de su dependencia (física, cognitiva, intelectual, sensorial). Como incidencias reseñables, destacamos que 2 de las entrevistas se han realizado a un matrimonio en el que ambos son dependientes, y en 2 casos no ha sido posible recoger información (un caso por la negativa del propio beneficiario a colaborar, y el otro por encontrarse hospitalizado) (ver figura 1.2).

Figura 1.2

Proceso de selección de las unidades de muestreo



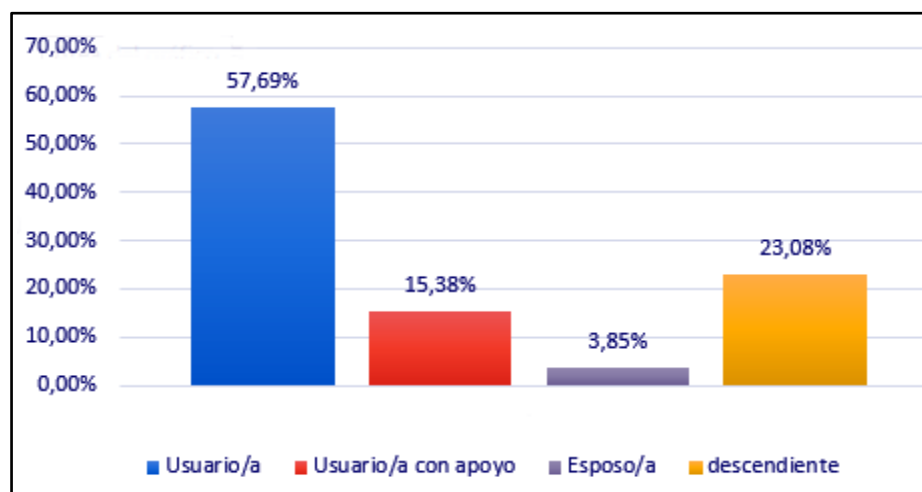
Fuente: Elaboración propia

Esquema general del estudio: se trata de una encuesta a mediante una entrevista personal, de una hora de duración, realizada en el domicilio de las personas beneficiarias del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas dependientes del barrio Oliver de Zaragoza. El estudio se ha realizado con una muestra disponible de 26 personas, que contestaron al cuestionario de elaboración propia, a través del cual se desarrolla el estudio transversal descriptivo.

La muestra final consta de 26 entrevistas y cuestionarios (ver gráfico 1.1).

Gráfico 1.1

Distribución de la muestra entrevistada según parentesco con la persona dependiente



Fuente: Elaboración propia

El instrumento metodológico del estudio integra dos partes diferenciadas: entrevista y cuestionario, realizándose ambas de forma conjunta en el propio domicilio del beneficiario y con una duración aproximada de una hora.

Durante la encuesta se han tenido en cuenta tanto aspectos sociodemográficos (edad, género, estado civil, parentesco con el cuidador, etc.), como datos cualitativos aportados en las preguntas abiertas (referentes a la solicitud de la valoración de su dependencia y sus procesos, apoyos familiares o profesionales, expectativas iniciales, etc.).

El cuestionario, de elaboración propia, está compuesto por 20 preguntas, abordando temas relacionados con el reconocimiento de la dependencia y el servicio disfrutado. Las primeras 6 preguntas se han realizado sobre la implementación individual del servicio de dependencia, incluyendo conceptos referentes a la solicitud o revisión de grado de dependencia, actualización de horas de servicio, regularidad de seguimientos, quejas o sugerencias y uniformidad requerida.

A continuación, se plantean 9 cuestiones relacionadas directamente con la satisfacción del beneficiario, como el cumplimiento de horarios, la iniciativa del profesional, la idoneidad en la forma de realizar tareas instrumentales y de atención personal, el acompañamiento y gestiones, o la compañía dentro y fuera del domicilio.

Por último, la encuesta recoge 3 preguntas relacionadas con la confianza, el trato y la fiabilidad del servicio y una última, general, sobre el grado de satisfacción global.

Estas variables incluyen cuestiones sobre percepción (satisfacción de los usuarios con la realización de tareas dentro o fuera del domicilio o trato recibido) e indicadores de rendimiento (proporcionalidad en cuanto a la dedicación horas/actividad, percepción del usuario sobre la planificación y organización del servicio o el conocimiento de cauces y sistemas de formulación de quejas y sugerencias).

Con la información compilada, se realizó el Diagrama de Pareto como herramienta de medición de la calidad. El Diagrama de Pareto permite identificar un orden de prioridades, mostrando gráficamente la relación de los problemas secundarios frente a los realmente importantes.

1.6. RESULTADOS

1.6.1. Estadísticos descriptivos

En los resultados obtenidos, destaca un perfil mayoritario de beneficiario: mujer (77% de los casos), mayor de 75 años (81%), viuda (54%) y con un grado leve o moderado de dependencia (62%) (ver tabla 1.1).

Tabla 1.1*Beneficiarios según características socio-demográficas*

		Total		Hombre		Mujer	
		N.	%	N.	%	N.	%
<i>Edad</i>	56-65	2	8%	0	0%	2	10%
	66-75	2	8%	0	0%	2	10%
	76-85	14	54%	6	100%	8	40%
	86-95	7	27%	0	0%	7	35%
	96-100	1	4%	0	0%	1	5%
<i>Estado Civil</i>	Casado	11	42%	6	100%	5	25%
	Viudo	14	54%	0	0%	14	70%
	Otros: Divorciado	1	4%	0	0%	1	5%
<i>Dependencia</i>	Grado I	16	62%	3	50%	13	65%
	Grado II	7	27%	0	0%	7	35%
	Grado III	3	12%	3	50%	0	0%
<i>Núcleo Convivencial</i>	Unipersonal	10	38%	0	0%	10	50%
	2 personas	12	46%	4	67%	8	40%
	3 o más personas	4	15%	2	33%	2	10%
<i>Cuidadores</i>	Esposo/a	6	23%	3	50%	3	15%
	Descendiente	20	77%	3	50%	17	85%
<i>Total</i>		26	100%	6	100%	20	100%

Fuente: Elaboración propia

En función de la tipología de unidades familiares, se observa que un 38% de los beneficiarios del servicio viven solos y un 46% conviven con sus cónyuges. Esta situación, asociada a la edad y al núcleo de convivencia, pone de manifiesto que los cuidados en el entorno familiar son ejercidos principalmente por mujeres, descendientes en el 77% de las ocasiones, y cónyuges en segundo lugar. La edad media de los cuidadores informales es de 61,3 años.

Ningún beneficiario con resolución de grado III de dependencia vive solo en su domicilio, siendo el descendiente quien ejerce habitualmente como cuidador principal (ver tabla 1.2).

Tabla 1.2*Beneficiarios por grado dependencia según núcleo convivencial y cuidador*

		Total		Grado Dependencia I		Grado Dependencia II		Grado Dependencia III	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<i>Núcleo Convivencial</i>	Unipersonal	10	38%	6	38%	4	57%	0	0%
	2 personas	12	46%	7	44%	3	43%	2	67%
	3 o más personas	4	15%	3	19%	0	0%	1	33%
<i>Cuidadores</i>	Esposo/a	6	23%	4	25%	1	14%	1	33%
	Descendiente	20	77%	12	75%	6	86%	2	67%
Total		26	100%	16	100%	7	100%	3	100%

*Fuente: Elaboración propia***1.6.2. Nivel de atención y apoyo recibido**

Se ha estudiado el número de tareas de las siguientes actividades según el grado de dependencia (GI, GII, GIII):

- Limpieza: Limpieza cotidiana del domicilio
- Ropa: Recogida, lavado y repaso de ropa
- Comida: Compra y elaboración de comidas
- Higiene: Aseo e higiene personal y vestimenta
- Transferencias: Levantarse, acostarse y deambular dentro y fuera del domicilio
- Compañía: Compañía y entretenimiento en el domicilio
- Traslados: Acompañamientos en traslados fuera del domicilio
- Gestiones: Gestiones externas realizadas por un profesional

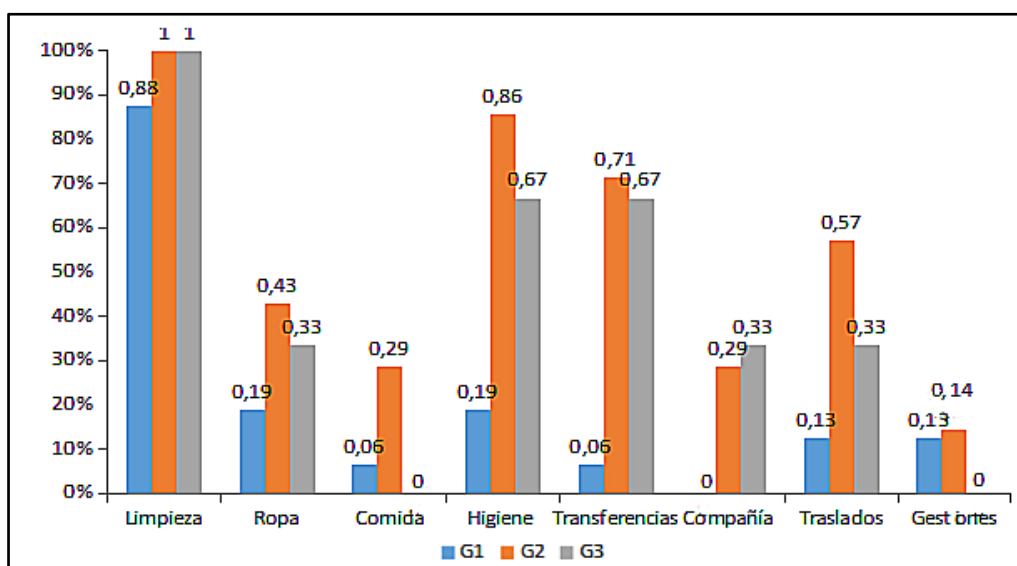
En cuanto al apoyo que se les presta a los beneficiarios del servicio se pueden diferenciar entre las tareas de atención doméstica y las tareas de atención personal.

Las tareas de atención domésticas (que incluye actividades de limpieza, ropa, compra y cocinado) están dirigidas principalmente a usuarios con cierto grado de

autonomía personal. Las tareas de atención personal (higiene, transferencias, compañía, traslados y gestiones) están destinadas de manera habitual a personas con un grado de autonomía más limitado. No obstante, independientemente del grado de dependencia, se observa que un promedio de 4,18 tareas prestadas en el barrio (el 45,14%) están dedicadas a actividades domésticas, frente a las 5,68 tareas objeto de atención personal (el 54,85%) (ver gráfico 1.2).

Gráfico 1.2

Promedio de tareas de atención doméstica o personal realizadas según grado de dependencia



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 1.2 muestra que, como promedio, un beneficiario del servicio con un grado de dependencia I no disfruta de una tarea completa de atención personal, frente a las más de dos tareas que reciben los beneficiarios con grado II y III.

En cuanto a las tareas de atención doméstica no se encuentran diferencias considerables según el grado de dependencia, recibiendo todos los grupos al menos una. El cómputo de horas dedicadas a esta actividad es muy similar para todos los beneficiarios, independientemente de su estado de salud. No obstante, las personas con dependencia moderada dedican a esta labor el 69% de las horas que le han sido asignadas, frente al 22% de horas que utilizan el resto de beneficiarios, por necesitar

un mayor apoyo en la atención personal. Así, la tabla 1.3 recoge que el 43,07% de horas medias se invierten en apoyar la realización actividades domésticas, frente al 56,92% dedicado al resto de tareas.

Destacan, de nuevo, las grandes diferencias en la realización de actividades de índole personal. Como media se reciben más de 7 horas de servicio de atención doméstica independientemente del grado de dependencia. En lo que respecta a la atención personal, los beneficiarios reconocidos con grado I de dependencia reciben de media 5 horas de servicio, frente a las más de 14 horas utilizadas por los usuarios con grado II y las más de 26 horas prestadas a las personas con grado III (ver tabla 1.3).

Tabla 1.3*Descriptivos relativos a la atención doméstica y de dependencia*

		Total	Grado Dependencia I	Grado Dependencia II	Grado Dependencia III
<i>Media de Tareas Recibidas</i>	Atención Doméstica	1,31	1,13	1,71	1,33
	Atención Dependencia	1,23	0,50	2,57	2,00
<i>Horas Medias Atención Recibidas</i>	Atención Doméstica	7,19	7,06	7,71	6,67
	Atención Dependencia	9,50	4,19	14,29	26,67
<i>Necesidad del Servicio y/o Ampliación</i>	Atención Doméstica	44%	44%	29%	22%
	Atención Dependencia	37%	24%	66%	40%
<i>Satisfacción Tarea Recibida</i>	Atención Doméstica	3,46	3,29	3,86	3,33
	Atención Dependencia	3,79	3,73	3,96	3,67
	General	3,50	3,44	3,71	3,33

Explicación de las variables:

Atención Doméstica: Limpieza, Ropa y Comida (Máximo 3 tareas)

Atención Dependencia: Higiene, Transferencias, Compañía, Traslados y Gestiones (Máximo 5 tareas)

Satisfacción: Escala de 1 a 4 tal que 1: Insatisfecho – 4: Muy satisfecho.

Fuente: Elaboración propia

1.6.3. Discrepancia entre los servicios ofertados y prestados

Este trabajo se centra en el reconocimiento del derecho a disfrutar de un servicio público cuantificado en horas mensuales (con la división porcentual de horas según actividades). Este sistema de medición puede generar discrepancias entre la atención que se debería dar y la que realmente se presta, afectando en mayor o menor medida, al grado de satisfacción del beneficiario.

La propia ley de Dependencia contempla un aumento del servicio cuando se produce una nueva resolución de dependencia con aumento de grado por empeoramiento de la salud. En este sentido, 8 casos, el 31% de las personas entrevistadas, han solicitado revisión de grado, encontrándose pendiente de recibir respuesta 4 de ellos. Así mismo, de los casos con resolución favorable, 2 permanecen a la espera de actualización de horas (el 8% de beneficiarios del cómputo total).

1.6.4. Cumplimiento de expectativas personales

El seguimiento que se realiza por parte de la empresa adjudicataria del servicio, agente al que los usuarios expresan sus necesidades y sugerencias, se efectúa por lo general de forma telefónica a demanda del beneficiario. Además, en el 85% de las situaciones, este contacto se realiza mediante el proceso de visita domiciliaria anual.

En cuanto a las mejoras demandadas por las familias, las personas con dependencia leve o moderada sienten la necesidad de ampliar horas principalmente en el área de atención doméstica. Por el contrario, los beneficiarios con dependencia severa o gran dependencia ven prácticamente cubiertas las tareas domésticas (solo manifiestan necesidad de aumento el 29% en el primer caso y el 22% en el segundo), expresando en entrevista la necesidad de aumentar una atención de carácter más personal. Esta mayor necesidad de atención personal destaca especialmente en los casos con grado II de dependencia, reportándolo el 66% de los beneficiarios de este tipo (ver tabla 1.3).

En lo referente a las sugerencias o reclamaciones, un 27% de usuarios ha presentado quejas o sugerencias desde que reciben el servicio. En un 86% de las

ocasiones, estas quejas se realizaron telefónicamente. El porcentaje de resolución positiva alcanza el 71% en un plazo de dos semanas, encontrándose el resto en proceso de solución en el momento del estudio. Todas las quejas se centran en desavenencias con las auxiliares de ayuda a domicilio, resolviéndose satisfactoriamente con el cambio de profesional.

1.6.5. Percepción general del servicio por parte de los beneficiarios

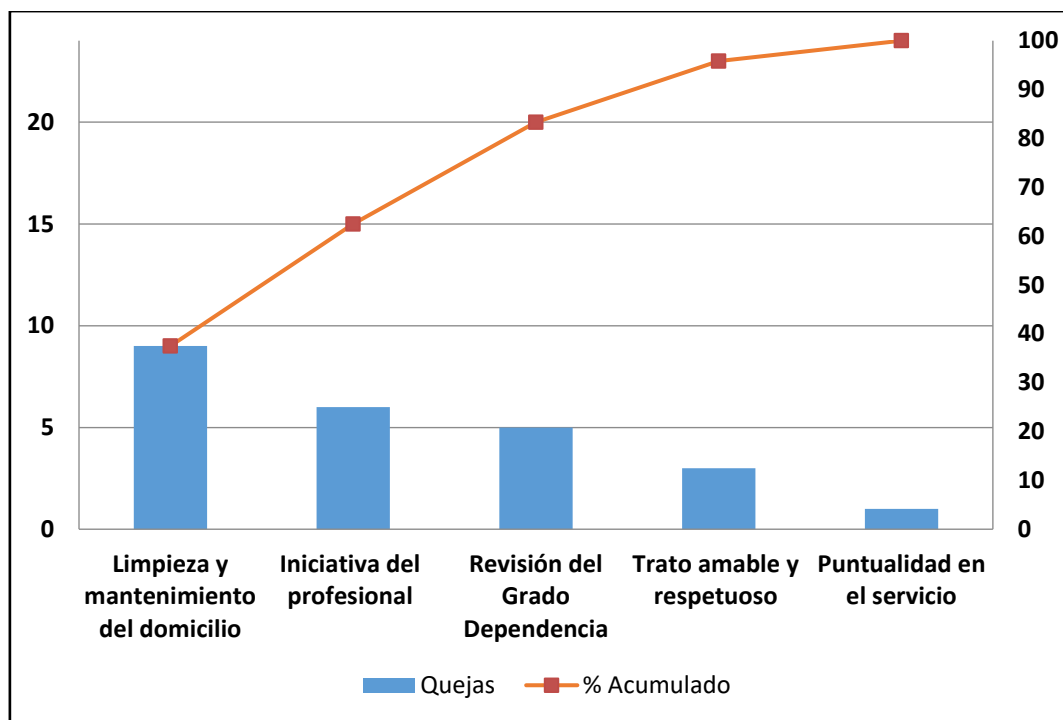
Los usuarios valoran el servicio con un elevado grado de satisfacción. De hecho, el 100% de los usuarios considera como “muy satisfactoria” la prestación de tareas de atención personal, los cánones de vestimenta exigida, el grado de confianza con las tareas externas o la fiabilidad del mismo. El porcentaje de usuarios con valoraciones optimas, es también muy alto para la percepción global del servicio como (62%), el cumplimiento de horarios (96%), el trato, respeto y discreción (85%), la realización de tareas domésticas (58%) y la iniciativa del auxiliar domiciliario (54%).

Los beneficiarios del servicio con grado de dependencia II son los que mejor valoran la atención recibida, destacando su puntuación media de 3,86 y 3,96 de satisfacción (sobre 4) en tareas domésticas y de atención personal. Independientemente del grado de dependencia, se valora mejor la atención personal que la atención en tareas domésticas.

La aplicación del Diagrama de Pareto, como herramienta de medición de la calidad, identifica en el eje X los niveles de satisfacción más bajos detectados. Clasifica, en orden descendente de izquierda a derecha, las 5 variables que no han obtenido por algún usuario la calificación de “muy satisfecho”. Perpendicularmente, en el eje Y, se registra en la izquierda la frecuencia de frecuencia de insatisfacción percibida, en la derecha el porcentaje acumulado del número total de ocurrencias (ver gráfico 1.3).

Gráfico 1.3

Aplicación del Principio de Pareto



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 1.3 expone que el 80% de las consecuencias (porcentaje acumulado) por las que no se alcanza el valor más alto de satisfacción, viene del 20% de las causas, demostrando que hay muchos problemas sin importancia frente a unos pocos graves. De este modo, se puede afirmar que el descontento por el que no se ha percibido la máxima calidad con el servicio recibido se relaciona exclusivamente con las tareas de limpieza del hogar. Es decir, se debe a funciones más relacionadas con la atención domiciliaria que con la atención personal.

1.7. DISCUSIÓN

Adquirir un mayor conocimiento sobre el grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos es un paso previo para mejorar su bienestar (López et al., 2009; Pérez, 2006). La percepción del beneficiario sobre el apoyo recibido se vincula directamente con su calidad de vida, por lo que la implementación o revisión de diferentes intervenciones o servicios prestados, desde el ámbito social y sanitario,

puede generar estos efectos positivos tanto en la persona dependiente como en su cuidador informal (Ariza et al., 2014; Bayona et al., 2018; Contel, 2015; García et al., 2015). Este hecho se constata en el estudio gracias a las valoraciones tan positivas que han realizado las personas entrevistadas sobre el servicio que reciben semanalmente.

La presente revisión del servicio aporta un conocimiento de la situación de barrio, con diferentes necesidades de apoyo o conciliación. Destaca que la mitad de la muestra que no ha referido el servicio como “muy satisfactorio”, se debe a encontrarse a la espera del aumento de horas reconocidas legalmente o a la demora administrativa referente a sus solicitudes de revisión de grado.

Minguela y Muyor-Rodríguez (2019) analizan la brecha existente entre esta falta de cobertura de servicios por parte de la administración pública, y a las expectativas generadas desde la Ley de Dependencia. Como consecuencia del retraso en la puesta en marcha o ampliación de servicios reconocidos legalmente, las familias se ven obligadas a asumir el rol de cuidador, generándoles una mayor sobrecarga la responsabilidad asumida del cuidado.

No obstante, aunque el tiempo dedicado al cuidado no es un factor determinante, por no tener corresponsabilidad las horas de cuidado ejercidas y el grado de sobrecarga (Camacho Estrada et al., 2010; García Cueto y García Martínez, 2017), adquirir un mayor conocimiento sobre cómo le afecta esta situación al cuidador principal es primordial, pudiendo ver mejorada su salud mediante la implementación de intervenciones desde el ámbito social y sanitario (López Gil et al., 2009; Pérez Peñaranda, 2006; Tomás Aznar et al., 2002).

El presente estudio refleja que esta tendencia influye más sobre la percepción en la provisión del servicio que sobre la satisfacción en su desarrollo, el cual obtiene una calificación de global como “muy satisfactorio” en el 64% de las personas entrevistadas.

De la aplicación del Diagrama de Pareto se infiere la necesidad de ampliación o mejora de las tareas de limpieza del hogar, es decir, funciones más relacionadas con la atención domiciliaria, y mayor carga física para el cuidador, que con la

atención personal. En base a esto, se puede afirmar que una mayor inversión de tiempo en este tipo de actividades generaría una mejor percepción del servicio prestado.

A pesar de la valoración positiva de estos servicios, no se debe obviar que el objetivo de la Ley de Dependencia no consiste sólo en mejorar la calidad de vida de las personas dependientes, sino también la de sus cuidadores familiares (Camacho et al, 2015), quedando demostrado en diferentes estudios que son las mujeres, principalmente, quienes ocupan este rol (Muyor-Rodríguez, 2019). El estudio reafirma este hecho, observándose un perfil de cuidador de mujer, con un parentesco principalmente de esposa o hijas.

1.8. CONCLUSIONES

Los resultados de este primer capítulo son de gran utilidad para valorar posibles opciones de mejora sobre aspectos tan importantes como el grado de satisfacción en referencia a: i) el nivel de atención y apoyo recibido, ii) la discrepancia entre los servicios ofertados y los realmente prestados iii) al cumplimiento de las expectativas personales de los usuarios, y iv) la percepción del servicio.

Del presente estudio se concluye una similitud de horas dedicadas a tareas domésticas, independientemente del grado de dependencia reconocido. Resaltan las diferencias en el porcentaje de tiempo destinado. Las personas con autonomía moderada tienen asignadas a estas actividades el 69% de sus horas, expresando la necesidad de un mayor apoyo, frente al 22% del resto de usuarios.

Por el contrario, en cuanto a la atención personal, los beneficiarios con dependencia severa o gran dependencia reciben una media de 14 horas (refiriendo necesitar un aumento en el tiempo de dedicación) frente a las 5 de beneficiarios de grado I.

Se puede observar cierta discrepancia entre la atención necesaria y la prestada, vinculada principalmente a la demora por parte de la administración en la revisión de grado de dependencia o en el aumento de horas concedidas. No obstante, los

beneficiarios valoran el servicio como satisfactorio. Destacan, no obstante, como el punto más débil y a mejorar, tal y como muestra el Diagrama de Pareto, lo concerniente a las tareas de limpieza en el hogar.

Con estos resultados se puede animar a que las distintas administraciones públicas potencien, en base a una proyección de mejora integral, los servicios incluidos en el Catálogo o “vademécum social” que incorpora la propia Ley, en especial los que permiten cumplir el principio rector de una “promoción de la autonomía personal” en el propio domicilio.

Las prestaciones económicas compensatorias, previstas de manera excepcional en la Ley, pero ejecutadas en pauta cotidiana (IMSERSO, 2016) por su menor coste y rapidez de resolución (Martínez López, 2014), han evidenciado las dificultades de los gobiernos autonómicos para favorecer servicios preventivos que garanticen una autonomía personal (Martínez López, 2017). Esta situación obliga a las familias a recurrir a la provisión de los servicios necesarios al mercado y/o a encargarse directamente del cuidado de sus familiares, sobrecargando al cuidador informal (Bayona et al., 2018; Calvo, 2014). Este hecho genera un impacto negativo tanto en la salud como en la economía doméstica, por lo que es preciso retornar la senda de un servicio público de calidad frente al mal llamado “sueldo del cuidador”.

1.9. REFERENCIAS

Alemán Bracho, C., Alonso Seco, J.M. y Fernández Santiago, P. (2013). *Dependencia y Servicios sociales*. Aranzadi.

Ariza Baena, A., García Gallardo, N. y Zamora Ruiz, C. (2014). Profesionalización de los cuidados del paciente dependiente en el entorno domiciliario. *Investigación en salud y envejecimiento. Volumen I* (pp. 201-206). Asociación Universitaria de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (ASUNIVEP). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales [AEDGSS]. (2009). *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la*

Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, III Dictamen. <http://www.directoressociales.com/>

Bayona Huguet, X., Limón Ramírez, E. y Cegri Lombardo, F. (2018). Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Atención Primaria, 50*, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.003>

Calvo Arcos, A. (2014). ¿Y ahora qué? La política de atención a la dependencia en el contexto de la crisis. En J. D. Gómez-Quintero y C. Marcuello Servós. *Las políticas públicas y sociales en la encrucijada: incertidumbre, complejidad y cambio* (pp. 163-173). Universidad de Zaragoza

Calvo García, M. (2014). Crisis económica y efectividad de los derechos sociales. En M. J. Bernúz Benítez y M. Calvo García. *La eficacia de los derechos sociales* (pp. 89-132). Tirant lo Blanch.

Camacho Ballesta, J.A., Ruiz Peñalver, S.M. y Minguela Recover, M.A. (2015). La atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en tiempos de crisis: el caso español. *Cuadernos de Relaciones Laborales, 33*(1), 169-188. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2015.v33.n1.48812

Camacho Estrada, L., Hinostrosa Arvizu, G.Y. y Jiménez Mendoza A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 7*(4), 37-41.

Cámara Meseguer, M.D. (2018). *El impacto de la crisis en la Ley de Dependencia: el caso de la Región de Murcia* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia].

Cantero-Garlito, P.A., Flores-Martos, J.A. y Moruno-Millares, P. (2020). Dependency and Care: Perspectives from the Point of View of Professionals Assessing Situations of Dependency in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph17041178>

Carcedo, M.L., Pérez, M., Sánchez, M.J., Ramírez, J.M., Lima, A.I., Robles, M. y Moreno, F.J. (2016). Díez años de la Ley de Dependencia. *Temas para el debate, 240*, 43-52.

- Contel Segura, J.C. (2000). La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Atención Primaria*, 25, 526-528.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78561-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78561-1)
- Correa, M. y Jiménez-Aguilera, J.D. (2016). Sombras y sombras en la aplicación de la ley de dependencia. *Gaceta sanitaria*, 30, 77-80.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.09.001>
- Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 127, de 30 de junio de 2011.
- Del Pino, E. y Rubio, M. J. (2013). *Los estados de bienestar en la encrucijada*. Tecnos.
- Estrada Fernández, M.E., Gil Lacruz, A.I., Gil Lacruz, M. y Viñas López, A. (2018). La dependencia: efectos en la salud familiar. *Atención Primaria*, 50, 23-34.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.007>
- Fernández, E., Avella, L. y Fernández Barcala, M. (2006). *Estrategia de Producción* (2ª edición). McGraw Hill Inteamericana.
- García Alcaraz, F., Delicado Useros, V., Alfaro Espín, A. y López-Torres Hidalgo, J. (2015). Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Atención Primaria*, 47, 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.008>
- García Cueto, B. y García Martínez, C. (2017). Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 5(3), 30-34. https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Verano%202017/RevistaRqR_Verano2017_Cuidador.pdf
- Garvin, D.A. (1988). Competir en las ocho dimensiones de la calidad. *Harvard Deusto business review*, 34, 37-48.
- González Ortega, S. (2012). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España: Resumen ejecutivo*. Consejo Económico y Social España [CES].
http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf

- Guillén Rodríguez, A.M., González Begega, S. y Luque Balbona, D. (2016). Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar Mediterráneo. *Revista Española de Sociología*, 25(2), 261-272.
- Ibáñez, J. (2015). Perspectivas de la Investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En M. García. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Alianza.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco* (1ª edición). http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/li_broblanco.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2008). *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*. www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/boletin_envejecimiento/index.htm
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2010). *Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica*. Colección Estudios Serie Dependencia. www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/.../12013depfamilia.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2016). *Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*.
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2018). *Datos padrón continuo*. <https://www.ine.es/>
- Leché Martín, E.A. (2018). Dependencia y diversidad funcional: revisión crítica del impacto, sobrecarga y calidad de vida de los cuidados informales y la atención domiciliaria. *Trabajo Social y Salud*, 89, 17-23.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006.

- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial del Estado*, 201, de 20 de agosto de 2009.
- Ley de Integración Social de los Minusválidos LISMI (1982). *Boletín Oficial del Estado*, 103, de 30 de abril de 1982.
- Libera Bonilla, B.E. (2007). Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed*, 15(3). http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15_3_07/aci08307.htm
- López Gil, M.J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J. y Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
<http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- Marbán, V. (2008). Tercer Sector, Estado de Bienestar y política social. *Política y Sociedad*, 44(2), 153-169.
- Martínez López, J.A. (2014). Ley de Dependencia: De la fragilidad de los servicios a la necesidad de la prestación económica. *Documentos de Trabajo de Sociología Aplicada*, 4. <https://revistas.um.es/dtsa/article/view/170701>
- Martínez López, J.A. (2017). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 135-168.
- Martínez Marcos, M. y De la Cuesta Benjumea, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria*, 48, 77-84.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios Gerontológicos*. Fundación Caser para la dependencia. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
- Martínez Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Tesis

- doctoral, Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología]. http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33762/1/TD_TeresaMartinez.pdf
- Minguela Recover, M.A. y Muyor Rodríguez, J. (2019). Modelos de cuidado a personas en situación de dependencia en España. Un análisis desde la Gobernanza pública (2008-2019). *La Revista Actas de Coordinación Socio-sanitaria*, 25, 11-29. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i27.6474>
- Moreno, L. (2012). *La Europa Asocial. Crisis y Estado de Bienestar*. Ediciones Península. https://www.academia.edu/2398073/La_Europa_asocial
- Munuera Gómez, P. (2006). Mediación en situaciones de dependencia. Conceptos claves y marco jurídico relevante. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 1 ext, 262. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.20061%20Ext397
- Munuera Gómez, P. (2011). *Mediación en situaciones de dependencia funcional* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Muyor-Rodríguez, J (2019). El cuidado del familiar dependiente: análisis de género en la política social española. *Prospectiva*, 27, 83-105. <http://dx.doi.org/10.25100/prts.v0i27.6474>
- Ordenanza de la ciudad de Zaragoza sobre Prestaciones Sociales Domiciliarias. *Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza*, 290, de 19 de diciembre de 2009 (modificada en *Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza*, 17, del 22 de enero de 2010 en su Exposición de Motivos [punto II]).
- Orden CDS/456/2019, de 17 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia de las personas y el acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín Oficial del Aragón*, 90, de 13 de mayo de 2019.
- Orden PRE/640/2016, de 6 de junio, por la que se dispone la publicación del convenio de encomienda del Gobierno de Aragón al Ayuntamiento de Zaragoza, para la atención de personas en situación de dependencia en el servicio de ayuda a domicilio.

Pérez Peñaranda, A. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Departamento de Psiquiatría, psicología Medica, Medicina legal e historia de la ciencia. Programa: La Enfermedad: su Dimensión Personal y Condicionantes Socioculturales].

<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/781>

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 1.

<http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>

Serrano Pascual, A., Artiaga Leira, A. y Dávila de León, M.C. (2013). Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica. *Revista Internacional de Sociología*, 71(3), 669-694. <https://doi.org/10.3989/ris.2012.07.30>

Servicio de Organización y Servicios Generales sobre población provisional de la ciudad de Zaragoza (2019). Cifras de Zaragoza 2019. Datos demográficos del padrón municipal. Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza.

Tomás Aznar, C., Moreno Aznar, L.A., Germán Bes, C., Alcalá Nalváiz, T., Germán Bes, C. y Andrés Esteban, E. (2002). Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Revista Española Salud Pública*, 76(3), 215-226.

ANEXO 1.1. ENTREVISTA DE CALIDAD: SAD DEPENDENCIA

Nombre	Barrio/SIUSS	Grado dep	Edad	Sexo	Estado civil

Nº miembros unidad familiar		Nº dependientes (sin incluir beneficiario SAD)	
Cuidador (parentesco)		Edad	Entrevista realizada con

Coordinador/a servicio		Auxiliar doméstica	
------------------------	--	--------------------	--

Fecha alta sad/sadd		Nº horas ad/ap/total		Otros servicios

1	¿Ha solicitado revisión de su situación de Grado de Dependencia por empeoramiento?	SÍ	NO
	¿Hace cuánto tiempo?	Menos de 1 mes	1-3 meses
		3-6 meses	Más 6 meses

2	¿Ha obtenido resolución de su solicitud de revisión de dependencia?	SÍ	NO
	¿Se reconoce aumento de grado?	SÍ	NO
		Grado actual	

3	¿Le han actualizado el servicio público (número de horas asignadas) a ese nuevo grado reconocido?	SÍ	NO
---	---	----	----

4	¿Con qué regularidad recibe visitas de seguimiento del coordinador/a del servicio?				
	Solo la inicial	Entre 1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses

5	¿Ha planteado quejas o sugerencias al coordinador/a del servicio?	SÍ	NO		
	¿Cuántas?	¿Cómo las presentó?	¿Se solucionó?	SÍ	NO
	¿En cuánto tiempo?	Menos de 1 mes	1-3 meses	3-6 meses	Más de 6 meses
	Principales motivos				

6	¿Se presta el servicio con la uniformidad requerida?	SÍ	NO		
	¿Bata?	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
	¿Guantes?	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre

7	¿Considera correcto el cumplimiento de la puntualidad en el servicio? (hora de entrada y salida)	SÍ	NO	
	Insatisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho

1. Satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio

8	¿Cómo valora la iniciativa del profesional en cuanto a la planificación semanal de tareas?							
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	

9	¿Considera correcta la forma en que se realiza la actividad de limpieza cotidiana y mantenimiento del domicilio?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

10	¿Cómo valora la elaboración de comidas, dentro de la dieta exigida, y limpieza de vajillas?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

11	En cuanto al cuidado de la ropa (recogida, lavado, repaso y planchado) ¿le parece satisfactorio?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

12	¿Cómo valora el desarrollo de la actividad de movilización y tareas de aseo e higiene personal y vestimenta?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

13	¿Se realiza de forma correcta la colaboración en la ingesta de alimentos?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

14	El apoyo recibido a la hora de realizar transferencias como levantarse, acostarse y deambular dentro y fuera del domicilio ¿se da de forma correcta?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

15	Considera apropiadas las gestiones y/o acompañamientos en traslados fuera del domicilio? (realización de compra, citas médicas, acompañamiento centro de día, centros escolares, entrega de documentos, etc.)?			SÍ	NO	N/A		
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SÍ	NO		

16	En relación al desarrollo de actividades de compañía y entretenimiento en el propio domicilio ¿se encuentra satisfecho con las mismas?				SÍ	NO	N/A
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho
	¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SÍ	NO	

17	¿Qué grado de confianza le genera la realización de gestiones externas al domicilio realizadas por los/las profesionales que le atienden?				SÍ	NO	N/A
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho
	¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SÍ	NO	

18	¿Recibe un trato amable y respetuoso en un ambiente de discreción, comprensión y atención a sus necesidades?				SÍ	NO	
	Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho

19	¿Se ha anulado el servicio, desde que lo comenzó a recibir, por causas achacables a la empresa?				SÍ	NO	
	¿Cuántas veces?			¿Se solucionó?		SÍ	NO
	¿En cuánto tiempo?	1 semana		2 semanas		3 semanas	
						1 mes o más	

20	¿Qué grado de satisfacción, a nivel general, tiene del servicio de ayuda a domicilio?				SÍ	NO
----	---	--	--	--	----	----

Capítulo 2

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES: DIMENSIONES DE CALIDAD Y VARIABLES ASOCIADAS

2.1. INTRODUCCIÓN

La población española asiste en la actualidad a un rápido desarrollo del envejecimiento demográfico debido entre otros factores a: el descenso de la fecundidad, la prolongación de la esperanza de vida y la mejora de la salud pública (González y San Miguel, 2001).

Una de las consecuencias más importantes de este proceso es el aumento de la población dependiente, principalmente en edades más avanzadas. Los datos sociodemográficos de principios del siglo XXI muestran que la población en la Unión Europea, cuenta con un porcentaje de personas mayores de 65 años del 20,3% (Pérez et al., 2020), que representarán el 35% de la población española para el año 2066, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018).

Esta tendencia apunta a un incremento progresivo de la necesidad de atención a las personas mayores, y en especial, a la denominada cuarta edad, es decir, los mayores de 80 años. Se trata de una etapa de la vida en la que son mucho más visibles las enfermedades, el deterioro de las facultades cognitivas y motoras, y los accidentes domésticos que producen incapacidad. Además, la franja de edad referida, se caracteriza por precisar una mayor cantidad de apoyos, como así demuestra que el 53,4% del 1.121.253 de personas beneficiarias que disfrutaban de los servicios o prestaciones de la Ley de Dependencia de 2006 sean mayores de 80 años, según los datos aportados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en sus estadísticas mensuales referentes a “perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo y edad”, a 28 de febrero de 2021.

Las cifras expuestas exigen de una mayor inversión y responsabilidad en la intervención psicosocial, el diseño de políticas específicas y la provisión de servicios desde la administración pública. En base a ello, los esfuerzos deben ir encaminados a favorecer una conciliación real de la vida familiar, y, muy especialmente, cuando los cuidados producidos dentro del núcleo convivencial propio no se puedan abordar o presenten carencias. El cambio de rol de la mujer en la sociedad, su incorporación al mundo laboral, y los nuevos modelos de familia (de menor tamaño, monoparentales, reconstituidas, etc.) afectan significativamente al modo tradicional de atención a los mayores desde el modelo mediterráneo, en crisis en el momento actual.

Dando respuesta a esta necesidad de conciliación, las familias optan, entre otras posibilidades, por utilizar los servicios residenciales. Actualmente, las residencias deben cumplir los requisitos de los Sistemas de Gestión de Calidad, lo que implica su planificación, intervención y evaluación constante con el objetivo de mejorar tanto la satisfacción de los usuarios como la eficiencia del servicio.

La convivencia de servicios públicos con privados, como ocurre con las residencias para mayores, plantea la necesidad de un mayor seguimiento e investigación de los procesos de calidad. La concepción de “lo público” como algo gratuito y beneficiarios menos exigentes, frente al sector privado, delimitado por una coeficiencia y beneficios económicos, puede suponer una diferencia de esfuerzos en la búsqueda de la excelencia. Es por ello que se debe trabajar en la protección de los beneficiarios de estos servicios y de sus derechos, garantizando la calidad de los mismos independientemente de la titularidad del recurso.

En España, en 2020, el 73,2% de las residencias destinadas a personas mayores eran privadas frente a un 26,8% de residencias públicas (Abellán et al., 2020), siendo mayormente residencias con plazas no asistidas (Picardo, 2020).

En estos espacios residenciales conviven entre el 4% y el 6% de los adultos de 70 o más años (Tarazona-Santabalbina et al., 2020), configurando el grupo etario que más ha aumentado en el último siglo. Las especificidades de este colectivo

permiten considerar las residencias como una de las respuestas institucionales dadas para cubrir sus necesidades (Esteban y Rodríguez, 2015).

En este entorno, los residentes realizan actividades fundamentalmente dentro de los propios espacios, reduciendo las visitas de amigos y familiares, e incrementando los tiempos de ocio en actividades como ver la televisión (Acevedo, 2014) manteniendo, por ello, un mayor contacto con las personas que conviven en la actualidad que con el entorno próximo o con sus anteriores referencias sociales.

Como consecuencia de la pandemia, las residencias de mayores han sido especialmente golpeadas, repercutiendo directamente en sus residentes, quienes han vivido un doble confinamiento, alejados del mundo exterior y reclusos en su propio dormitorio. Este hecho ha supuesto la restricción de acceso a zonas comunes, la eliminación de programas de rehabilitación o estimulación y no recibir, como pauta general, visitas familiares o amigos. Esta situación, según autores como Pinazo-Hernandis (2020) o Blanco-Tarrio y Blanco Sánchez (2020) ha conllevado situaciones de deterioro cognitivo, físico y soledad emocional.

No obstante, y a pesar de este hecho puntual que se va alargando en el tiempo, la calidad del entorno residencial se sigue midiendo en base a diferentes variables, entre la que se encuentra de manera prioritaria el grado de satisfacción de sus residentes, y sobre los diferentes elementos que componen estos espacios, entendiendo la residencia como un espacio convivencial y no como un centro sanitario, en el que la calidad de vida se vincula tanto a las relaciones, intimidad y participación social como a la autonomía personal.

En base a esto, el presente estudio se plantea como objetivo de investigación conocer el grado de satisfacción que los residentes tienen con respecto a los espacios donde desarrollan su vida, así como con sus relaciones personales y los servicios que tienen a su disposición. De esta forma, se podrá analizar un marco amplio de variables que posibiliten la mejora continua de estos espacios.

Para responder a estas cuestiones se realizará, en una primera parte, una revisión teórica sobre la Ley de Dependencia, el derecho subjetivo a disfrutar de un servicio público como el residencial y la calidad con la que deben gestionarse estos

espacios. Posteriormente, se analiza la Residencia Vitalia Alto Gállego de Sabiñánigo, y el grado de satisfacción alcanzado respecto a los servicios prestados abordando finalmente, con los datos obtenidos, procesos de mejora y posibles líneas de actuación.

2.2. EL SERVICIO RESIDENCIAL COMO RESPUESTA DE ATENCIÓN DE CUIDADOS

Los datos descritos aportan una previsión global en cuanto a la necesidad de atender a este colectivo mediante la implementación servicios públicos o privados concertados, dentro o fuera de sus domicilios, cumpliendo así con los derechos subjetivos de las personas recogidos en la Ley de Dependencia. En este sentido, en su Capítulo II se incorpora un Catálogo o Vademécum Social, instrumento por el que se materializa y garantiza el derecho universal de acceso a los servicios sociales, incluidos, como es el caso, los centros residenciales.

La obligatoriedad de dar respuesta desde la administración pública se vuelve especialmente crítica con aquellas personas que, ante la imposibilidad de disfrutar de una red de apoyo social operativa, requieren una atención especializada que dé cobertura a unos cuidados continuos, siendo aquí donde adquieren gran relevancia los servicios residenciales.

Así mismo, según el artículo 25 de la misma Ley, los servicios residenciales (públicos o concertados) se prestarán desde centros habilitados según el grado y tipo de dependencia y la intensidad de cuidados que precise la persona. También determina que, desde un enfoque biopsicosocial, deben ofrecer recursos de carácter personal y sanitario continuados y con carácter temporal o permanente.

Desde la puesta en marcha de Ley de Dependencia se viene observando un aumento considerable tanto del número de residencias como de plazas cubiertas desde la administración pública, ampliando desde las 58.960 plazas residenciales, que reflejan los primeros datos recogidos por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en 2008 (SAAD), a las 170.785 en enero de 2020 (tabla 2.1). No obstante, el esfuerzo de la inversión pública en la provisión de servicios

residenciales debe ser mayor, dado el aumento continuado de su demanda. Esto queda reflejado en los porcentajes anuales, ya que, independientemente del aumento progresivo de prestaciones reconocidas, este tipo de servicios no crecen al unísono, sino que su demanda aumenta a un ritmo superior.

El número de personas que no pueden ser atendidas en sus domicilios, como así demuestra el continuo incremento de beneficiarios que acuden a centros de día o residencias y la demanda de este tipo de servicios, obliga a la administración a concertar plazas con el sector privado, conviviendo en la actualidad, residencias públicas con privadas.

Esta relación entre lo público y lo privado presenta consecuencias complejas. Las personas dependientes que se encuentran a la espera del recurso prescrito son compensadas económicamente por el pago que realizan a las residencias privadas, creando un efecto perverso como es la desaceleración del servicio público frente al incremento de las prestaciones económicas del 3,12% al 13,57% en once años (diciembre de 2008 a diciembre 2019), según el IMSERSO (2020). El análisis de estos datos es relevante, dado que la calidad y la homogeneización de los servicios no siempre quedan garantizadas.

Tabla 2.1

*Evolución anual de la concesión de prestaciones de dependencia en España
y porcentaje de servicios de atención externa en relación
a las prestaciones totales anuales*

Año	Personas beneficiarias	Centro de día/noche		Atención residencial		Prestación económica vinculada al servicio		Prestaciones reconocidas	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008	-----	12.270	2,90	58.960	13,94	13.197	3,12	422.846	100
2009	463.303	27.361	5,90	95.820	20,68	36.076	7,78	520.736	100
2010	654.499	44.610	6,81	119.253	18,22	52.402	8,00	780.862	100
2011	741.713	58.030	7,82	122.040	16,45	59.836	8,06	917.604	100
2012	764.969	65.976	8,62	125.792	16,44	64.532	8,43	959.903	100
2013	753.842	70.343	9,33	130.424	17,30	72.029	9,55	945.051	100
2014	745.720	73.293	9,82	135.346	18,14	73.636	9,87	929.983	100
2015	796.109	84.462	10,61	148.382	18,64	83.734	10,52	997.984	100
2016	865.564	85.730	9,90	151.719	17,53	90.847	10,49	1.068.967	100
2017	954.831	90.959	9,52	157.174	16,46	110.669	11,59	1.178.011	100
2018	1.054.275	94.802	8,99	166.579	15,80	132.491	12,57	1.320.659	100
2019	1.115.183	96.748	8,67	170.785	15,31	151.340	13,57	1.411.021	100
2020	1.124.230	88.465	6,20	156.437	10,96	154.547	10,83	1.427.207	100

Fuente: basado en datos de INSERSO (2020) a 31 de diciembre de 2020

Explicación de las variables:

Centro de día/noche: número total anual de plazas cubiertas con servicios públicos.

Atención Residencial: número total anual de plazas cubiertas con servicios públicos.

Prestación Económica vinculada al servicio: número total anual de compensaciones económicas prestadas a personas que utilizan un servicio privado (para el pago del mismo).

Personas beneficiarias: número total anual de personas beneficiarias que disfrutaran de uno o más servicios, independientemente de la modalidad, o prestación económica.

Prestaciones reconocidas: número total de prestaciones o servicios anuales activos, teniendo en cuenta que un beneficiario puede disfrutar al mismo tiempo de diferentes servicios compatibles entre sí.

Ante esta situación, se debe retomar la senda del servicio público, garante de derechos adquiridos por la ciudadanía, fomentando el servicio residencial de calidad. Este proceso debe guiarse, como así se define desde el mismo nacimiento de la ley, desde la perspectiva de unificar unos criterios que garanticen una gestión adecuada

de las residencias. En este sentido, se deben tener presente, entre otras cuestiones: la gestión de las instalaciones, la prestación del servicio, así como la implantación de un sistema de calidad, tanto en las residencias de titularidad pública como privada.

2.3. CRITERIOS DE CALIDAD DEL SERVICIO RESIDENCIAL

2.3.1. Antecedentes de su formulación

La incorporación de España a la Comunidad Económica Europea supuso un nuevo desafío para la mejora de los servicios sociales, al aumentar el interés por evaluar productos y servicios. La calidad valorada de los mismos se entendía como de calidad como el conocimiento de los efectos de un servicio en función de los objetivos establecidos y los recursos implementados.

Ante estos nuevos retos, los diferentes agentes económicos y la administración pública han buscado adaptarse a las políticas europeas, y cumplir con las normativas internacionales. Es a partir de aquí cuando emerge un proceso continuo de mejora y la profesionalización de las instituciones encargadas de dictar normas y recomendaciones a nivel internacional. Se define así un objetivo innovador de las políticas públicas españolas: mejorar la calidad y competitividad de los productos y servicios españoles.

Con este fin, en España, el entonces Ministerio de Industria y Energía trasladó, en 1986, a la iniciativa privada las actividades de normalización y certificación que venía realizando desde 1945 IRATRA (Instituto Nacional de Racionalización en el Trabajo) y posteriormente, desde 1971, IRANOR (Instituto de Racionalización y Normalización), entidad pública dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Como consecuencia de estos procesos de cambio en 1986 se constituye AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) ocupándose, desde ese momento, de la normalización y certificación de las actividades, en sectores industriales y de servicios, mediante la elaboración de normas técnicas y la certificación de empresas, productos y servicios. Así mismo, AENOR es uno de los

institutos de normalización nacionales que forman parte de la Organización Internacional para la Estandarización o ISO (International Organization for Standardization), cuya finalidad es la coordinación de las normas nacionales. Además, forma parte de las funciones de la organización encargarse de promover el desarrollo de normas internacionales conocidas como normas ISO, como la ISO 9001 que establece los requisitos a cumplir para tener un correcto sistema de gestión de la calidad.

AENOR pretende desarrollar una infraestructura básica que permita establecer soluciones, en colaboración con los agentes implicados, a situaciones que se repiten con el tiempo. Con este fin, los Comités Técnicos de Normalización (CTN) se encargan de crear normas tecnológicas como las UNE (Una Norma Española). Por otro lado, el Comité Europeo de Normalización (CEN), formado por expertos de los diferentes Estados Miembros, elaboran las EN (Normas Europeas). Así las normas UNE-EN ISO, constituyen la versión oficial en español de las normas europeas, y han sido adoptadas tras su aprobación por parte de la Asociación Española de Normalización. Es en el año 2008 cuando se generan una serie de normas UNE que pretenden garantizar unos niveles de calidad y homogeneizar los criterios de atención y servicios públicos y privados.

Este proceso de mejora constante supondrá, en el año 2015, la publicación de una nueva versión de la norma ISO 9001. Se observa, desde ese momento, un nuevo enfoque preventivo mediante a) la realización del análisis de riesgos y oportunidades, identificando factores internos y externos que permitan contextualizar la labor de la empresa y b) uso de estándares con una estructura común y mayor implicación de la alta dirección en los sistemas de gestión. Esta apuesta por el cambio pretende, como objetivo principal, la integración de las diferentes normas ISO en una misma organización empresarial, una gestión integral, en pro de una mayor satisfacción de sus clientes.

Un año después, en 2016, AENOR acordó la modificación de sus Estatutos, y con ello la separación jurídica, funcional y contable produciéndose, desde enero de 2017, un desdoblamiento entre AENOR Internacional y la Asociación Española de

Normalización conocida como UNE. A AENOR Internacional se le transfieren, desde ese momento, las actividades mercantiles, es decir, actividades de evaluación de la conformidad, formación y servicios de información.

Por otro lado, la Asociación Española de Normalización, entidad privada, multisectorial y sin fines lucrativos, asumirá las actividades de cooperación y normalización. Dentro de sus funciones esta asociación está designada, por parte del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, como el organismo nacional de normalización, es decir, entidad legalmente responsable del desarrollo de las normas en España, conforme a lo establecido en el Reglamento de la Infraestructura para la Calidad y la Seguridad Industrial (Real Decreto 2200/19951) y en el Reglamento (UE) 1025/2012 sobre Normalización Europea.

2.3.2. La calidad como eje transversal de las políticas públicas

La creciente implantación de normas nacionales e internacionales y certificaciones del sistema de calidad sitúa a la “calidad” como un eje transversal de las políticas públicas. Así, la promoción de criterios y estándares de calidad y el establecimiento de mecanismos de evaluación y garantía para la prestación de servicios sociales, se asume también como un objetivo prioritario de las políticas sociales.

Este hecho lo recoge la Ley de Dependencia señalándose, posteriormente, la obligatoriedad de garantizar unos estándares adecuados y un proceso continuo de evaluación en los artículos 5, 46 y 48 de la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón donde se observa la calidad de los servicios prestados como un derecho adquirido por las personas beneficiarias. Se determina, además, en el artículo 1.4 de la ley de Servicios Sociales de Aragón, la necesidad de establecer un marco normativo básico dirigido hacia las empresas privadas del sector de servicios sociales que aborden la atención y cuidados de las personas en situación de vulnerabilidad.

El cumplimiento de la calidad total, como fin de las políticas públicas actuales, dependerá de factores como son: los aspectos concretos vinculados al contexto y entorno donde se den los servicios, y a las experiencias propias de los beneficiarios y su grado de satisfacción con los servicios residenciales prestados.

Es por ello que, un enfoque de la calidad desde una perspectiva relacionada con la prestación de servicios, donde la persona es el centro de la intervención, debe fijarse tanto en la perfección del servicio, en cuanto a su diseño, elaboración y ejecución, como en el grado de satisfacción del usuario. Garvín (1988) especifica que, además de una serie de criterios objetivos de la calidad, también se deben considerar aspectos más relacionados con la fiabilidad de un servicio o el trato recibido durante el mismo. Estas dimensiones de la calidad influyen significativamente en la percepción y en el grado de satisfacción del beneficiario, aspecto relacionado directamente con sus expectativas iniciales y la percepción individual de una mejor calidad de vida (Martínez Rodríguez, 2015).

En base a esto, una mejora continua de las organizaciones, procesos, instrumentos de seguimiento y una metodología de auto-evaluación, tiene que ir paralela a un indicador esencial como es el “grado de satisfacción del beneficiario”. El respeto a las preferencias personales y generar cauces de participación es imprescindible si se pretende alcanzar la máxima calidad del servicio prestado, al mismo tiempo que constituye una prioridad en la consecución de estándares de calidad definidos por la legislación actual.

2.3.3. Los servicios residenciales: un entorno de calidad y calidez

En este contexto nace la norma UNE 158000, para la promoción de la autonomía personal y, más concretamente, la UNE 158101-2015: “Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales de día o centro de noche integrado”. Según Mira et al. (2019), esta normativa determina los protocolos de actuación e indicadores de gestión, proporciona unas directrices garantes de un servicio de calidad y desarrolla unos requisitos mínimos tanto para entidades públicas como privadas, titulares de los centros residenciales.

Desde su implantación, su objetivo ha sido garantizar la gestión eficiente de los servicios y de su prestación, desarrollando, para ello, estándares de calidad y procesos de seguimiento y evaluación continua, que permitan tanto garantizar la

calidad de los servicios como la mejora continua de los mismos, gracias a la concreción de criterios unificados, requisitos mínimos y sistemas de verificación en la gestión.

En base a ello, se integran indicadores de obligado cumplimiento, que hacen posible identificar y diferenciar los servicios ofrecidos, así como evaluar y comparar sus resultados. Resaltan como aspectos más destacados y ejes principales para alcanzar la satisfacción del usuario: su atención, su relación con el entorno y la interacción con otros servicios. Es aquí donde intervienen aspectos tan significativos como el trato profesional, el apoyo psicosocial, familiar, la convivencia y las relaciones con el entorno, contemplando no sólo a los usuarios y prestadores de servicios, sino también a otras partes interesadas, como las familias y la interacción con los servicios de salud.

Tabla 2.2

*Indicadores UNE 158101 para la gestión de los centros residenciales
(incluidos los que cuentan con centro de día y/o noche)*

Proceso	Indicador	Periodicidad
<i>Inicio de servicio en los centros de día y noche</i>	Porcentaje de personas usuarias con valoración inicial completa en el proceso de ingreso	Trimestral
<i>Plan de Atención Individual (PAI)</i>	Porcentaje de personas usuarias con PAI inicial realizado	Trimestral
	Porcentaje de personas usuarias con revisión de PAI semestral	Semestral
<i>Programas de intervención</i>	Porcentaje de personas usuarias con caídas	Mensual
	Porcentaje de personas usuarias con salidas no controladas	
	Porcentaje de personas usuarias que participan en actividades socioculturales	
	Porcentaje de familias que participan en actividades programadas para ellas	
<i>Servicios del centro</i>	Ratio de incidencias en la medicación	Trimestral
	Porcentaje de personas usuarias con sujeción mecánica	
	Porcentaje de rutas con incidencias	
<i>Finalización del servicio</i>	Porcentaje de bajas por inadaptación	Trimestral
<i>Proceso de evaluación interna de calidad del servicio</i>	Porcentaje de personas usuarias satisfechas	Anual
	Porcentaje familiares satisfechos	
	Porcentaje de personas usuarias y familiares con quejas	Mensual
<i>Recursos Humanos</i>	Porcentaje de trabajadores satisfechos	Anual
<i>Formación</i>	Porcentaje de trabajadores que han recibido formación	Anual

Fuente: Mira et al. (2019)

La relevancia de estos indicadores, como variables de medición de logros obtenidos, mejora continua y análisis comparado, se considera en las diferentes fases del proceso de valoración de un servicio. Entre ellas, se encuentran las actuaciones realizadas durante el acogimiento, el seguimiento y el uso que dan los diferentes usuarios a servicios y recursos. Además, se contempla lo referente a la gestión del personal y la evaluación de los servicios ofertados, promoviendo las buenas prácticas de dirección de personas y la implicación y participación de los profesionales en la mejora del servicio.

2.4. METODOLOGÍA

2.4.1. Elección de la muestra

Con el fin de estudiar de manera operativa como se valora la satisfacción de los usuarios de centros residenciales, se ha elegido la Residencia Vitalia Alto Gallego que en 2018 contaba con 90 plazas. De estas, 50 correspondían a usuarios con severa o gran dependencia, no siendo incluidos por su déficit de capacidades cognitivas o por presentar problemas severos de movilidad que dificultaban el proceso de entrevista. Dado el perfil de población de estudio, es decir, personas de avanzada edad y patologías asociadas, se ha delimitado la muestra a 40 residentes.

Una vez definida la muestra, se priorizó la recogida de datos mediante entrevistas directas y cuestionarios realizados en la propia residencia.

2.4.2. Elección del instrumento

Con la finalidad de obtener un instrumento fiable, se partió de un cuestionario empleado por un grupo de investigación de Servicios Sociales de la Comarca Alto Gallego, dada la proximidad territorial y pertinencia de variables. Tras una primera fase de revisión y modificación, se sometió a evaluación por parte del equipo multidisciplinar del Grupo de Referencia de Investigación de la Universidad de Zaragoza y Gobierno de Aragón, ref. S. 51 Bienestar y Capital Social, el cual cuenta con un sistema de jueces externos.

Como resultado de este trabajo se crearon dos instrumentos específicos, dirigidos por separado a residentes o familiares. Ambos cuestionarios formulan tres tipos de preguntas: dicotómicas, de escala (numéricas y escala Likert) y abiertas. Los datos obtenidos permiten conocer y analizar datos sociodemográficos, así como el grado de satisfacción de residentes y familiares con aspectos relativos a:

- a) Conocimiento o acceso a la información sobre servicios (médicos, transporte sanitario y acompañamiento hospitalario, comedor y lavandería) e instalaciones (zonas comunes y habitaciones).
- b) Cauces de participación y aspectos relacionales.

- c) Actitudes, grado de conformidad e intensidad de sentimientos.
- d) Tutela de residentes, gestión empresarial y canales de comunicación.
- e) Evaluación personal sobre aspectos concretos señalados en el cuestionario.

Tabla 2.3

Relación entre los bloques del cuestionario y los indicadores de calidad de la norma UNE 158000

Bloques del cuestionario	Normas UNE 158000
<i>Bloque 1: Características sociodemográficas</i>	Plan Atención Individualizado (PAI) Inicio en el servicio de centros de día y noche
<i>Bloque 2: Instalaciones</i>	Programa de intervención Servicios del centro
<i>Bloque 3: Servicios</i>	Programas de intervención Formación
<i>Bloque 4: Participación y relaciones en la residencia</i>	Procesos de evaluación interna de calidad del servicio

Fuente: Mira et al. (2019)

2.5. RESULTADOS

2.5.1. Resultados descriptivos

2.5.1.1. Características sociodemográficas

De las 40 personas entrevistadas en el centro residencial 27 son mujeres, quienes constituyen el 67,5% de los casos. La franja etaria dominante se encuentra a partir de los ochenta años, con el 77% de los hombres (10) y el 88,9% de las mujeres (24). Por tanto, el 85% de los participantes del estudio se encuentren dentro del tramo de edad, considerado cuarta edad.

Tabla 2.4*Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) por edad y sexo*

		Total		Hombre		Mujer	
		N.	%	N.	%	N.	%
<i>Edad</i>	60-69	2	5	1	2,5	1	2,5
	70-79	4	10	2	5	2	5
	80-89	22	55	7	17,5	15	37,5
	90-99	12	30	3	7,5	9	22,5
<i>Total</i>		40	100%	13	32,5%	27	67,5%

Fuente: Adaptado de Mira et al. (2019)

Del análisis de la muestra se detrae una mayoría de personas en situación de viudedad, concretamente el 55% (siendo en el 82% mujeres). El estado civil del resto de residentes es soltero en el 27,5% y casado en el 7,5% de los casos.

En cuanto al origen de procedencia, el 76% de los usuarios procede de otras localidades diferentes a su residencia actual, Sabiñánigo, siendo naturales principalmente de Huesca o Zaragoza, en un 37% y 30% respectivamente. Así mismo, el ingreso se produjo en el 43,2% de los casos durante el año anterior al estudio, mientras que un 13,5% llevan siendo atendidos en este servicio más de cinco años.

Con respecto al régimen de alojamiento sólo un 17,5% de los residentes disfrutan de plaza concertada, es decir, de un servicio público garantizado por la Ley de Dependencia. El 82,5% han ingresado de forma privada, incluyendo en este porcentaje las dos personas que disfrutan del servicio de centro de día.

Este hecho se debe, principalmente, a que un 22% de la muestra se encuentra en situación de dependencia. El perfil de personas entrevistadas totalmente autónomas es el 42,5% de los casos y, en un 35,5%, la de aquellos residentes que sólo requieren de apoyos puntuales para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En base a los datos aportados, se constata que la muestra está compuesta principalmente por mujeres, mayores de 80 años, viudas o solteras, con capacidades

que les permiten mantener su autocuidado, procedentes de provincias limítrofes y que llevan siendo atendidas por este recurso más de un año.

2.5.1.2. Instalaciones

Uno de los espacios más relevantes, según los datos que reflejan las respuestas de los residentes, es el dormitorio y todo lo relacionado con éste. Que el 80% de los residentes compartan habitación, un 5% con más de una persona, y que cerca del 70% lo hagan sin tener relación de parentesco, es de suma importancia en cuanto al grado de satisfacción del residente, que valora esta experiencia de compartir, en el 70% de los casos, como positiva,

Los resultados señalan que este espacio íntimo, aunque compartido, goza de muy buena consideración por parte de sus ocupantes. En esta línea, destaca la opinión positiva del 90% de los encuestados, sobre el gusto por los muebles y su mantenimiento, señalando que el 75% de la muestra valora “bastante bien” los aspectos relacionados con el mobiliario en general.

En esta misma línea, se observa la opinión del 85% de los residentes sobre la buena ubicación del dormitorio, así como una valoración favorable sobre su accesibilidad, y el baño, o la privacidad de la que disfrutan. No obstante, algo más de la mitad de los encuestados señalan que los profesionales no avisan al entrar con la frecuencia deseada.

Por otra parte, en cuanto a los espacios comunes, los residentes presentan un alto grado de satisfacción, en especial con la limpieza o el acceso a las salas, destacando el adecuado equipamiento técnico disponible en estas zonas (televisión, audio, aire acondicionado, etc.).

Frente a los espacios mejor valorados, como la sala de TV y jardín, el espacio destinado a guardar las pertenencias individuales (el 45% de los encuestados los valora como nada o poco positivos) o la cafetería están peor valorados. Sobre este último espacio, el 90% de los residentes se muestra contrario al uso restringido de las máquinas expendedoras, y el 80% lo valora como nada o poco satisfactorio.

No obstante, independientemente de sus pros y sus contras, el 97,5% de los residentes considera que la residencia es un lugar bastante o muy acogedor.

2.5.1.3. Servicios

El 80% de los encuestados se refieren al **comedor** como bueno o muy bueno, en especial por su horario, la cantidad y calidad de la comida servida. Para el 87,5% de sus comensales, que el menú pueda ser consultado con un día de antelación, en el tablón de anuncios, se percibe de manera muy satisfactoria.

En referencia a la dieta disponible, más del 90% de los encuestados expresa su idoneidad. Además, también hacen referencia a su diversidad, en el 65% de los casos, por disponer de menús especiales en días señalados, y a que cumple con las necesidades nutricionales necesarias. No obstante, al 57% de los usuarios les gustaría disponer de más bebida durante la comida. El 70% de ellos no necesita comprar comida externa.

De manera poco favorable, destaca que un 75% de los casos no han participado o no han sabido trasladar sugerencias de mejora a la dirección de la residencia.

En otro orden de aspectos, más vinculado a lo relacional, se observa un 80% de personas satisfechas con los compañeros de mesa, que avala la buena distribución de ellas, siendo significativo que el 92% de los residentes prefieran comer en el comedor que en su dormitorio.

Otro servicio en el que el 80% de los encuestados coincide en valorarlo como positivo o muy positivo es el de **lavandería**. Tan sólo un 8% de personas manifiestan que debería mejorar, principalmente en referencia al extravío de ropa, frente al 88% que afirma que su ropa está limpia, y cuando la necesitan, siempre o casi siempre.

En este sentido, los resultados reportan que el 50% de los usuarios nunca han perdido ropa, mientras que un 6% piensa que este hecho es frecuente. En caso de pérdida, el 75% de los beneficiarios del servicio señalan que el personal busca una solución a este problema, destacando por ello una buena organización, dado que el 82% de la muestra sabe a quién comunicar cuestiones de esta índole.

El servicio mejor valorado por los residentes es, sin duda, el relacionado con la **atención médica**, no encontrando ninguna respuesta que lo refiera como poco o nada satisfactorio. Además, añadido a esto, los resultados arrojan unas cifras positivas en relación al poder acudir de forma voluntaria, que manifiestan el 88% de los beneficiarios, y en un horario suficiente para el 80% de la muestra. Están muy satisfechos con el trato recibido en el 52% de los encuestados.

En cuanto a la consulta médica en sí, el 85% de los encuestados expresan que las explicaciones sobre el diagnóstico, tratamiento y medidas adoptadas son claras y sencillas, obteniendo, además, suficiente información sobre la medicación y seguimiento (para el 75% de los residentes).

Hay que destacar, en este apartado, el buen hacer de los auxiliares de la residencia, ya que coinciden en que son ellos quienes les recuerdan las citas programadas, en un 87% de casos, y les facilitan tener la medicación localizada y preparada (en el 82,5% de los participantes de la encuesta). En esta línea, el 97,5% de las personas coinciden en su trato amable, respetuoso, rápido en caso de necesidad o urgencia, y en que tienen en cuenta sus opiniones en cuanto a su salud, cuidado, higiene y arreglo personal.

El sistema de atención médica, dado la edad y patologías asociadas de los usuarios, incluye un protocolo de prevención de caídas y aspectos que posibilitan la movilidad y autonomía personal. En este sentido, el 75% de los residentes afirma no haberse caído nunca, frente al 15% que le ha ocurrido con frecuencia, habiendo recibido, en caso de caída, una rápida atención y comunicación del suceso a los familiares o responsables.

Los protocolos, en cuanto al evitar este tipo de accidentes, se basan en cuidar la movilidad dentro y fuera de la residencia. Así, el 75% de la muestra, se encuentra muy satisfecho con la rapidez en que se les ayuda en sus desplazamientos dentro de la residencia. Por el contrario, en el caso de acompañamientos externos, el 70% de los participantes ignora la implicación de los profesionales que les atienden, desconociendo si éstos se han desplazado con ellos en el 47,5% de los casos y, afirmando, el 37% de los residentes, que no se ha encargado el personal de la residencia.

2.5.1.4. Participación y relaciones en la residencia

VARIABLES importantes para una fluida participación dentro de un entorno residencial son la relación entre usuarios y profesionales, los accesos a los espacios dónde se desarrolla, horarios facilitadores y una buena concreción de los canales propuestos para ello.

En este sentido, y formando parte de los protocolos ordinarios de su nuevo entorno convivencial, este tipo de información se ofrece desde su ingreso en la residencia. En ese preciso momento, el de recepción y acogida, el 50% de los residentes refieren que se les dio una información satisfactoria, frente a un 25% que expresa que les pareció deficiente.

La comunicación de los residentes con los profesionales, en el 92,5% de los casos se define como muy buena. Es importante, además, conocer la percepción general que tienen los residentes sobre sus relaciones personales entre ellos, señalada como bastante o muy buena. Especialmente importante es la interacción con el compañero de dormitorio. El 87% de ellos la valora como buena o muy buena. No obstante, un 5% de la muestra la define como regular.

Estos datos facilitan la participación, siendo las actividades de ocio con más demanda, y por este orden, la gimnasia, el visionado de televisión y los paseos. Así, el 80% de los residentes refiere aprovechar, o haberlo hecho, estas sesiones, mientras que un 10% de ellos no pueden hacerlo debido a sus patologías físicas.

En relación a la satisfacción de los participantes, en cuanto a la actividad en sí, se observa que en un 37,5% manifiestan que son de su interés, frente a un 20% que opina lo contrario, resaltando un 32,5% que no plantean opinión alguna. En cuanto al horario y tiempos dedicado al ocio o tareas diarias, un 75% de los entrevistados refieren estar satisfechos con ellos.

Finalmente, aunque un 65% de los residentes afirma conocer los procesos y formas de participación, el 90% no han participado nunca y desconocen quien es su representante en las reuniones de usuarios, donde se exponen quejas y sugerencias. No obstante, un 52% de los encuestados opinan que el reglamento de participación

de la residencia no es excesivamente estricto, facilitando el mantener un papel más activo en cuanto a la posibilidad de plantear propuestas.

2.5.2. Resultados inferenciales

Una vez analizados los resultados descriptivos, se trata ahora de profundizar en la relación estadísticamente significativa entre las variables. Con este fin se ha elegido la correlación de Pearson. Esta técnica estadística se ha aplicado a los cuatro bloques de preguntas que integran la encuesta.

Tabla 2.5

Número de correlaciones estadísticamente significativa en función de las variables

Características sociodemográficas	
Edad del usuario	3
Estado funcional	5
Régimen de alojamiento en la residencia	20
Tiempo en que el usuario ha permanecido en la residencia	5
Cómo valora el compartir habitación o no	20
Instalaciones	
<i>Zonas comunes</i>	
Limpieza de la residencia	13
Comodidad de las zonas comunes	11
Dispone de espacios para charlas con visitas	16
Dispone de servicio de cafetería habitualmente	8
Tiene acceso a máquinas expendedoras	8
Cree que las zonas comunes están bien iluminadas y ventiladas	9
Cuidado de la zona de jardín	6
Cree que puede acceder correctamente a las diferentes salas de la residencia	8
En caso de necesitar ayuda para desplazarse por la residencia, la recibe rápidamente	15
Cree que sus objetos personales están en lugar seguro	5
La residencia cuenta con suficiente material técnico	4
<i>Habitaciones</i>	
Le gusta la ubicación de la habitación	4
Valoración del acceso a la habitación y al baño	22

Instalaciones	
Valoración del al ventilación e iluminación de la habitación	22
La limpieza de su habitación es adecuada	22
Tiene objetos personales en la habitación	22
Estado del mobiliario de la habitación	12
Le gusta el mobiliario de la habitación	17
Tienen muebles propios en la habitación	23
Valoración de la comodidad de la cama	22
Tiene libertad para entrar y salir de la habitación	22
Nivel de intimidad en la habitación	22
Con qué frecuencia el personal llama antes de entrar en la habitación	22
Servicios comunes	
Cómo valora el servicio de lavandería y cuidado de ropa	23
Se pierde su ropa	18
Tiene la ropa limpia y a punto cuando lo necesita	18
Satisfacción con el servicio de peluquería	6
Satisfacción con el servicio de gimnasio	3
Cuenta con aparatos que le faciliten su movilidad en la residencia	11
Le gustan las actividades de entretenimiento organizadas por la residencia	12
Satisfacción con la televisión	11
Valoración del servicio de comedor	7
Valoración de la cantidad de comida servida	4
Valoración de la calidad de la comida servida	8
Valoración de los horarios de las comidas	8
Conoce el menú con anterioridad	5
Le gusta que anuncien el menú en el tablón de anuncios	3
Hay menú especial para las celebraciones	20
Puede elegir mesa en el comedor	12
Le gustaría poder cambiar de mesa	7
Le gustaría poder comer en su habitación	5
Compra comida para usted	6
Se ajusta la dieta a sus necesidades	2
Se le dan bebidas entre comidas	6
Han hecho uso de comedor sus familiares	3
El acceso al servicio sanitario es satisfactorio	10

Servicios comunes	
Le explican cuál es su estado de salud y medidas adoptadas	17
Considera que el horario de atención médica es suficiente	16
Cómo valora el trato recibido por personal médico	17
Cómo valora la atención médica recibida	17
Cuando pide ayuda porque se siente mal le atienden enseguida	8
Cuando pide ayuda porque lo necesita le atienden enseguida	8
Se ha caído alguna vez en la residencia	8
Se le ha atendido con celeridad	2
Se le ha comunicado a los familiares inmediatamente	8
Participación y relaciones en la residencia	
Recibió suficiente información a su llegada	7
Si requiere a su familia se les comunica su petición	3
La residencia cuenta con suficiente personal	4
Cuanto personal voluntario externo participa en acompañamiento y animación	8
Son suficientes voluntarios los que participan en la residencia	1
Frecuencia con la que el residente participa en actividades de mantenimiento	7
Participa a la hora de decidir el menú	3
Se tiene en cuenta opinión en cuanto a cuidado y salud	13
Se tiene en cuenta su opinión sobre aseo y arreglo personal	12
Le preguntan por las actividades de entretenimiento que se organizan en la residencia	1
Cómo es su relación con el compañero de habitación	10
Tener relación con el resto de residentes	14
Cómo considera la relación con los demás residentes	15
Cómo considera su relación con el personal que le atiende	16
Recibe un trato correcto por el personal de la residencia	7
Se siente bien cuidado	21
La residencia es un lugar acogedor	4
Cómo valora su estancia en la residencia	7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)

2.5.2.1. Características sociodemográficas

En la valoración de la satisfacción de los residentes de la residencia, presenta un mayor peso las cuestiones relativas a las características de su estancia en la

institución que sus características demográficas como la edad o su estado funcional de salud.

La **edad** resulta estadísticamente significativa de manera inversa con el acceso a las máquinas expendedoras ($r = -0,385$, $p = 0,014$), la satisfacción con el gimnasio ($r = -0,440$, $p = 0,005$) y la compra de comida propia ($r = -0,341$, $p = 0,031$). (3 variables)

El **estado funcional** de salud está relacionado negativamente y de un modo estadísticamente significativo con: la limpieza de la residencia ($r = -0,354$, $p = 0,025$), la disponibilidad de espacios para charlas con visitas ($r = -0,371$, $p = 0,019$), la valoración de la cantidad de comida servida ($r = -0,316$, $p = 0,047$), y la satisfacción percibida en la relación con los demás residentes ($r = -0,352$, $p = 0,026$). De manera complementaria, las correlaciones reflejan que, a mayor autonomía funcional del residente, mayor es la satisfacción con el servicio de peluquería ($r = 0,348$, $p = 0,028$). (5 variables)

El hecho de que el encuestado ha estado en la residencia de manera **concertada o no**, se asocia a su valoración del hecho de compartir o no habitación ($r = 0,409$, $p = 0,009$), el que le guste o no el mobiliario de su habitación ($r = 0,395$, $p = 0,012$), el buen estado del mobiliario ($r = 0,565$, $p = 0,000$), a la libertad para entrar y salir de la habitación ($r = 0,566$, $p = 0,000$), tener objetos personales en la habitación ($r = 0,566$, $p = 0,000$), muebles propios ($r = 0,497$, $p = 0,001$), comodidad de la cama ($r = 0,561$, $p = 0,000$), acceso a la habitación y al baño ($r = 0,565$, $p = 0,000$), ventilación e iluminación ($r = 0,563$, $p = 0,000$), nivel de intimidad ($r = 0,562$, $p = 0,000$), respeto de esa intimidad por parte del personal de la residencia ($r = 0,566$, $p = 0,000$), limpieza adecuada de la habitación ($r = 0,564$, $p = 0,000$). (20 variables)

Del mismo modo, el **tiempo** que el encuestado ha vivido en la residencia se asocia de manera inversa con la seguridad que el encuestado percibe de sus objetos ($r = -0,380$, $p = 0,017$), la percepción de que la residencia cuenta con el suficiente y necesario material técnico ($r = -0,326$, $p = 0,043$), su participación en la decisión de los menús ($r = -0,331$, $p = 0,039$), la compra de comida para él mismo ($r = -0,431$,

$p = 0,006$), y el gusto por las actividades de entretenimiento que se organizan en su residencia ($r = -0,328$, $p = 0,041$). (5 variables)

El **compartir habitación** en la residencia se relaciona con el régimen de alojamiento ($r = 0,409$, $p = 0,009$), con la participación en tareas de mantenimiento ($r = 0,382$, $p = 0,015$), el gusto por el mobiliario del cuarto ($r = 0,384$, $p = 0,015$), que este en buen estado ($r = 0,548$, $p = 0,000$), que tenga libertad para entrar y salir de la habitación ($r = 0,547$, $p = 0,000$), disponer de objetos personales en la habitación ($r = 0,558$, $p = 0,000$), como muebles propios ($r = 0,423$, $p = 0,007$), estar satisfecho con la comodidad de la cama ($r = 0,547$, $p = 0,000$), el acceso a la habitación y al baño ($r = 0,545$, $p = 0,000$), la iluminación y ventilación ($r = 0,545$, $p = 0,000$), la intimidad ($r = 0,550$, $p = 0,000$), el respeto de esa intimidad por parte del personal ($r = 0,545$, $p = 0,000$), la adecuación de la limpieza de la habitación ($r = 0,545$, $p = 0,000$), la elección de mesa en el comedor ($r = 0,377$, $p = 0,016$), el servicio de lavandería ($r = 0,399$, $p = 0,012$), tener la ropa siempre a punto ($r = 0,328$, $p = 0,039$), sentirse bien cuidado ($r = 0,560$, $p = 0,000$). Sin embargo, correlaciona negativamente con el que se tenga en cuenta su opinión en cuanto a cuidado y salud ($r = -0,381$, $p = 0,015$). (20 variables)

2.5.2.2. Instalaciones

Siguiendo los indicadores de calidad analizados en el apartado anterior.

a) Zonas comunes

VARIABLES como la valoración del estado mobiliario habitación ($r = 0,809$, $p = 0,000$), la comodidad ($r = 0,719$, $p = 0,000$) y ventilación e iluminación ($r = 0,575$, $p = 0,000$) de las zonas comunes, la disponibilidad de espacios para charlas con visitas ($r = 0,586$, $p = 0,000$), la valoración de servicios como la sala de TV ($r = 0,565$, $p = 0,000$), el comedor ($r = 0,463$, $p = 0,003$) y calidad de la comida servida ($r = 0,412$, $p = 0,008$) o la estancia en la residencia ($r = 0,589$, $p = 0,000$) así como la relación con el personal de la misma ($r = 0,346$, $p = 0,029$) se asocian de manera positiva y estadísticamente significativa con la valoración de la **limpieza de la residencia**.

No obstante, la valoración de la limpieza de la residencia se vincula de modo contrario con el estado funcional ($r = -0,354, p = 0,025$), recibir ayuda inmediata en caso de necesitarla para desplazamientos internos ($r = -0,409, p = 0,009$), disponer de muebles propios en la habitación ($r = -0,355, p = 0,025$) o la opción de poder cambiar de mesa en el comedor ($r = -0,326, p = 0,040$). (13 variables)

La comodidad **de las zonas comunes** muestra una relación positiva con aspectos concretos como la limpieza general de la residencia ($r = 0,719, p = 0,000$) o su ventilación e iluminación ($r = 0,823, p = 0,000$) o los espacios para charlas con visitas ($r = 0,499, p = 0,000$), así como con el estado del mobiliario habitación ($r = 0,823, p = 0,000$). Además, la percepción de dichas zonas también tiene que ver con la satisfacción con la sala de TV ($r = 0,376, p = 0,017$) o con la frecuencia con la que se participa en tareas mantenimiento ($r = 0,368, p = 0,019$).

La percepción de que es posible cambiar de mesa en el comedor ($r = -0,359, p = 0,023$), la creencia en la disponibilidad de atención inmediata cuando se solicita por necesidad ($r = -0,381, p = 0,015$) o por sentirse mal ($r = -0,381, p = 0,015$), recibir un trato correcto ($r = -0,381, p = 0,015$) o requerir a la familia a petición del residente ($r = -0,381, p = 0,015$), presentan una relación inversa con la valoración de las zonas comunes. (11 variables)

La **disponibilidad de espacios para charlas con las visitas**, se asocia con la valoración de la comodidad de las espacios comunes ($r = 0,499, p = 0,001$), su ventilación e iluminación ($r = 0,391, p = 0,013$), la limpieza general ($r = 0,586, p = 0,000$), la satisfacción con el estado del mobiliario del dormitorio ($r = 0,613, p = 0,000$), la sala de la TV ($r = 0,366, p = 0,020$), servicio de comedor ($r = 0,493, p = 0,001$), los horarios de éste ($r = 0,361, p = 0,022$) y la cantidad de comida servida ($r = 0,473, p = 0,002$), aunque también con aspectos como la interacción con el personal ($r = 0,606, p = 0,000$) y con tener relación con el resto de residentes ($r = 0,325, p = 0,041$) o cómo valora esta relación ($r = 0,525, p = 0,001$).

En cambio, esta disponibilidad se vincula de forma inversa con el estado de salud ($r = -0,371, p = 0,019$), el acceso correcto a las salas ($r = -0,510, p = 0,001$), recibir ayuda rápidamente para los desplazamientos ($r = -0,466, p = 0,002$), el haber

tenido caídas ($r = -0,329$, $p = 0,038$) o el grado de satisfacción con el servicio de peluquería ($r = -0,524$, $p = 0,001$). (16 variables)

Disponer de un servicio de cafetería en la residencia se relaciona de manera positiva con la posibilidad de elegir mesa en el comedor ($r = 0,698$, $p = 0,000$) o la relación con el compañero de habitación ($r = 0,474$, $p = 0,002$). No obstante, se valora de modo opuesto con el acceso a la sala común ($r = -0,473$, $p = 0,002$), contar con aparatos que le facilitan la movilidad ($r = -0,484$, $p = 0,002$), la valoración de la calidad de la comida servida ($r = -0,350$, $p = 0,027$), la consideración en cuanto a la opinión del residente sobre su salud ($r = -0,698$, $p = 0,000$), arreglo y aseo personal ($r = -0,614$, $p = 0,000$) así como con la relación con los profesionales de la residencia ($r = -0,369$, $p = 0,019$). (8 variables)

La ubicación del dormitorio ($r = 0,031$, $p = 0,037$), la ayuda en los traslados internos ($r = 0,460$, $p = 0,003$) o la elección de lugar en el comedor ($r = 0,333$, $p = 0,036$) se asocian de forma estadísticamente favorable de un modo significativo con el **acceso a las máquinas expendedoras**. No obstante, la edad del residente ($r = -0,385$, $p = 0,014$), el contar con su opinión sobre su salud ($r = -0,330$, $p = 0,038$), su relación con el resto de residentes ($r = -0,334$, $p = 0,035$) o el personal ($r = -0,486$, $p = 0,001$) y la valoración que tiene sobre la calidad de la comida ($r = -0,484$, $p = 0,002$) mostraron una vinculación inversa con la ubicación del dormitorio. (8 variables)

En cuanto a la satisfacción de los usuarios con respecto a **la iluminación y ventilación de las salas comunes**, los datos apuntan una correlación directa con aspectos como la comodidad de estas zonas ($r = 0,823$, $p = 0,001$), la limpieza ($r = 0,575$, $p = 0,000$), la disponibilidad de espacios destinados a charlas con visitas ($r = 0,391$, $p = 0,013$), el estado del mobiliario de la habitación ($r = 0,643$, $p = 0,000$) o la participación en tareas de mantenimiento ($r = 0,377$, $p = 0,016$). En un sentido opuesto, se observan otras variables como la ubicación del dormitorio ($r = -0,451$, $p = 0,003$), una rápida atención en caso de necesidad ($r = -0,385$, $p = 0,014$) o al sentirse mal ($r = -0,381$, $p = 0,014$) y la corrección en el trato recibido por los profesionales ($r = -0,381$, $p = 0,014$). (9 variables)

La valoración sobre actividades externas, como **la zona del jardín y su mantenimiento y cuidado**, se asocia de manera directa con la valoración sobre lo cuidados que estén los muebles de la habitación ($r = 0,425, p = 0,006$), la satisfacción con la zona de televisión, ($r = 0,535, p = 0,000$), la agilidad en la atención personal en caso de necesidad ($r = 0,730, p = 0,000$) o por encontrarse mal ($r = 0,730, p = 0,000$) y por recibir un trato correcto ($r = 0,730, p = 0,000$), mientras que la opción de cambio de mesa en el comedor muestra una relación inversa ($r = -0,471, p = 0,002$). (6 variables)

Los beneficiarios resaltan tres variables con una significatividad estadística favorable con el **acceso a las diferentes salas de la residencia**, como son la información recibida durante el ingreso ($r = 0,371, p = 0,018$), las posibles caídas sufridas ($r = 0,349, p = 0,027$) o la ayuda para desplazamientos internos ($r = 0,424, p = 0,006$). Por el contrario, entre los aspectos que se asocian de modo inverso, se encuentran la relación con el personal ($r = -0,562, p = 0,000$), tener trato con los residentes ($r = -0,352, p = 0,026$) y como se considera esta interacción ($r = -0,480, p = 0,002$), además de otros matices vinculados a las visitas como el uso de espacios para charlas ($r = -0,510, p = 0,001$) o la utilización del comedor ($r = -0,356, p = 0,024$). (8 variables)

En caso de necesitar ayuda para desplazarse por la residencia, el recibir ayuda rápidamente, presenta una relación directa estadísticamente significativa con creer que puede acceder a las diferentes salas de la residencia ($r = 0,424, p = 0,006$), una valoración del correcto acceso a las máquinas expendedoras ($r = 0,460, p = 0,003$), poder elegir mesa en el comedor ($r = -0,420, p = 0,07$) y que se le suministre una cantidad de bebidas adecuada entre comidas ($r = 0,327, p = 0,039$)

El recibir ayuda rápidamente se asocia de manera inversa a la valoración de la limpieza de la residencia ($r = -0,409, p = 0,009$), disponer de espacios para charlas con visitas ($r = -0,466, p = 0,002$), satisfacción con la sala de televisión ($r = -0,387, p = 0,014$), la valoración del servicio de comedor ($r = -0,342, p = 0,031$) y la calidad de la comida servida ($r = -0,412, p = 0,008$), que sienta que se tiene en cuenta su opinión en cuanto a cuidado y salud ($r = -0,424, p = 0,006$), o aseo y arreglo personal

($r = -0,355$, $p = 0,025$), que tenga relación con el resto de residentes, ($r = -0,424$, $p = 0,006$), su consideración sobre su relación con el personal que lo atiende ($r = -0,753$, $p = 0,000$), cómo valora las interacciones que tiene con los demás residentes ($r = -0,630$, $p = 0,000$) y su valoración de la propia estancia en la residencia ($r = -0,550$, $p = 0,000$). (15 variables)

La valoración sobre **seguridad** con la que se guardan los objetos personales se vincula de manera positiva con disponer de suficiente material técnico ($r = 0,694$, $p = 0,000$), participar en la elección de los menús ($r = 0,470$, $p = 0,002$) o la satisfacción con la peluquería ($r = 0,686$, $p = 0,000$), mientras que el poder cambiar de mesa del comedor ($r = -0,472$, $p = 0,002$) o el tiempo que lleva viviendo en la residencia ($r = -0,380$, $p = 0,017$) se correlacionan de manera negativa. (5 variables)

Así mismo, tanto el servicio de peluquería ($r = 0,449$, $p = 0,004$) como la seguridad de las pertenencias del residente ($r = 0,694$, $p = 0,000$) son variables positivas relacionadas con **disponer de suficiente material técnico**. **En el mismo sentido, ambas coinciden en su oposición** frente a la posibilidad de obtener bebidas entre comidas ($r = -0,387$, $p = 0,014$) o el tiempo transcurrido desde el ingreso residencial ($r = -0,326$, $p = 0,043$). (4 variables)

b) Habitaciones: disponibilidad de mobiliario necesario y adecuado a las necesidades del residente

El que al residente le gusta la **ubicación** de su habitación se relaciona de un modo estadísticamente significativo con el acceso a las máquinas expendedoras de la residencia ($r = 0,331$, $p = 0,037$) y haberse caído ($r = 0,349$, $p = 0,027$) y de forma inversa con la creencia que las zonas comunes están bien iluminadas y ventiladas ($r = -0,451$, $p = 0,003$) o la comunicación a la familia ($r = -0,349$, $p = 0,027$). (4 variables)

La satisfacción con el **acceso a la habitación y baño**, se asocia directamente a una serie de dimensiones como: disfrutar de plaza concertada o no ($r = 0,565$, $p = 0,000$), la limpieza general ($r = 1,000$, $p = 0,000$) y de la propia habitación ($r = 0,396$, $p = 0,011$), la ventilación e iluminación ($r = 1,000$, $p = 0,000$), la comodidad de la cama ($r = 0,999$, $p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 1,000$,

$p = 0,000$) y si le gusta este mobiliario ($r = 0,697, p = 0,000$), el disponer de muebles propios ($r = 0,805, p = 0,000$) u objetos personales ($r = 0,999, p = 0,000$). Otros aspectos relacionados son: la intimidad en la habitación ($r = 0,999, p = 0,000$), el compartir habitación o no ($r = 0,545, p = 0,000$), la libertad para entrar y salir de la habitación ($r = 1,000, p = 0,000$) y la frecuencia con la que el personal llama antes de entrar ($r = 0,998, p = 0,000$).

La variable de satisfacción con el acceso a la habitación y al baño se correlaciona de forma directa también con otras variables como la valoración de servicios relacionados con las actividades de entretenimiento ($r = 0,329, p = 0,038$), la lavandería ($r = 0,805, p = 0,000$) incluyendo la pérdida de ropa ($r = 0,687, p = 0,000$) o tenerla limpia y a punto ($r = 0,688, p = 0,000$) y, finalmente, a los recursos relacionados con el ámbito de la salud como la valoración de la atención médica y de enfermería ($r = 0,470, p = 0,002$), el horario destinado ($r = 0,472, p = 0,002$), el trato ($r = 0,475, p = 0,002$), las explicaciones sobre el estado de salud y medidas ($r = 0,474, p = 0,002$) y el sentimiento personal de estar bien cuidado ($r = 0,688, p = 0,000$). (22 variables)

Los reflejan que una **valoración positiva de la ventilación e iluminación de la habitación se** asocia con la evaluación favorable del régimen de alojamiento ($r = 0,563, p = 0,000$), la limpieza del dormitorio ($r = 1,000, p = 0,000$), una cama cómoda ($r = 0,999, p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 1,000, p = 0,000$) y si le gusta ($r = 0,697, p = 0,000$), el poseer muebles propios ($r = 0,791, p = 0,000$) u enseres personales ($r = 0,998, p = 0,000$). Además, se encuentran asociadas variables como la intimidad en el dormitorio ($r = 0,999, p = 0,000$), el compartir habitación o no ($r = 0,545, p = 0,000$), poder entrar y salir libremente ($r = 1,000, p = 0,000$), el acceso a la habitación y al baño ($r = 1,000, p = 0,000$) y si el personal llama antes de entrar ($r = 0,998, p = 0,000$).

Otros aspectos destacables, relativos a las instalaciones de la residencia con correlaciones significativas con la satisfacción con la iluminación y ventilación de la habitación, son: las actividades de entretenimiento ($r = 0,331, p = 0,037$), el que haya menú especial para las celebraciones ($r = 0,398, p = 0,011$), la lavandería ($r = 0,805,$

$p = 0,000$) donde se incluye la pérdida de ropa ($r = 0,688, p = 0,000$) o tenerla limpia y a punto ($r = 0,688, p = 0,000$). Por último, destaca el grado de significatividad de las variables ventilación e iluminación con otras relacionadas con el ámbito de la salud, es decir, la atención médica y de enfermería ($r = 0,471, p = 0,002$), el tiempo destinado ($r = 0,472, p = 0,002$), una buena atención personal ($r = 0,475, p = 0,002$), las aclaraciones y tratamiento médico ($r = 0,475, p = 0,002$) y el sentirse bien cuidado ($r = 0,688, p = 0,000$). (22 variables)

La valoración de una adecuada **limpieza de la habitación**, también se refleja en resultados positivos con el sistema de alojamiento ($r = 0,564, p = 0,000$), la ventilación e iluminación de la habitación ($r = 1,000, p = 0,000$), una cama confortable ($r = 0,999, p = 0,000$), unos muebles cuidados ($r = 1,000, p = 0,000$) y si le gustan ($r = 0,697, p = 0,000$) y tener muebles ($r = 0,805, p = 0,000$) u objetos ($r = 0,999, p = 0,000$) propios. Así mismo, la valoración de la limpieza se asocia con otras variables como la intimidad en el cuarto ($r = 0,999, p = 0,000$), compartirlo ($r = 0,545, p = 0,000$), entrar o salir según apetencias personales ($r = 1,000, p = 0,000$), su acceso a la habitación y al aseo ($r = 1,000, p = 0,000$) o que los profesionales llamen antes de entrar en el dormitorio ($r = 0,998, p = 0,000$). En la misma línea de asociación de valoraciones favorables están: las actividades de ocio ($r = 0,330, p = 0,037$), optar a un menú diferente en días especiales ($r = 0,395, p = 0,012$), el tiempo dedicado a las consultas médicas o de enfermería ($r = 0,472, p = 0,002$), el trato ($r = 0,475, p = 0,002$) y el encontrarse bien atendido ($r = 0,684, p = 0,000$). (22 variables)

El disponer de **objetos personales en la propia habitación**, se relaciona de **modo positivo con** el concierto público o no de la plaza residencial ($r = 0,566, p = 0,000$), la limpieza de la residencia ($r = 0,999, p = 0,000$) o, variables más centradas en el dormitorio como: su ventilación e iluminación ($r = 0,998, p = 0,000$), una cama cómoda ($r = 0,999, p = 0,000$), el estado los muebles ($r = 0,999, p = 0,000$), si le parecen bonitos ($r = 0,697, p = 0,000$), y si son propios ($r = 0,814, p = 0,000$). Otras variables de igual importancia son la intimidad en la habitación ($r = 0,998, p = 0,000$), compartirla ($r = 0,558, p = 0,000$), entrar y salir sin

restricciones ($r = 0,999$, $p = 0,000$), su fácil acceso al baño ($r = 0,999$, $p = 0,000$) o que los profesionales avisen antes de entrar ($r = 0,997$, $p = 0,000$).

Cabe subrayar la asociación positiva entre la variable de personalización de la propia habitación con la valoración de las actividades de entretenimiento ($r = 0,319$, $p = 0,044$), degustar un menú diferente en momentos relevantes ($r = 0,394$, $p = 0,012$), el servicio de lavandería ($r = 0,799$, $p = 0,000$), la pérdida de ropa ($r = 0,683$, $p = 0,000$) y tenerla limpia y a punto ($r = 0,684$, $p = 0,000$).

El disponer de objetos personales presenta también correlaciones estadísticamente significativas con la valoración positiva de los servicios sanitarios como la atención del médico y enfermera ($r = 0,470$, $p = 0,002$), el horario ($r = 0,472$, $p = 0,002$), el trato ($r = 0,474$, $p = 0,002$), las explicaciones sobre las patologías diagnosticadas y tratamiento ($r = 0,474$, $p = 0,002$) y la impresión personal de estar cuidado ($r = 0,691$, $p = 0,000$). (22 variables).

La valoración positiva del **estado del mobiliario** del dormitorio se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la comodidad de las zonas comunes ($r = 0,823$, $p = 0,000$), la limpieza de la residencia ($r = 0,809$, $p = 0,000$), la disponibilidad de lugares para charlas privadas con las visitas ($r = 0,613$, $p = 0,000$), la creencia de que las zonas comunes están bien iluminadas y ventiladas ($r = 0,643$, $p = 0,000$), la satisfacción con la televisión ($r = 0,607$, $p = 0,000$), el cuidado del jardín ($r = 0,425$, $p = 0,006$), la frecuencia con la que participa en tareas de mantenimiento ($r = 0,360$, $p = 0,023$), la valoración positiva del servicio de comedor ($r = 0,383$, $p = 0,015$), y la relación con el personal que le atiende ($r = 0,330$, $p = 0,038$).

Sin embargo, esta valoración es negativa en relación a la disponibilidad de muebles propios en el cuarto ($r = -0,333$, $p = 0,036$) o la preferencia por un cambio de mesa en el comedor ($r = 0,404$, $p = 0,010$). (12 variables)

Los datos también reflejan que **el gusto por el mobiliario de la habitación** se percibe favorablemente asociado con aspectos como el régimen de alojamiento ($r = 0,395$, $p = 0,012$), la limpieza de la habitación ($r = 0,697$, $p = 0,000$), ventilación e iluminación ($r = 0,697$, $p = 0,000$), la comodidad de la cama ($r = 0,697$, $p = 0,000$),

el estado del mobiliario ($r = 0,697$, $p = 0,000$), disponer de muebles propios ($r = 0,561$, $p = 0,000$) u objetos personales ($r = 0,696$, $p = 0,000$). Otras variables que se encuentran relacionadas son: la intimidad del dormitorio ($r = 0,697$, $p = 0,000$), el hecho de compartirlo o no ($r = 0,384$, $p = 0,015$), la posibilidad de libre entrada o salida de la residencia ($r = 0,697$, $p = 0,000$), su acceso ($r = 0,697$, $p = 0,000$) o que se llame antes de entrar ($r = 0,696$, $p = 0,000$), la valoración del servicio de la lavandería ($r = 0,560$, $p = 0,000$), incluyendo la pérdida de ropa ($r = 0,479$, $p = 0,002$) y tenerla a punto ($r = 0,479$, $p = 0,002$) o la sensación de una buena atención en general ($r = 0,479$, $p = 0,002$).

El gusto por el mobiliario de la habitación presenta una correlación negativa con la rápida comunicación con la familia en caso de caídas o necesidades ($r = -0,346$, $p = 0,029$). (17 variables)

El disponer de **mobiliario propio en la habitación** se relaciona de forma directa con el régimen de la plaza ocupada ($r = 0,497$, $p = 0,001$), la limpieza del dormitorio ($r = 0,805$, $p = 0,000$), la ventilación e iluminación ($r = 0,791$, $p = 0,000$), la confortabilidad de la cama ($r = 0,806$, $p = 0,000$), el que el mobiliario se encuentre en óptimas condiciones ($r = 0,805$, $p = 0,000$) y a su gusto ($r = 0,561$, $p = 0,000$), el disponer de enseres personales ($r = 0,814$, $p = 0,000$), la intimidad en la habitación ($r = 0,792$, $p = 0,000$), compartirla ($r = 0,423$, $p = 0,007$), libre entrada o salida ($r = 0,809$, $p = 0,000$), acceso ($r = 0,805$, $p = 0,000$) y que se llame antes de entrar ($r = 0,797$, $p = 0,000$).

En cuanto a servicios se refiere, el disponer de mobiliario propio se percibe en la misma línea que la valoración de los servicios relacionados la lavandería ($r = 0,640$, $p = 0,000$), extravío de ropa ($r = 0,535$, $p = 0,000$) o tenerla a punto ($r = 0,538$, $p = 0,000$) y, los recursos específicos de salud, como la atención médica y de enfermería ($r = 0,363$, $p = 0,021$), el tiempo dedicado ($r = 0,366$, $p = 0,020$), el trato ($r = 0,366$, $p = 0,020$), las aclaraciones del diagnóstico médico y medidas adoptadas ($r = 0,370$, $p = 0,019$) y sentirse bien cuidado ($r = 0,536$, $p = 0,000$).

La conexión es inversa con aspectos como, la limpieza de la residencia ($r = -0,355, p = 0,025$), el estado de los muebles de la habitación ($r = -0,333, p = 0,036$) o el servicio de TV ($r = -0,357, p = 0,024$). (23 variables)

La cama y su comodidad constituyen uno de los indicadores estadísticamente significativos más relevantes, en relación a variables como la satisfacción con el régimen de alojamiento ($r = 0,561, p = 0,000$), tener un cuarto limpio ($r = 0,999, p = 0,000$) y bien ventilado e iluminado ($r = 0,999, p = 0,000$), con muebles cuidados ($r = 0,999, p = 0,000$) y que le gusten ($r = 0,697, p = 0,000$), que sean propios ($r = 0,806, p = 0,000$) y disponer de objetos personales ($r = 0,999, p = 0,000$).

La valoración de la cama se relaciona con la satisfacción con aspectos relacionados con la intimidad en el dormitorio ($r = 0,998, p = 0,000$), el compartirlo ($r = 0,547, p = 0,000$), su libre entrada y salida ($r = 0,999, p = 0,000$), el acceso a la habitación y al aseo ($r = 0,999, p = 0,000$) y la frecuencia con la que el personal llama antes de entrar ($r = 0,998, p = 0,000$).

Otros aspectos como la valoración de servicios relacionados con las actividades de entretenimiento ($r = 0,335, p = 0,035$), en momentos especiales disfrutar de un menú diferente ($r = 0,401, p = 0,010$), la lavandería ($r = 0,806, p = 0,000$) con sus dificultades como la pérdida de ropa ($r = 0,688, p = 0,000$) o tenerla limpia cuando se necesita ($r = 0,689, p = 0,000$) y, finalmente, los relacionados con el ámbito de la salud, como la valoración de los cuidados por médicos y enfermeras ($r = 0,472, p = 0,002$), el horario destinado ($r = 0,473, p = 0,002$), el trato ($r = 0,476, p = 0,002$), las aclaraciones sobre el estado de salud y medidas ($r = 0,476, p = 0,002$) y encontrarse bien atendido ($r = 0,689, p = 0,000$) también se asocian de manera directa con la valoración de la cama. (22 variables)

La **libertad para entrar y salir** de la habitación presenta una valoración favorable con el hecho que la plaza sea privada o concertada ($r = 0,566, p = 0,000$) y la evaluación de que la residencia esté limpia ($r = 1,000, p = 0,000$), disponer de un dormitorio con buena iluminación y ventilación ($r = 1,000, p = 0,000$), la comodidad de la cama ($r = 0,999, p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 1,000, p = 0,000$) y si le gusta ($r = 0,697, p = 0,000$), disfrutar de muebles propios

($r = 0,809$, $p = 0,000$) u objetos personales en la habitación ($r = 0,999$, $p = 0,000$). Se encuentran también aspectos relacionados con la satisfacción con la intimidad en la habitación ($r = 0,999$, $p = 0,000$), compartirla ($r = 0,547$, $p = 0,000$), que tenga fácil acceso ($r = 1,000$, $p = 0,000$), la frecuencia de llamar antes de entrar, en caso de que el personal lo necesite ($r = 0,998$, $p = 0,000$).

La satisfacción con la posibilidad de entrar y salir libremente de la habitación correlaciona con otras variables como la valoración positiva de las actividades de ocio ($r = 0,327$, $p = 0,039$), las celebraciones con un menú diferente ($r = 0,398$, $p = 0,011$), la lavandería ($r = 0,804$, $p = 0,000$) con sus dificultades como el extravío de ropa ($r = 0,687$, $p = 0,000$) o tenerla lista si se precisa ($r = 0,687$, $p = 0,000$) y, finalmente, desde el servicio sanitario, la satisfacción con la atención de médicos y enfermeras ($r = 0,470$, $p = 0,002$), la duración de consulta ($r = 0,471$, $p = 0,002$), el trato ($r = 0,475$, $p = 0,002$), las explicaciones sobre el estado de salud y tratamiento ($r = 0,474$, $p = 0,002$) y el sentirse bien cuidado ($r = 0,687$, $p = 0,000$). (22 variables)

La intimidad en la habitación se vincula de modo positivo con la valoración de aspectos como el tipo de plaza que se ocupa ($r = 0,562$, $p = 0,000$) y en general, con su limpieza ($r = 0,999$, $p = 0,000$), ventilación o iluminación ($r = 0,999$, $p = 0,000$), confort de la cama ($r = 0,998$, $p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 0,999$, $p = 0,000$) y si le gusta ($r = 0,697$, $p = 0,000$), el disponer de muebles propios ($r = 0,792$, $p = 0,000$) o enseres personales ($r = 0,998$, $p = 0,000$). La intimidad en la habitación también es relevante para la valoración del hecho de que sea compartida ($r = 0,550$, $p = 0,000$), la autonomía de entrada y salida ($r = 0,999$, $p = 0,000$), el acceso sin dificultades ($r = 0,999$, $p = 0,000$), o que los profesionales avisen, en caso de necesitarlo, antes de acceder a ella ($r = 0,997$, $p = 0,000$).

Dicha intimidad se relaciona con una valoración positiva de las actividades de entretenimiento ($r = 0,325$, $p = 0,041$), el menú especial para las celebraciones ($r = 0,396$, $p = 0,011$), la lavandería ($r = 0,806$, $p = 0,000$), la pérdida de ropa ($r = 0,678$, $p = 0,000$), tenerla a punto ($r = 0,678$, $p = 0,000$). Por último, destacar cómo la intimidad de la habitación se asocia con la adecuación percibida de los recursos sanitarios a disposición del residente, incluyendo en este apartado la

valoración de la atención médica y de enfermería ($r = 0,472$, $p = 0,002$), el horario destinado ($r = 0,474$, $p = 0,002$), el trato ($r = 0,476$, $p = 0,002$), las aclaraciones médicas y procesos ($r = 0,476$, $p = 0,002$) y el sentimiento personal de estar bien cuidado ($r = 0,690$, $p = 0,000$). (22 variables)

La satisfacción del residente con la **frecuencia con la que el personal llama antes de entrar en el dormitorio**, correlaciona de forma directa con el régimen de alojamiento ($r = 0,566$, $p = 0,000$), la valoración de la limpieza del dormitorio ($r = 0,998$, $p = 0,000$), la ventilación e iluminación ($r = 0,998$, $p = 0,000$), la confortabilidad de la cama ($r = 0,998$, $p = 0,000$), el estado de los muebles ($r = 0,998$, $p = 0,000$) y que le gusten ($r = 0,696$, $p = 0,000$), el disponer de muebles propios ($r = 0,797$, $p = 0,000$) y objetos personales ($r = 0,997$, $p = 0,000$). Se observan, en este mismo sentido, variables asociadas entre esta conducta de los agentes profesionales con la valoración de la intimidad en la habitación ($r = 0,997$, $p = 0,000$), el hecho de compartirla ($r = 0,545$, $p = 0,000$), la libertad para entrar y salir de ésta ($r = 0,998$, $p = 0,000$) y su acceso ($r = 0,998$, $p = 0,000$).

Se constata, también, las correlaciones directas entra la satisfacción del residente con la frecuencia con la que el personal llame antes de entrar en su dormitorio, con otros aspectos como la valoración de los servicios dirigidos al ocio del residente ($r = 0,335$, $p = 0,034$), que haya comidas diferentes en fechas señaladas ($r = 0,400$, $p = 0,010$), la lavandería ($r = 0,800$, $p = 0,000$), la perdida de ropa ($r = 0,684$, $p = 0,000$) o tenerla limpia y a punto ($r = 0,684$, $p = 0,000$) y, terminando con este apartado, los servicios sanitarios como atención en consulta médica o de enfermería ($r = 0,471$, $p = 0,002$), el horario destinado ($r = 0,463$, $p = 0,003$), su trato ($r = 0,466$, $p = 0,002$), una comprensible explicación sobre el estado de salud y tratamiento ($r = 0,475$, $p = 0,002$) y el sentimiento personal de estar atendido en buenas condiciones ($r = 0,676$, $p = 0,000$). (22 variables)

2.5.2.3. Servicios

Siguiendo las normas UNE 158000 de gestión de residencias y la Ley de Dependencia, se han seleccionado los siguientes indicadores:

a) Servicios comunes: peluquería, gimnasio, TV, lavandería

La satisfacción con el **servicio de lavandería** y cuidado de ropa, facilita una valoración favorable del régimen de alojamiento ($r = 0,498$, $p = 0,001$), la limpieza de la habitación ($r = 0,800$, $p = 0,000$), la ventilación e iluminación ($r = 0,805$, $p = 0,000$), la comodidad de la cama ($r = 0,806$, $p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 0,805$, $p = 0,000$) y si le gusta ($r = 0,560$, $p = 0,000$), el disponer de muebles propios ($r = 0,640$, $p = 0,000$) u objetos personales ($r = 0,799$, $p = 0,000$), la intimidad en la habitación ($r = 0,806$, $p = 0,000$), la libertad para entrar y salir de esta ($r = 0,804$, $p = 0,000$), el acceso a la habitación y baño ($r = 0,805$, $p = 0,000$), la frecuencia con la que el personal llama antes de entrar ($r = 0,797$, $p = 0,000$) o si la residencia cuenta con suficiente personal ($r = 0,368$, $p = 0,021$).

Son reseñables las correlaciones de la satisfacción del servicio de lavandería y la valoración de otros recursos residenciales como los servicios relacionados con el comedor: conocer el menú con anterioridad ($r = 0,369$, $p = 0,021$) o si se dispone de menú especial para las celebraciones ($r = 0,492$, $p = 0,001$), la pérdida de ropa ($r = 0,853$, $p = 0,000$) o tenerla limpia y a punto ($r = 0,854$, $p = 0,000$) y, finalmente, los relacionados con el ámbito de la salud como la valoración de la atención médica y de enfermería ($r = 0,369$, $p = 0,021$), el horario destinado ($r = 0,368$, $p = 0,021$), el trato ($r = 0,372$, $p = 0,020$), las explicaciones sobre el estado de salud y medidas adoptadas ($r = 0,371$, $p = 0,020$) y sentirse bien cuidado ($r = 0,854$, $p = 0,000$).

En este apartado, se observa, de manera inversa, la valoración del servicio de lavandería en cuanto la satisfacción con los horarios de las comidas ($r = -0,369$, $p = 0,021$). (23 variables)

Uno de los aspectos que genera preocupación, a la hora de valorar este servicio, es la posibilidad de la **pérdida de ropa**, lo que plantea una asociación estadísticamente significativa y positiva con variables como el tipo de plaza que se ocupa ($r = 0,452$, $p = 0,003$), considerar limpio el propio dormitorio ($r = 0,684$, $p = 0,000$), ventilado e iluminado ($r = 0,688$, $p = 0,000$), con una cama confortable ($r = 0,688$, $p = 0,000$), muebles cuidados ($r = 0,687$, $p = 0,000$) y bonitos ($r = 0,479$, $p = 0,002$) así como la opción de tener muebles ($r = 0,535$, $p = 0,000$) u objetos

personales propios ($r = 0,683$, $p = 0,000$). Del mismo modo, esa variable correlaciona con la intimidad en el dormitorio ($r = 0,678$, $p = 0,000$), si se comparte o no ($r = 0,328$, $p = 0,039$), la libre entrada y salida ($r = 0,687$, $p = 0,000$), el acceso adaptado ($r = 0,687$, $p = 0,000$) o que el personal llame a la puerta antes de entrar ($r = 0,687$, $p = 0,000$).

Esta variable está asociada a otros aspectos como la disponibilidad de un menú especial en las celebraciones ($r = 0,384$, $p = 0,015$), la cantidad de voluntarios externos que participan en el acompañamiento y animación de residentes ($r = 0,331$, $p = 0,037$), la valoración general de la lavandería ($r = 0,853$, $p = 0,000$), tener la ropa limpia cuando se precisa ($r = 0,999$, $p = 0,000$) y estar bien atendido ($r = 0,718$, $p = 0,000$). (18 variables)

El **disponer de ropa limpia y a punto cuando se necesita** se asocia, de modo positivo, con el régimen de alojamiento ($r = 0,462$, $p = 0,003$), la limpieza general ($r = 1,000$, $p = 0,000$) y de la propia habitación ($r = 0,684$, $p = 0,000$), su ventilación e iluminación ($r = 0,688$, $p = 0,000$), la comodidad de la cama ($r = 0,689$, $p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 0,687$, $p = 0,000$) y que éste le guste ($r = 0,479$, $p = 0,002$), el disponer de mobiliario en propiedad ($r = 0,538$, $p = 0,000$) u objetos personales ($r = 0,684$, $p = 0,000$), la intimidad en la habitación ($r = 0,678$, $p = 0,000$), si se comparte ésta ($r = 0,328$, $p = 0,039$), entrar o salir con libertad ($r = 0,687$, $p = 0,000$), disponer de un acceso a la habitación o baño adaptado ($r = 0,688$, $p = 0,000$) y que se llame si es necesario entrar ($r = 0,687$, $p = 0,000$).

La satisfacción con la posibilidad de disponer de menús especiales en determinados días ($r = 0,385$, $p = 0,014$), la percepción de contar con suficiente voluntario externo dedicado a actividades de acompañamiento y animación ($r = 0,328$, $p = 0,039$), la valoración del servicio de lavandería ($r = 0,854$, $p = 0,000$), la pérdida de ropa ($r = 0,999$, $p = 0,000$) o sentirse bien cuidado ($r = 0,721$, $p = 0,000$) también se asocian de manera directa con la valoración positiva de disponer de ropa limpia. (18 variables)

Pese a que el número de correlaciones establecidas con otras variables es menor que las halladas en el servicio de lavandería, el **servicio de peluquería**,

presenta también su importancia. Las personas entrevistadas que refieren su satisfacción con este recurso de la residencia, valoran de manera positiva aspectos como su propio estado funcional ($r = 0,348$, $p = 0,028$), creen que sus objetos personales están a buen recaudo ($r = 0,686$, $p = 0,000$) o que la residencia dispone de suficiente material técnico de apoyo ($r = 0,449$, $p = 0,004$).

Sin embargo, la satisfacción con el servicio de peluquería correlaciona de manera inversa con la valoración de la disponibilidad de espacios para las visitas ($r = -0,524$, $p = 0,001$), el servicio de comedor ($r = -0,388$, $p = 0,013$) o la satisfacción con la cantidad de comida servida ($r = -0,387$, $p = 0,014$). (6 variables)

De manera complementaria, **la satisfacción con el gimnasio**, se asocia favorablemente con la edad de usuario ($r = 0,348$, $p = 0,028$) o la valoración del ajuste de la dieta con sus necesidades ($r = 0,562$, $p = 0,000$), y de manera negativa con el uso el comedor por parte de sus familiares ($r = -0,358$, $p = 0,023$). (3 variables)

La disponibilidad de **aparatos facilitadores de la movilidad** en la residencia, presenta una significatividad positiva con el acceso a servicios ($r = 1,000$, $p = 0,000$), con tener en cuenta la opinión del residente en cuanto al cuidado de su salud ($r = 0,713$, $p = 0,000$) o su aseo y arreglo personal ($r = 0,953$, $p = 0,000$), relacionarse con el resto de los residentes ($r = 0,498$, $p = 0,001$) y cómo valora esta relación ($r = 0,688$, $p = 0,000$) y la satisfacción con el personal que lo atiende ($r = 0,379$, $p = 0,016$).

Esta asociación se desarrolla de manera negativa con variables como la valoración de disponer de cafetería ($r = -0,484$, $p = 0,002$), elegir mesa en el comedor ($r = -0,706$, $p = 0,000$), tener posibilidad de comer en la propia habitación ($r = -0,683$, $p = 0,000$), la relación con el compañero de habitación ($r = -0,480$, $p = 0,002$) o con la sensación de sentirse bien cuidado ($r = -0,315$, $p = 0,047$). (11 variables)

La satisfacción con las actividades de entretenimiento organizadas desde la residencia, se vincula de modo favorable con aspectos relacionados con la valoración del dormitorio propio como: la limpieza ($r = 0,330$, $p = 0,037$), la ventilación e iluminación ($r = 0,331$, $p = 0,037$), la comodidad de la cama ($r = 0,335$, $p = 0,035$), el estado de los muebles ($r = 0,328$, $p = 0,039$), disponer de objetos

personales ($r = 0,319$, $p = 0,044$), la libertad para entrar y salir del dormitorio ($r = 0,327$, $p = 0,039$), el acceso a la habitación y al baño ($r = 0,329$, $p = 0,038$), la intimidad ($r = 0,325$, $p = 0,041$), la frecuencia con la que el personal llama antes de entrar ($r = 0,335$, $p = 0,034$) y con el hecho de que le pidan su opinión sobre las actividades de entretenimiento organizadas ($r = 0,547$, $p = 0,000$).

Por el contrario, la relación de satisfacción con las actividades organizadas de ocio, es inversa la valoración del tiempo que el usuario ha permanecido en la residencia ($r = -0,328$, $p = 0,041$) o su participación a la hora de decidir el menú ($r = -0,328$, $p = 0,039$). (12 variables)

La satisfacción con la sala **de TV**, presenta una relación directa estadísticamente significativa con la valoración de la comodidad de las zonas comunes ($r = 0,376$, $p = 0,017$), la limpieza de la residencia ($r = 0,565$, $p = 0,000$), el cuidado de los muebles del dormitorio ($r = 0,607$, $p = 0,000$), los espacios para charlas con visitas ($r = 0,366$, $p = 0,020$), el cuidado del jardín ($r = 0,535$, $p = 0,000$), el hecho de comprar comida para sí mismo ($r = 0,315$, $p = 0,048$) o la evaluación positiva de las relaciones con el personal ($r = 0,473$, $p = 0,002$) y el resto de residentes ($r = 0,422$, $p = 0,007$).

No obstante, se observa una relación inversa con la valoración de recibir ayuda rápida para desplazamientos por la residencia ($r = -0,387$, $p = 0,014$), el disponer mobiliario propio en el dormitorio ($r = -0,357$, $p = 0,024$) o la opción de cambiar de mesa en el comedor ($r = -0,425$, $p = 0,006$). (11 variables)

De las respuestas de los residentes, se infiere que la valoración del **servicio de comedor** se asocia, de modo favorable, con la limpieza de la residencia ($r = 0,463$, $p = 0,003$), la evaluación de los espacios destinados a las comidas ($r = 0,567$, $p = 0,000$), el estado de los muebles del dormitorio ($r = 0,383$, $p = 0,015$), poder optar a espacios para reunirse con visitas ($r = 0,493$, $p = 0,001$) y cómo perciben en general su estancia en la residencia ($r = 0,349$, $p = 0,027$).

Se constata una relación negativa entre la satisfacción con el servicio de comedor y otras variables, como la valoración de la rapidez de atención en caso de necesidad de ayuda para desplazarse por la residencia ($r = -0,342$, $p = 0,031$) o el

grado de satisfacción con el servicio de peluquería ($r = -0,388$, $p = 0,013$). (7 variables)

La **valoración de las personas con la cantidad de comida servida** en la residencia se vincula positivamente con la satisfacción percibida con el servicio de comedor ($r = 0,383$, $p = 0,015$) y disponer de lugares para atender a las visitas ($r = 0,473$, $p = 0,002$).

No obstante, la satisfacción con la cantidad de comida servida se valora de manera inversa con el estado funcional del residente ($r = -0,316$, $p = 0,047$) o con el servicio peluquería ($r = -0,387$, $p = 0,014$). (4 variables)

La satisfacción con la **calidad de dicha comida**, se relaciona de forma favorable con el propio servicio de comedor ($r = 0,483$, $p = 0,002$), los horarios de comidas ($r = 0,350$, $p = 0,027$), la limpieza de la residencia ($r = 0,412$, $p = 0,008$) y la valoración de su estancia en la residencia ($r = 0,628$, $p = 0,000$).

De manera inversa, esta variable está conectada con aspectos como la percepción sobre la celeridad en recibir apoyo para desplazarse por las diferentes salas ($r = -0,412$, $p = 0,008$), disponer de cafetería ($r = -0,350$, $p = 0,027$), el acceso a máquinas expendedoras ($r = -0,484$, $p = 0,002$), así como sentirse bien cuidado ($r = -0,323$, $p = 0,042$). (8 variables)

Los residentes entrevistados valoran los **horarios destinados a las comidas** de una forma estadísticamente significativa directa respecto a la satisfacción con el servicio de comedor ($r = 0,567$, $p = 0,000$), con la calidad ($r = 0,350$, $p = 0,027$) y cantidad ($r = 0,383$, $p = 0,015$) de comida servida y con disponer de salas para hablar con sus familiares ($r = 0,361$, $p = 0,022$).

De modo inverso, se encuentran relacionadas con la valoración de los horarios de comedor variables como la publicación del menú en el tablón ($r = -0,370$, $p = 0,019$) o conocerlo con anterioridad ($r = -0,474$, $p = 0,002$), el servicio de lavandería ($r = -0,369$, $p = 0,021$) o contar con suficiente personal ($r = -0,473$, $p = 0,002$). 8 variables)

El **conocimiento previo del menú** está asociado favorablemente con su anuncio en el tablón de información ($r = 0,806$, $p = 0,000$), con la valoración positiva

de la lavandería ($r = 0,369$, $p = 0,021$), considerar que la residencia dispone de suficiente personal ($r = 0,478$, $p = 0,002$) y valorar como adecuada la información recibida en el ingreso ($r = 0,545$, $p = 0,000$). La relación es estadísticamente inversa con la valoración de la sala destinada a las comidas ($r = -0,474$, $p = 0,002$). (5 variables)

Además, que el menú se **anuncie previamente en el tablón**, se vincula de modo positivo con estar satisfecho con la información recibida durante el ingreso ($r = 0,417$, $p = 0,007$) y valorar que la residencia dispone de suficiente personal ($r = 0,378$, $p = 0,016$). La evaluación positiva de este anuncio se asocia de manera estadísticamente significativa e inversa con la valoración del espacio del comedor residencial ($r = -0,370$, $p = 0,019$). (3 variables)

En este sentido, una de las variables que presentan mayor significatividad estadística, es **la disponibilidad de menú especial para las celebraciones**, la cual interactúa de manera positiva con otras variables como la valoración del dormitorio y su limpieza ($r = 0,395$, $p = 0,012$), su ventilación e iluminación ($r = 0,398$, $p = 0,011$), una cama cómoda ($r = 0,401$, $p = 0,010$), tener los muebles en buenas condiciones ($r = 0,398$, $p = 0,011$), poder tener objetos personales en la habitación ($r = 0,394$, $p = 0,012$), la intimidad ($r = 0,396$, $p = 0,011$), entrar y salir sin restricciones ($r = 0,398$, $p = 0,011$), su fácil acceso ($r = 0,396$, $p = 0,011$) y que los profesionales avisen antes de entrar ($r = 0,400$, $p = 0,010$).

La valoración positiva del número de voluntarios que participan en actividades de acompañamiento o animación ($r = 0,464$, $p = 0,003$), el poder comprar comida ($r = 0,377$, $p = 0,016$), el servicio de lavandería ($r = 0,492$, $p = 0,001$), la pérdida de ropa ($r = 0,384$, $p = 0,015$) y tenerla limpia si se necesita ($r = 0,385$, $p = 0,014$) también se relacionan positivamente con la variable disponibilidad de menú especial.

Lo mismo ocurre con la valoración positiva de servicios como el sanitario, de gran importancia para el bienestar de los residentes, como la atención del médico y enfermera ($r = 0,398$, $p = 0,011$), el horario ($r = 0,392$, $p = 0,012$), el trato ($r = 0,401$, $p = 0,010$), las aclaraciones sobre las patologías diagnosticadas y tratamiento

($r = 0,404$, $p = 0,010$) y la impresión personal de estar cuidado ($r = 0,388$, $p = 0,013$).

La disponibilidad de este menú se encuentra asociado de forma inversa con la satisfacción con la posible ingesta de un mayor número de bebidas entre comidas ($r = -0,323$, $p = 0,042$). (20 variables)

La percepción de capacidad de **elección de mesa en el comedor** se asocia directamente con la valoración adecuada de recibir ayuda para desplazarse ($r = 0,420$, $p = 0,007$), disponer de servicio de cafetería ($r = 0,698$, $p = 0,000$) o máquinas expendedoras ($r = 0,333$, $p = 0,036$) y sentirse bien atendido ($r = 0,481$, $p = 0,002$), aunque de forma inversa con el acceso al comedor ($r = -0,691$, $p = 0,000$), la disponibilidad de aparatos que faciliten la movilidad ($r = -0,706$, $p = 0,000$), que se tenga en cuenta sus opiniones sobre su salud ($r = -1,000$, $p = 0,000$), aseo ($r = -0,888$, $p = 0,000$) y relacionarse con el compañero de habitación ($r = -0,698$, $p = 0,000$) y con los demás residentes ($r = -0,345$, $p = 0,029$) y su valoración tanto de la relación con el resto de usuarios ($r = -0,476$, $p = 0,002$) como la que tiene con el personal ($r = -0,563$, $p = 0,000$). (12 variables)

En esta línea se recoge la **opción de cambio de mesa** que mantiene una correlación favorable con que se requiera a la familia a petición del residente ($r = 0,348$, $p = 0,028$) y se asocia de forma inversa a la comodidad de las zonas comunes ($r = -0,359$, $p = 0,023$), la limpieza de la residencia ($r = -0,326$, $p = 0,040$), el estado del dormitorio ($r = -0,404$, $p = 0,010$), la creencia de tener los objetos personales en lugar seguro ($r = -0,472$, $p = 0,002$), la sala de TV ($r = -0,472$, $p = 0,002$) y la valoración del cuidado del jardín ($r = -0,471$, $p = 0,002$). (7 variables)

El **poder comer en la propia habitación** presenta correlaciones inversas con la valoración del acceso al servicio de comedor ($r = -0,698$, $p = 0,000$), disponer de dispositivos facilitadores de la movilidad ($r = -0,683$, $p = 0,000$), que se tenga en cuenta su opinión sobre su aseo ($r = -0,349$, $p = 0,027$), tener relación con el resto de residentes ($r = -0,349$, $p = 0,027$) y cómo valora esta relación ($r = -0,429$, $p = 0,006$). (5 variables)

El residente valora la posibilidad de **comprar su propia comida**, de manera positiva y la asocia con la satisfacción con la sala de televisión ($r = 0,315, p = 0,048$), el voluntariado de la residencia ($r = 0,329, p = 0,038$) y disponer de menú especial para las celebraciones ($r = 0,377, p = 0,016$). Esta relación presenta dirección inversa con otras variables como la edad ($r = -0,341, p = 0,031$), el tiempo que se lleva viviendo en la residencia ($r = -0,431, p = 0,006$) o que se ajuste la dieta a sus necesidades ($r = -0,435, p = 0,005$). (6 variables)

El residente percibe el **ajuste de la dieta a sus necesidades** asociado con la satisfacción con el servicio de gimnasio ($r = 0,562, p = 0,000$) en contraste a la relación inversa que supone poder comprar comida ($r = -0,435, p = 0,005$). (2 variables)

La oferta y disponibilidad de bebidas entre comidas, se vincula directamente con la valoración de recibir ayuda para desplazarse ($r = 0,327, p = 0,039$). La correlación es estadísticamente inversa con el número de voluntarios ($r = -0,354, p = 0,025$), material técnico ($r = -0,387, p = 0,014$), la información al ingreso ($r = -0,339, p = 0,032$), el menú en fechas especiales ($r = -0,323, p = 0,042$) y la relación con los demás residentes ($r = -0,396, p = 0,011$). (6 variables)

La valoración positiva de que **los familiares hayan hecho uso del comedor** refleja una conexión negativa con la creencia de que se pueda acceder a las diferentes salas de la residencia ($r = -0,356, p = 0,024$), la satisfacción con el gimnasio ($r = -0,358, p = 0,023$) o la frecuencia en la que participa en tareas de mantenimiento ($r = -0,333, p = 0,036$). (3 variables)

Uno de los servicios básicos de la residencia, dada la edad y patologías de los residentes, **es el sanitario**. La satisfacción con su acceso se asocia favorablemente con disponer de instrumentos que faciliten la movilidad ($r = 1,000, p = 0,000$), que se tenga en cuenta su opinión en asuntos sobre la salud ($r = 0,698, p = 0,000$) o aseo personal ($r = 0,946, p = 0,000$), el tipo de relación que tenga con profesionales ($r = 0,370, p = 0,019$) y residentes ($r = 0,688, p = 0,000$) y si se tiene relación con el resto de usuarios ($r = 0,498, p = 0,001$). De modo inverso la satisfacción con los recursos sanitarios de la residencia se relaciona con disponer de cafetería ($r = -0,473,$

$p = 0,002$), elegir mesa en el comedor ($r = -0,691$, $p = 0,000$), las interacciones con el compañero de dormitorio ($r = -0,469$, $p = 0,002$) o poder comer en éste ($r = -0,698$, $p = 0,000$). (10 variables)

De manera complementaria, **las explicaciones sobre el estado de salud y las medidas adoptadas**, señalan una significatividad estadísticamente positiva con el régimen de alojamiento en la residencia ($r = 0,319$, $p = 0,045$), que se valore como un lugar acogedor ($r = 0,695$, $p = 0,000$), la atención del médico y la enfermera ($r = 0,999$, $p = 0,000$), el horario de los recursos de salud ($r = 0,999$, $p = 0,000$), y el trato recibido ($r = 0,999$, $p = 0,000$).

Estas explicaciones se asocian de manera directa con otras valoraciones sobre el dormitorio, como su limpieza ($r = 0,475$, $p = 0,002$), su ventilación e iluminación ($r = 0,475$, $p = 0,002$), confortabilidad de la cama ($r = 0,476$, $p = 0,002$), el estado los muebles ($r = 0,474$, $p = 0,002$, y si son propios ($r = 0,370$, $p = 0,019$), disponer de enseres personales en la habitación ($r = 0,474$, $p = 0,002$), la intimidad en la habitación ($r = 0,476$, $p = 0,002$), entrar y salir sin restricciones ($r = 0,474$, $p = 0,002$), el acceso al dormitorio o al baño ($r = 0,474$, $p = 0,002$) y que los profesionales avisen antes de entrar ($r = 0,467$, $p = 0,002$). Otros recursos de la residencia relacionados con la satisfacción de las explicaciones médicas son: disfrutar de un menú diferente en fechas especiales ($r = 0,404$, $p = 0,010$), o el servicio de lavandería ($r = 0,371$, $p = 0,020$). (17 variables)

Entre los aspectos destacables de los recursos de salud de la residencia, llama la atención como **el horario destinado a la atención médica y de enfermería** se vincula de manera positiva con una buena atención de los profesionales sanitarios ($r = 0,999$, $p = 0,000$), las aclaraciones sobre enfermedades diagnosticadas y tratamiento ($r = 0,999$, $p = 0,000$) y el trato recibido ($r = 0,999$, $p = 0,000$). Son interesantes las conexiones de esta percepción con variables como la valoración de la residencia como un lugar acogedor ($r = 0,696$, $p = 0,000$), el servicio de lavandería ($r = 0,368$, $p = 0,021$), menús diferentes en ocasiones especiales ($r = 0,392$, $p = 0,012$), o las relativas al dormitorio, es decir, que este limpio ($r = 0,472$, $p = 0,002$) e iluminado ($r = 0,472$, $p = 0,002$), disponga de una buena cama

($r = 0,473$, $p = 0,002$), con muebles cuidados ($r = 0,472$, $p = 0,002$), le permitan tener tanto mobiliario ($r = 0,366$, $p = 0,020$) como enseres propios ($r = 0,472$, $p = 0,002$), poder mantener la intimidad ($r = 0,474$, $p = 0,002$), entrar y salir libremente ($r = 0,471$, $p = 0,002$), acceso cómodo a la habitación y al baño ($r = 0,472$, $p = 0,002$) y que el personal llame al entrar ($r = 0,463$, $p = 0,003$). (16 variables)

El trato recibido por el personal médico correlaciona de manera directa con aspectos como la satisfacción con la atención del médico y la enfermera ($r = 1,000$, $p = 0,000$), el horario ($r = 0,999$, $p = 0,000$) y las explicaciones sobre las patologías diagnosticadas y tratamiento ($r = 0,999$, $p = 0,000$). De cierto peso, también se muestran variables como que la residencia sea un lugar acogedor ($r = 0,696$, $p = 0,000$), se disponga de plaza concertada ($r = 0,317$, $p = 0,047$), el servicio de lavandería ($r = 0,372$, $p = 0,020$) o menús especiales en fechas señaladas ($r = 0,401$, $p = 0,010$). Similares a estas asociaciones, se dan las relacionadas con la habitación, es decir, su limpieza ($r = 0,475$, $p = 0,002$), ventilación e iluminación ($r = 0,475$, $p = 0,002$), cama ($r = 0,476$, $p = 0,002$), muebles ($r = 0,475$, $p = 0,002$) y si son propios ($r = 0,366$, $p = 0,020$), objetos personales ($r = 0,474$, $p = 0,002$), intimidad ($r = 0,476$, $p = 0,002$), libre entrada y salida ($r = 0,475$, $p = 0,002$), acceso ($r = 0,475$, $p = 0,002$) y que el personal llame si necesita acceder a la habitación del residente ($r = 0,466$, $p = 0,002$). (17 variables)

Así mismo, la valoración que los usuarios tienen de la **atención médica recibida** se relaciona favorablemente con la satisfacción percibida de su horario ($r = 0,999$, $p = 0,000$), el trato de los profesionales sanitarios ($r = 1,000$, $p = 0,000$), las explicaciones sobre las patologías diagnosticadas y tratamiento ($r = 0,999$, $p = 0,000$). Además, también lo hace con aspectos como el sistema de plaza que ocupa ($r = 0,313$, $p = 0,049$), si le parece que la residencia es un lugar acogedor ($r = 0,696$, $p = 0,000$) y, en cuanto al dormitorio, si son idóneas: la limpieza ($r = 0,471$, $p = 0,002$), la ventilación e iluminación ($r = 0,471$, $p = 0,002$), el acceso ($r = 0,470$, $p = 0,002$), la cama ($r = 0,472$, $p = 0,002$), los muebles ($r = 0,470$, $p = 0,002$), si son propios ($r = 0,363$, $p = 0,021$), si tienen objetos personales

($r = 0,470$, $p = 0,002$), si disfrutan de intimidad ($r = 0,472$, $p = 0,002$), si el personal llama antes de entrar ($r = 0,462$, $p = 0,003$), y si tienen libertad para entrar o salir ($r = 0,470$, $p = 0,002$). Cabe subrayar la asociación positiva entre la percepción de la calidad de la atención médica con la posibilidad de que los residentes disfruten de un menú especial en momentos relevantes ($r = 0,398$, $p = 0,011$) y del servicio de lavandería ($r = 0,369$, $p = 0,021$). (17 variables)

Recibir rápidamente ayuda, en caso de que el residente la solicite por sentirse mal, se asocia directamente con la valoración positiva de la comunicación de este hecho a la familia ($r = 0,348$, $p = 0,028$), que se le preste ayuda ágilmente si lo necesita ($r = 1,000$, $p = 0,000$), un correcto trato del personal de la residencia ($r = 1,000$, $p = 0,000$) y el cuidado de la zona de jardín ($r = 0,730$, $p = 0,000$). Se destacan otras variables cuya relación es inversa como su satisfacción con la comodidad ($r = -0,381$, $p = 0,015$) y ventilación e iluminación de las zonas comunes ($r = -0,385$, $p = 0,014$), la información recibida en el ingreso ($r = -0,381$, $p = 0,015$) y haberse caído en la residencia ($r = -0,348$, $p = 0,028$). (8 variables)

Recibir ayuda en caso de necesidad y de forma rápida, presenta una relación directa estadísticamente significativa con valorar como correcto el trato del personal de la residencia ($r = 1,000$, $p = 0,000$), que se le preste ayuda ágilmente si se siente mal ($r = 1,000$, $p = 0,000$), la comunicación del suceso a la familia ($r = 0,348$, $p = 0,028$) y el cuidado de la zona de jardín ($r = 0,730$, $p = 0,000$), frente a otras variables cuya relación es inversa como haberse caído en la residencia ($r = -0,348$, $p = 0,028$), la información recibida en el ingreso ($r = -0,381$, $p = 0,015$) o la comodidad ($r = -0,381$, $p = 0,015$) y ventilación e iluminación de las zonas comunes ($r = -0,385$, $p = 0,014$). (8 variables)

El que el residente **se haya podido caer** alguna vez, presenta una asociación positiva con la creencia de poder acceder a todas las salas ($r = 0,349$, $p = 0,027$) y a la cantidad de personas voluntarias que participan en acompañamientos ($r = 0,335$, $p = 0,035$). De forma inversa se asocia a la satisfacción con el trato recibido por el personal ($r = -0,348$, $p = 0,028$), una rápida atención ($r = -0,957$, $p = 0,000$) por necesidad ($r = -0,348$, $p = 0,028$) o por encontrarse mal ($r = -0,348$, $p = 0,028$), su

comunicación a la familia ($r = -0,883$, $p = 0,000$) y el que se disponga de espacios para charlas con visitas ($r = -0,329$, $p = 0,038$). (8 variables)

En estos casos, **una atención rápida por parte del personal para socorrerle en la caída**, se vincula negativamente con el propio hecho de haberse caído ($r = -0,957$, $p = 0,000$) y la información del suceso a la familia ($r = -0,855$, $p = 0,000$). (2 variables)

La **comunicación de las caídas a los familiares** correlaciona directamente con un correcto trato de los profesionales ($r = 0,348$, $p = 0,028$) o una rápida atención ($r = 0,855$, $p = 0,000$) cuando el residente lo solicita por necesidad ($r = 0,348$, $p = 0,028$) o por sentirse mal ($r = 0,348$, $p = 0,028$). De manera inversa, la comunicación familiar valorada de manera positiva se encuentra asociada al hecho de haberse caído ($r = -0,883$, $p = 0,000$), la cantidad de voluntarios que colaboran ($r = -0,328$, $p = 0,039$) o si le gusta la ubicación ($r = -0,349$, $p = 0,027$) y el mobiliario del dormitorio ($r = -0,346$, $p = 0,029$). (8 variables)

2.5.2.4. Participación y relaciones en la residencia

Los residentes asocian, de forma estadísticamente significativa y en dirección positiva, **recibir suficiente información a su llegada** con la valoración positiva de la posibilidad de acceder a las diferentes salas ($r = 0,371$, $p = 0,018$), conocer el menú con anterioridad ($r = 0,545$, $p = 0,000$) o el hecho de que le gusta que anuncien el menú en el tablón ($r = 0,417$, $p = 0,007$). La ausencia de esta información se asocia de forma inversa con otros aspectos residenciales, como recibir un trato correcto del personal ($r = -0,381$, $p = 0,015$), una rápida atención si lo necesita ($r = -0,381$, $p = 0,015$) o por sentirse mal ($r = -0,381$, $p = 0,015$) y disponer de bebidas entre comidas ($r = -0,339$, $p = 0,032$). (7 variables)

La **comunicación a la familia, en caso de que el residente lo requiera**, tiene que ver de una manera estadísticamente significativa y relación directa con la posibilidad de cambiar de mesa en comedor ($r = 0,348$, $p = 0,028$) y de forma inversa con la comodidad de las zonas comunes ($r = -0,381$, $p = 0,015$) y el estado de los muebles del dormitorio ($r = -0,385$, $p = 0,014$). (3 variables)

La valoración que realizan los residentes sobre si **la residencia cuenta con suficiente personal** correlaciona de manera directa con aspectos como la satisfacción con conocer el menú con anterioridad ($r = 0,478$, $p = 0,002$), que anuncien el menú anticipadamente ($r = 0,378$, $p = 0,016$) o la valoración del servicio lavandería ($r = 0,368$, $p = 0,021$), de manera inversa a la valoración con los horarios de las comidas ($r = -0,473$, $p = 0,002$). (4 variables)

El hecho de que este centro residencial cuente con **voluntariado externo** para acompañamientos y actividades de animación, presenta una relación estadística significativa directa con el número de éstos ($r = 0,502$, $p = 0,001$), el haberse caído dentro de la residencia ($r = 0,335$, $p = 0,035$), la compra propia de comida ($r = 0,329$, $p = 0,038$), el menú en las celebraciones ($r = 0,464$, $p = 0,003$) y con tener la ropa limpia ($r = 0,328$, $p = 0,039$) y su pérdida ($r = 0,331$, $p = 0,037$). De manera inversa, la valoración del voluntariado externo, se asocia con una ágil comunicación entre la residencia y la familia ($r = -0,328$, $p = 0,039$) y la opción de disponer de bebidas entre comidas ($r = -0,354$, $p = 0,025$). (8 variables)

La satisfacción que se tiene con el voluntariado externo, presenta con respecto al **número de voluntarios que participan** en dichas actividades ($r = 0,502$, $p = 0,001$) una relación estadísticamente significativa y positiva. (1 variable)

La **frecuencia con la que el residente participa en tareas de mantenimiento**, se vincula positivamente con la comodidad de las zonas comunes ($r = 0,368$, $p = 0,019$) y su iluminación y ventilación ($r = 0,377$, $p = 0,016$), al estado del mobiliario de la habitación ($r = 0,360$, $p = 0,023$), a la valoración sobre el hecho de compartirla ($r = 0,382$, $p = 0,015$) y la relación con el compañero ($r = 0,714$, $p = 0,000$). De modo inverso dicha participación se relaciona con la valoración positiva de la interacción con el resto de residentes ($r = -0,364$, $p = 0,021$) y el uso que puedan tener los familiares del comedor ($r = -0,333$, $p = 0,036$). (7 variables)

La **posibilidad de participar en la elección del menú** se relaciona de forma positiva con el gusto por las actividades de entretenimiento organizadas ($r = 0,328$, $p = 0,039$), la percepción de que los enseres personales estén seguros ($r = 0,470$,

$p = 0,002$), frente al tiempo que el usuario lleve en la residencia ($r = -0,331$, $p = 0,039$), que presenta una relación inversa. (3 variables)

Para el residente, que se cuente con su criterio y valoración, es de gran relevancia. Por ello, que se pregunte su **opinión sobre su cuidado y salud** se asocia positivamente con su valoración sobre el aseo o arreglo personal ($r = 0,892$, $p = 0,000$), el acceso al servicio ($r = 0,698$, $p = 0,000$), disponer de aparatos facilitadores de la movilidad ($r = 0,713$, $p = 0,000$), tener relación con los residentes ($r = 0,348$, $p = 0,028$), como considera dichas relaciones ($r = 0,480$, $p = 0,002$) y la satisfacción que percibe sobre la relación con los profesionales de la residencia ($r = 0,562$, $p = 0,000$).

De manera opuesta, la impresión personal sobre este cuidado presenta una correlación estadísticamente significativa inversa con sentirse bien cuidado ($r = -0,480$, $p = 0,002$) recibir ayuda para desplazamientos internos ($r = -0,424$, $p = 0,006$), compartir o no dormitorio ($r = -0,381$, $p = 0,015$) y su relación con el compañero ($r = -0,698$, $p = 0,000$) o las relacionadas con servicios como disponer de cafetería ($r = -0,698$, $p = 0,000$), máquinas expendedoras ($r = -0,330$, $p = 0,038$) o poder elegir mesa en el comedor ($r = -1,000$, $p = 0,000$). (13 variables)

También, en esta misma línea, exponer su **opinión sobre su aseo y arreglo personal** y que sea considerada, se conecta de forma positiva con su parecer sobre su cuidado y salud ($r = 0,892$, $p = 0,000$), el acceso al servicio ($r = 0,946$, $p = 0,000$), disponer de aparatos que faciliten la movilidad ($r = 0,953$, $p = 0,000$), tener relación con los residentes ($r = 0,471$, $p = 0,002$) y como consideran ésta ($r = 0,651$, $p = 0,000$) y la valoración que tienen de la interacción con los profesionales de la residencia ($r = 0,488$, $p = 0,001$).

De modo inverso, se encuentran aspectos como sentirse bien atendido ($r = -0,411$, $p = 0,008$), ser apoyado en desplazamientos por la residencia ($r = -0,355$, $p = 0,025$), poder comer en la habitación ($r = -0,429$, $p = 0,006$), la relación con el compañero de ésta ($r = -0,611$, $p = 0,000$) o las variables referentes a servicios como disponer de cafetería ($r = -0,614$, $p = 0,000$) y poder elegir mesa en el comedor ($r = -0,888$, $p = 0,000$). (12 variables)

En este mismo sentido, que pueda opinar sobre las **actividades de entretenimiento** organizadas por la residencia, presenta una asociación positiva con que le gusten ($r = 0,547, p = 0,000$). (1 variable)

Entre los aspectos relativos al área relacional, se encuentra **la valoración de la interacción con el compañero de habitación**, en caso de que se tenga, que se vincula de forma positiva con la posible satisfacción de compartir dormitorio ($r = 0,553, p = 0,000$), la opción a elegir mesa en el comedor ($r = 0,698, p = 0,000$), disponer de cafetería ($r = 0,474, p = 0,002$) y participar en tareas de mantenimiento ($r = 0,714, p = 0,000$).

En cambio, esta variable correlaciona de manera contraria con el acceso al servicio ($r = -0,469, p = 0,002$), contar con aparatos facilitadores de la movilidad ($r = -0,480, p = 0,002$), tener relación con el resto de los residentes ($r = -0,492, p = 0,001$), su consideración sobre el personal que le atiende ($r = -0,363, p = 0,021$), que se consulte su opinión con respecto a su salud ($r = -0,698, p = 0,000$) y la satisfacción con el aseo personal ($r = -0,611, p = 0,000$). (10 variables)

El hecho de que el encuestado perciba que se relaciona con el resto de residentes se asocia de manera estadísticamente significativa y directa con la valoración de dicha interacción ($r = 0,724, p = 0,000$), así como con la satisfacción con las interacciones con el personal ($r = 0,618, p = 0,000$), que se cuente con su opinión sobre su salud ($r = 0,348, p = 0,028$), el aseo ($r = 0,471, p = 0,002$), la valoración con el acceso a los servicios ($r = 0,498, p = 0,001$), disponer de aparatos que faciliten la movilidad ($r = 0,498, p = 0,001$) y disponer de espacios para reunirse con visitas ($r = 0,325, p = 0,041$).

De manera inversa se presentan variables como la satisfacción con la relación con el compañero de habitación ($r = -0,492, p = 0,001$), recibir ayuda inmediata para desplazamientos si se necesita ($r = -0,424, p = 0,006$), la creencia de poder acceder a las diferentes salas ($r = -0,352, p = 0,026$), la frecuencia con la que participa en las tareas de mantenimiento ($r = -0,364, p = 0,021$), el que se le proporcionen suficientes bebidas entre comidas ($r = -0,396, p = 0,011$), disponer de acceso a máquinas expendedoras ($r = -0,334, p = 0,035$), poder elegir mesa en el comedor ($r = -0,345, p = 0,029$) y comer en el dormitorio ($r = -0,349, p = 0,027$). (14 variables)

Similar, en cuanto a su trascendencia, es **la valoración de la relación con el resto de residentes**. Esta refleja una conexión directa en primer lugar con la existencia de dichas relaciones ($r = 0,714$, $p = 0,000$), la valoración de las interacciones con el personal ($r = 0,854$, $p = 0,000$), que se cuente con su opinión sobre su salud ($r = 0,480$, $p = 0,002$) o aseo ($r = 0,651$, $p = 0,000$), la satisfacción con el acceso a los servicios ($r = 0,688$, $p = 0,000$), disponer de aparatos para la movilidad ($r = 0,688$, $p = 0,000$), la satisfacción con las salas de TV ($r = 0,422$, $p = 0,007$) o para reunirse con visitas ($r = 0,525$, $p = 0,001$) y, de forma general, con la valoración personal de su estancia en la residencia ($r = 0,383$, $p = 0,015$).

Una valoración negativa de las interacciones con los compañeros presenta una correlación inversa estadísticamente significativa con el estado funcional ($r = -0,352$, $p = 0,026$), el recibir ayuda inmediata para desplazamientos si se necesita ($r = -0,630$, $p = 0,000$), la creencia de poder acceder a las diferentes salas ($r = -0,480$, $p = 0,002$), disponer de acceso a máquinas expendedoras ($r = -0,334$, $p = 0,035$), poder elegir mesa en el comedor ($r = -0,476$, $p = 0,002$) y comer en el dormitorio ($r = -0,481$, $p = 0,002$). (15 variables)

En esta misma línea se ha estudiado también la **valoración que hace el residente sobre su relación con el personal que le atiende**. Esta se asocia favorablemente con aspectos como tener relación con los demás residentes ($r = 0,618$, $p = 0,000$) y que esta relación sea satisfactoria ($r = 0,854$, $p = 0,000$), el que se escuche su opinión sobre su cuidado y salud ($r = 0,562$, $p = 0,000$) y su aseo personal ($r = 0,488$, $p = 0,001$), la limpieza de la residencia ($r = 0,346$, $p = 0,029$), el acceso al servicio, ($r = 0,370$, $p = 0,019$), el estado de los muebles del dormitorio ($r = 0,330$, $p = 0,038$), la satisfacción con la sala de televisión ($r = 0,473$, $p = 0,002$) o disponer de espacios para atender a las visitas ($r = 0,606$, $p = 0,000$).

No obstante, se observa una vinculación inversa con respecto a recibir ayuda con rapidez para desplazamientos en caso de necesitar ayuda ($r = -0,753$, $p = 0,000$), la creencia de poder acceder a todas las salas ($r = -0,562$, $p = 0,000$), el que la residencia disponga de cafetería ($r = -0,369$, $p = 0,019$), el acceso a máquinas expendedoras ($r = -0,486$, $p = 0,001$), elegir mesa en el comedor ($r = -0,563$,

$p = 0,000$), la relación con el compañero de dormitorio ($r = -0,363, p = 0,021$) y su valoración de la estancia en la residencia ($r = -0,314, p = 0,048$). (16 variables)

Finalmente, los residentes informan que **recibir un trato correcto por parte de los profesionales de la residencia** se relaciona de forma positiva con la rapidez en ser atendidos si piden ayuda ($r = 1,000, p = 0,000$) o la comunicación de las incidencias a sus familias ($r = 0,348, p = 0,028$), así como con el cuidado de la zona de jardín ($r = 0,730, p = 0,000$).

Por el contrario, cuando este trato es insatisfactorio, la percepción de la información recibida durante el ingreso ($r = -0,381, p = 0,015$), el haberse caído en la residencia ($r = -0,348, p = 0,028$) y la comodidad ($r = -0,381, p = 0,015$) o ventilación e iluminación de las zonas comunes ($r = -0,385, p = 0,014$), se valoran de manera positiva. (7 variables)

Un factor determinante en la satisfacción residencial, dada su importancia, es la **percepción global que tienen los residentes sobre su cuidado**. Esta variable, presenta una dirección directa y estadísticamente significativa con disponer o no de plaza concertada ($r = 0,459, p = 0,003$), la limpieza general ($r = 1,000, p = 0,000$) y de la propia habitación ($r = 0,684, p = 0,000$), su ventilación e iluminación ($r = 0,688, p = 0,000$), la comodidad de la cama ($r = 0,689, p = 0,000$), el estado del mobiliario ($r = 0,687, p = 0,000$) y si le gusta ($r = 0,479, p = 0,002$), disponer de muebles ($r = 0,536, p = 0,000$) o enseres de su propiedad ($r = 0,691, p = 0,000$).

Destaca la asociación estadística de esta valoración con variables como la intimidad en el dormitorio ($r = 0,690, p = 0,000$), compartir habitación ($r = 0,560, p = 0,000$), poder entrar y salir libremente ($r = 0,687, p = 0,000$), el acceso a ésta y al baño ($r = 0,688, p = 0,000$) y la frecuencia con la que el personal llama antes de entrar ($r = 0,676, p = 0,000$). Otros resultados reseñables tienen que ver con la valoración de los servicios relacionados con las actividades de entretenimiento ($r = 0,329, p = 0,038$), el menú especial para las celebraciones ($r = 0,388, p = 0,013$), la lavandería ($r = 0,854, p = 0,000$) incluyendo la pérdida de ropa ($r = 0,718, p = 0,000$) y tenerla limpia cuando se necesita ($r = 0,721, p = 0,000$).

De manera inversa, la satisfacción que los residentes reportan sobre su cuidado tiene que ver con que la residencia disponga de aparatos facilitadores de la movilidad ($r = -0,315$, $p = 0,047$), la calidad de la comida servida ($r = -0,323$, $p = 0,042$) o el contar con la opinión del residente sobre su salud ($r = -0,480$, $p = 0,002$) el aseo y arreglo personal ($r = -0,411$, $p = 0,008$). (21 variables)

La opinión de que la **residencia es un lugar acogedor** se asocia directamente con el trato ($r = 0,696$, $p = 0,000$) y la atención médica recibida ($r = 0,696$, $p = 0,000$), así como con el horario destinado a este servicio ($r = 0,696$, $p = 0,000$) y la explicación recibida sobre su salud y medidas adoptadas ($r = 0,695$, $p = 0,000$). (4 variables)

Por último, los **residentes valoran su estancia** de un modo estadísticamente significativo y de forma favorable en relación con la satisfacción que tienen con la limpieza general ($r = 0,589$, $p = 0,000$), el servicio de comedor ($r = 0,349$, $p = 0,027$) y la calidad de la comida ($r = 0,628$, $p = 0,000$), su relación tanto con el resto de residentes ($r = 0,383$, $p = 0,015$) como con los profesionales que le atienden ($r = 0,328$, $p = 0,039$). De manera inversa, el régimen de alojamiento en la residencia ($r = -0,314$, $p = 0,48$) y una atención rápida en caso de necesitar ayuda para desplazarse ($r = -0,550$, $p = 0,023$) se asocian con la valoración general de su estancia en la residencia. (7 variables)

2.5.3. Síntesis estadística de los principales resultados

En esta última sección se sintetizan los principales resultados obtenidos. En la tabla 2.6 se recogen mediante un método de regresión lineal (STATA: Regress), los principales determinantes de la valoración del centro de mayores por parte de sus residentes. Entre las variables seleccionadas (sexo, edad, nivel de estudios, estado funcional, permanencia en el centro y tipo de habitación), sólo se encuentran efectos estadísticamente significativos para el nivel educativo y estado funcional. Los residentes con un nivel educativo de primaria (60% de los encuestados) tienen una peor valoración de los servicios de la residencia que aquellos sin estudios (30%). Puesto que ambos grupos representan el 90% de los encuestados, se infiere cierta

evidencia de que, a mayor nivel educativo, peor es la valoración del centro de mayores. De igual manera la autonomía funcional está negativamente correlacionada con la satisfacción del centro mayores, tal que los residentes autónomos (43% de los encuestados) valoran peor la residencia que los residentes catalogados como grandes dependientes (23%). El reducido número de observaciones y la escasa heterogeneidad en las respuestas (ejemplo, todos los residentes puntúan la valoración de la residencia por encima de 5, y el 83% con 8 o valoraciones superiores) desaconseja el empleo de técnicas econométricas más sofisticadas. De hecho, la estimación de la constante en el método de regresión lineal alcanza un valor de 6.4, tal que la valoración de los residentes tiene un punto de origen elevado, independiente al efecto variables explicativas.

Tabla 2.6*Estimación de la valoración centro residencial*

		Descripción	Coficiente	P-Valor	Media
Sexo	<i>Mujer</i>	Variables dicotómicas que informan del sexo del residente	-0,533	0,40	68%
	<i>Hombre</i>		ref.		33%
Edad	<i>Edad 60-69</i>	Variable cuantitativa que informa de la edad del residente, tomando el valor 1 si tiene entre 60 y 69 años, 2 entre 70 y 79 años, 3 entre 80 y 89 años y 4 entre 90 y 99 años	ref.		5%
	<i>Edad 70-79</i>		0,155	0,928	10%
	<i>Edad 80-89</i>		1,748	0,322	55%
	<i>Edad 89-99</i>		2,624	0,165	30%
Educación	<i>Leer y Escribir</i>	Variables dicotómicas que informan del nivel educativo del residente. No hay residentes con estudios superiores	ref.		30%
	<i>Primaria</i>		-0,999	0,08	60%
	<i>Secundaria o FP</i>		0,286	0,79	10%
Estado	<i>Dependiente</i>	Variables dicotómicas que informan del estado funcional del residente	ref.		23%
	<i>Movilidad reducida</i>		-0,316	0,64	35%
	<i>Autónomo</i>		-1,381	0,06	43%
Permanencia	<i>Menos de 7 meses</i>	Variables dicotómicas que informan del tiempo que ha permanecido en residente en el centro de la tercera edad	ref.		28%
	<i>Entre 7 meses-1 año</i>		0,717	0,44	13%
	<i>Entre 1-2 años</i>		-0,584	0,56	10%
	<i>Más de 2 años</i>		-0,135	0,83	49%

		Descripción	Coefficiente	P-Valor	Media
Habitación	<i>Individual</i>		ref.		8%
	<i>Doble</i>	Esta variable informa del tipo de habitación residente	0,602	0,54	86%
	<i>Colectiva</i>		-1,636	0,22	5%
	<i>Constante</i>	Punto inicial de la valoración de los residentes que no explica el modelo	6,398	0,00	

Valoración nos indica la valoración que hace el residente del centro de mayores. Escala de 1 a 10 siendo la media de 8,5.

No hay ninguna valoración del centro residencial por debajo de 5.

Por último, en la tabla 2.7 se relacionan aquellos servicios e instalaciones disponibles en la residencia (Peluquería, Gimnasio, Sala TV, Jardín, Mantenimiento, Comida y Cuidados sanitarios) entre sí y que puedan afectar a la valoración que realizan sus residentes (STATA: pcorr). El único ítem que presenta efectos positivos y estadísticamente significativos con la valoración de la residencia es el relacionado con la calidad de comida. Los mayores que valoran el servicio de peluquería están más satisfechos con la sala de TV y el jardín, espacios donde se la socialización es más alta. Los residentes que mejor valoran el gimnasio, también reportan niveles altos de satisfacción con la sala de TV, el jardín, la comida, y los cuidados sanitarios que reciben, por lo que se constituyen servicios que ayudan a mejorar el estado de salud del mayor institucionalizado. La valoración de la sala TV está positivamente correlacionada con las valoraciones del jardín y los cuidados sanitarios, pero negativamente correlacionada con el mantenimiento de las instalaciones. Con respecto al cuidado de las instalaciones, su valoración también está negativamente correlacionada con la de los cuidados sanitarios. De estas correlaciones negativas se podría inferir que, si bien los residentes están contentos con la atención personal y el centro de vida social, son más críticos con el mantenimiento general de las instalaciones.

Tabla 2.7
Correlaciones entre valores de satisfacción

	Valoración	Peluquería	Gimnasio	Sala TV	Jardín	Manten.	Comida	Cuidados
<i>Valoración</i>	1,0000							
<i>Peluquería</i>	0,3208	1,0000						
<i>Gimnasio</i>	0,1994	0,1684	1,0000					
<i>Sala TV</i>	0,2148	0,3690*	0,4867*	1,0000				
<i>Jardín</i>	0,0832	0,7959*	0,4413*	0,5353*	1,0000			
<i>Mantenimiento</i>	-0,1661	-0,1188	-0,2275	-0,5239*	-0,0480	1,0000		
<i>Comida</i>	0,6276*	0,2663	0,3516*	0,1865	-0,0158	-0,3126	1,0000	
<i>Cuidados</i>	0,2950	0,0625	0,4716*	0,5617*	0,2449	-0,3763*	0,2641	1,0000

* Nivel de significativa del 0,05 (95%)

2.6. DISCUSIÓN

2.6.1. Características sociodemográficas

El estado funcional de los residentes influye en el grado de satisfacción percibido de los servicios e instalaciones de la residencia. De hecho, las personas que gozan de mayor autonomía personal, se sienten más satisfechas con los servicios residenciales, en apariencia poco importantes, como la peluquería.

La edad, aunque con escaso peso explicativo, presenta asociaciones de valoración desfavorables, reflejando la encuesta que son los más mayores los que menos satisfechos están con los espacios donde se encuentran ubicadas las máquinas expendedoras o el gimnasio.

En esta misma línea se presentan las evaluaciones de los residentes en función del tiempo transcurrido desde su ingreso. Las personas que más tiempo llevan viviendo en la residencia, no piensan que sus pertenencias estén en lugar seguro o que cuenten con suficiente material técnico. Además, tampoco están muy satisfechos con otros aspectos relacionados con el día a día, como poder comprar comida, participar en el menú diario o que sean de su agrado las actividades de entretenimiento.

De entre las características sociodemográficas, presentan un mayor peso explicativo que el resto de variables, los indicadores relacionados con el régimen de plaza que se ocupe y el compartir, o no, el dormitorio. Ambos se asocian, de manera positiva, entre ellos y con las condiciones de habitabilidad del dormitorio (limpieza, ventilación e iluminación, estado y gusto por los muebles, la comodidad de la cama, disponer de muebles propios u objetos personales, el acceso, libertad de entrar y salir, el respeto por la intimidad). De este resultado se infiere que son las personas que residen en modalidad de plaza privada y habitación compartida las que presentan mayor grado de satisfacción con el espacio personal.

El sentirse bien cuidado en la residencia, una mayor participación en labores de mantenimiento, poder elegir mesa en el comedor, valorar mejor el servicio de lavandería, etc., se asocia a la modalidad de pago particular del residente (plazas no concertadas).

2.6.2. Instalaciones

Los indicadores de calidad de las instalaciones de la residencia analizados han sido:

Zonas comunes

Aspectos importantes que los residentes tienen en cuenta de las instalaciones durante su estancia son: la limpieza general, la ventilación e iluminación y comodidad de las zonas comunes. Sin embargo, la sensación que se percibe con respecto a la seguridad de los objetos personales o el disponer de material técnico necesario, se correlacionan de forma estadísticamente significativa con pocas variables.

Los residentes vinculan la valoración positiva de la limpieza del centro con la comodidad, ventilación o iluminación de los espacios de uso general. Además, salas concretas como la de televisión y la de visitas se considera espacios limpios y cómodos.

Al igual que la limpieza, la sensación de disponer de zonas comunes cómodas y espacios para el encuentro con las visitas, permite que los residentes tengan una

opinión positiva sobre las instalaciones del alojamiento, lo que a su vez facilita la mejora de la valoración de la interacción con el personal y con el resto de los residentes.

Según Pino et al. (2010), las residencias deberían contar con diferentes zonas (ajardinadas, de paseo, etc.) favorecedoras de la comunicación, equipadas y de fácil acceso para que puedan realizarse las funciones para las que han sido creadas. No obstante, cabe destacar como en el estudio de Sabiñánigo se observa una opinión desfavorable en cuanto a los accesos a las salas comunes, principalmente con la sala de máquinas expendedoras o el jardín, lo que afecta a la valoración de la relación con los profesionales. La cafetería, a la que se le reconoce un acceso adecuado, no arroja un resultado positivo en cuanto al equipamiento destinado a la movilidad del residente.

En esta misma línea, la satisfacción del residente con el hecho de disponer de aparatos facilitadores de la movilidad, tiene una asociación favorable, y relevante, tanto con el acceso a los servicios como con las relaciones entre residentes o con el personal, pero no con el compañero de habitación. No obstante, se constata una conexión inversa con la disponibilidad de estos aparatos y la valoración de la posibilidad de comer en el dormitorio, elegir mesa en el comedor, el servicio de cafetería y sentirse bien cuidado.

Habitaciones

A la hora de valorar la satisfacción con el dormitorio, sus ocupantes tienen en cuenta factores objetivos como el régimen de estancia, el hecho de compartir o no la habitación y otros que, en apariencia, no son de la misma naturaleza: ej. valoración de los servicios de entretenimiento, lavandería, atención médica o sentirse bien cuidado.

Los datos obtenidos reflejan una valoración positiva de la accesibilidad a la habitación y al baño propio. Además, también se observa una constelación de variables coherente y significativa: ventilación, iluminación, limpieza y disponibilidad de objetos personales y muebles propios. Se trata sin duda, de un conjunto de

variables que tienen que ver con las condiciones objetivas de las instalaciones de la residencia que propician una mejora de la calidad de vida percibida del residente.

El hecho de que la valoración de la cama presente tantas variables asociadas de forma positiva no es una cuestión menor. Este aspecto de las instalaciones facilita el sueño y el descanso. Por ello no es de extrañar que su disfrute tenga que ver con cuestiones tan diversas como la valoración del dormitorio, alimentación, servicios de entretenimiento y lavandería. La evaluación de la cama se asocia también con cuestiones relativas al ámbito de la salud, como la valoración de los cuidados médicos, su horario, el trato, la información sobre el estado de salud y el hecho de encontrarse bien atendido.

De manera coherente, los resultados reflejan dos variables asociadas en su complementariedad e importancia a la hora de facilitar, en el dormitorio, un espacio para la intimidad del residente, que muestran muy buena valoración y correlación estadística: la libertad de acceso y el hecho de que los profesionales pidan permiso para entrar.

La satisfacción del residente, con la libertad para entrar y salir de la habitación, presenta un número elevado de correlaciones positivas con diferentes aspectos de la residencia (que no solo tienen que ver con el dormitorio, sino que tienen la valoración de cuestiones externas como los servicios de alimentación, ocio, lavandería y atención sanitaria).

2.6.3. Servicios

Servicios comunes

En función de los resultados obtenidos, se observa que las ayudas técnicas para la movilidad, son consideradas por los residentes como recursos interesantes que facilitan su independencia funcional, autonomía e interacciones sociales.

En la residencia se encuentran servicios que, aunque presentan pocas variables correlacionadas de forma estadísticamente significativa, complementan las necesidades de las personas que viven en ella, como la peluquería o el gimnasio o la sala de televisión.

La valoración de la peluquería se relaciona de manera positiva con disponer de suficiente material técnico, mientras que el gimnasio y la dieta alimenticia, son valoraciones que aparecen asociadas.

La satisfacción de los usuarios con la sala de televisión tiene que ver con la satisfacción con la limpieza, comodidad o el cuidado de los muebles de la habitación de los residentes. Además, desde la perspectiva de su uso, los residentes también evalúan de forma positiva el hecho de poder comprar comida y las relaciones que desarrollan con el resto de residentes y con el personal.

En esta sala de televisión los residentes pasan parte de su tiempo libre, aunque no constituye la única alternativa al ocio residencial. La satisfacción con la forma de organizar el ocio y el tiempo libre, se asocia positivamente con la posibilidad de que el entrevistado pueda participar en determinadas decisiones de la organización residencial, ej. petición de opinión sobre las actividades de entretenimiento organizadas, el cuidado del jardín o la opción de cambiar de mesa en el comedor.

De entre todos los servicios analizados, la lavandería, el comedor y los recursos de salud presentan un mayor número de variables asociadas con la medida de la satisfacción y la evaluación de la calidad de la residencia.

Servicio de lavandería

El servicio de lavandería, cumple en la residencia un papel importante a la hora de favorecer unas condiciones mínimas de higiene y de confort del residente. Por eso, las tres variables que miden esta dimensión: valoración del servicio en general, disponer de ropa limpia cuando se necesita y evitar accidentes con la propia ropa (ej. pérdida), se correlacionan de manera muy positiva entre sí.

Esta valoración se asocia directamente con la satisfacción general del residente con su dormitorio y la relación que se establece con otros agentes, ej. suficiencia de voluntariado externo dedicado a actividades de acompañamiento y animación y la percepción general de sentirse bien cuidado.

Servicio de comedor

En cuanto a la percepción de las cuestiones relativas a la alimentación en la residencia destaca la valoración coherente de las diferentes dimensiones contempladas, ej. servicio de comedor, calidad de la comida, horarios, disponibilidad de profesionales. La valoración de la calidad del servicio de comedor se relaciona, además, con factores como la limpieza, el espacio utilizado o el mobiliario.

La satisfacción del residente con una dieta ajustada a sus necesidades, también facilita una buena valoración del servicio en sí. Por el contrario, aspectos como la rapidez en la atención, el apoyo para desplazamientos, la posibilidad de comprar o la cantidad de comida servida (en los casos de personas con menor autonomía personal) presentan un efecto contrario.

La valoración positiva de conocer el menú con antelación y que se publicite en el tablón de anuncios, se encuentran directamente relacionados. Esta interacción también se da con la evaluación de la información recibida durante el ingreso y con considerar que la residencia dispone de un número suficiente de voluntarios.

El disfrutar de menús diferentes en días especiales tiene que ver con la evaluación de un elevado número de variables. Los residentes valoran positivamente este hecho, vinculándolo directamente con su grado de satisfacción con el servicio de comedor. Además, también se relaciona con la valoración adecuada del dormitorio en general, el voluntariado, la lavandería, el servicio médico y con una impresión general de sentirse bien cuidado.

La valoración de la posibilidad de elegir mesa en el comedor se considera positiva y se refleja en además en que los usuarios que así opinan, lo asocian con el hecho de sentirse bien cuidados. No obstante, la satisfacción del residente en este aspecto es negativa en referencia a la relación que pueda tener con compañeros de dormitorio, otros residentes, los propios profesionales o que se tenga en cuenta su opinión sobre su salud o aseo y arreglo personal.

En esta misma situación se observa la posibilidad de comer en el dormitorio. En este caso, los residentes plantean opiniones desfavorables en cuanto a la valoración de su accesibilidad, los dispositivos para desplazamientos, su opinión

sobre el aseo y arreglo personal o la relación con el resto de residentes, relacionándose, además, con otros aparentemente muy diferentes, como el servicio de peluquería, lavandería o disponer de apoyo para el desplazamiento.

Servicio sanitario

La atención sanitaria es uno de los servicios en el que más asociaciones estadísticamente significativas se producen con otras variables de la encuesta y donde el grado de satisfacción del usuario es más alto.

El acceso al profesional sanitario, las explicaciones, el horario, el trato recibido, la atención y disponibilidad en caso de necesidad presentan, cada una de ellas, más de diez variables correlacionadas. En este sentido, se observa como un elevado grado de satisfacción del usuario con los servicios de salud, que se vincula directamente con que la residencia se perciba como un lugar acogedor.

Esta evaluación satisfactoria de la atención habitual de las necesidades sanitarias del residente, se suma la percepción del cuidado médico en situaciones de urgencia, como por ejemplo ante una caída. Pese a su importancia, esta evaluación no presenta tantas variables estadísticamente significativas como la valoración de los recursos sanitarios ordinarios.

La percepción de un menor riesgo de caída por parte del residente, se relaciona con la valoración positiva de acceso a todas las salas y disponer de suficiente voluntariado. Sin embargo, muestran su insatisfacción con la rapidez con la que les atienden en caso de que esto ocurra y la comunicación del suceso a la familia.

2.6.4. Participación y relaciones en la residencia

De cara a una mejor adaptación al entorno residencial y sus instalaciones, es necesario recibir durante el ingreso una correcta información (Ball et al., 2004). En la interpretación de los resultados obtenidos de estas correlaciones, se observa que el hecho de recordar de forma favorable cómo se recibió la información sobre las instalaciones y sus servicios, favorece una valoración positiva de otros recursos, como el acceso a las salas y cuestiones relativas al menú.

Durante su estancia, los residentes pueden participar en la vida de la residencia de diferentes maneras. Una de ellas, la realización de tareas de mantenimiento, se relaciona con la satisfacción mostrada con las instalaciones, ej.: la comodidad de zonas comunes, su iluminación, ventilación, o el estado del mobiliario. En este sentido, el desempeñar tareas de mantenimiento se asocia con la satisfacción percibida con las condiciones del dormitorio, es decir, sus muebles, el hecho de compartirlo y la relación que se tiene con el compañero.

Contar con voluntariado externo para actividades de animación, no se relaciona de un modo estadísticamente significativo con una mayor participación del residente.

La satisfacción positiva mostrada por los residentes con los voluntarios en la residencia se asocia directamente con el número de éstos, y con cuestiones tan dispares como las caídas, la alimentación y la ropa. Llama la atención la valoración inversa que los residentes realizan sobre la agilidad en la comunicación con la familia en caso de necesidad y la evaluación de la disponibilidad de voluntarios.

La calidad percibida de la estancia en la residencia, el día a día, tiene mucho que ver con la interacción y sinergias que se producen entre los que viven en ella y las que se generan con los trabajadores. La satisfacción del residente con el área relacional se asocia favorablemente con el acceso a los servicios, la sala de T.V. y de visitas, y que se cuente con la opinión del residente sobre su salud y su aseo personal. Esta valoración se asocia también con satisfacción del residente en cuestiones como elegir mesa en el comedor o la estancia en la residencia en sí.

La mayoría de las personas no ingresan en la residencia por iniciativa personal, lo que dificulta el sentimiento de pertenencia e intimidad. Esta situación, según Pino et al. (2010), afecta a los lazos de intimidad y relación entre los residentes y su entorno. En el presente estudio, esta apreciación se observa claramente, dado que la satisfacción con la interacción entre residentes depende de que se tenga una relación previa, como por ejemplo familiares, y se asocia de manera positiva con una evaluación favorable con el acceso a los recursos e instalaciones o la propia estancia en la residencia.

La satisfacción percibida de la relación del residente con los profesionales que le atienden, tiene que ver con su valoración sobre la relación con los demás residentes y con el hecho de que se tenga en cuenta su opinión sobre su cuidado y su salud.

La valoración de la interacción con el compañero de habitación, una relación tan cercana, favorece una evaluación positiva del dormitorio y de otros comportamientos participativos como elegir mesa de comedor o desempeñar tareas de mantenimiento. No obstante, la satisfacción del residente con esta relación, puede asociarse de manera inversa a la valoración del acceso y movilidad, la propia salud y el aseo, y las interacciones establecidas con otros agentes de la residencia.

El hecho de que se tenga en cuenta la opinión sobre el cuidado y salud del residente, facilita una valoración positiva de su aseo, su movilidad y accesos a diferentes espacios de la residencia. De manera complementaria, cuando el residente piensa que se obvian sus opiniones, tiende a realizar una valoración negativa de la propia elección de mesa en el comedor, compartir dormitorio o sentirse bien cuidado.

La evaluación del cuidado del residente es una variable clave por su valor en la medida de la satisfacción con la residencia, pero también por la cantidad de conexiones que genera (21 variables correlacionadas de manera estadísticamente significativa). En este sentido, según Acevedo (2014), la percepción de la calidad de vida residencial se vincula especialmente con la autonomía personal, las relaciones y la participación social y la intimidad.

En el presente estudio, se observa cómo estar bien cuidado se asocia de forma evidente con la satisfacción con los servicios básicos como la limpieza, la intimidad, la alimentación y la lavandería. De hecho, llama la atención su conexión con tres variables relacionadas con la higiene.

Sorprende que, frente al número tan elevado de indicadores considerados a la hora de valorar el cuidado, la evaluación de la residencia como un lugar acogedor se asocie sólo con cuatro variables, todas ellas relacionadas con el servicio médico, su trato, horarios y la explicación recibida sobre su salud y las medidas adoptadas.

2.7. CONCLUSIONES

Las necesidades de las personas mayores que residen en un contexto institucionalizado tienen que ver con el espacio en el que habitan, pero también con los procesos relacionales que se desarrollan en la residencia (tanto entre los agentes residenciales, como con el entorno cercano) (Pino et al., 2010). Así, la calidad de los servicios residenciales, interiores y exteriores, no sólo depende del nivel de equipamiento, sino también del ámbito relacional y cómo afecta al residente.

En base a esto, es entendible que, en la valoración de la satisfacción de los residentes, presente un mayor peso específico las cuestiones relativas a las características de su estancia en la institución que las demográficas como la edad o su estado funcional.

Además, en la valoración de estos recursos se debe prestar atención a la diversidad del colectivo de mayores residentes. No todos ellos se encuentran en las mismas condiciones. En este estudio se observa cómo el nivel de autonomía y el nivel educativo constituyen variables predictoras de la valoración residencial. A menudo, las respuestas institucionales y las políticas públicas caen en el error de considerar la tercera y cuarta edad como un grupo homogéneo. A la luz de estos resultados se debería tener en cuenta los elementos que los diferencian y que requieren estrategias más personalizadas.

De entre las variables estudiadas en la evaluación de la residencia Alto Gallego, destacan por su elevada significatividad estadística: el régimen de alojamiento y la valoración del hecho de compartir la habitación, cuya influencia afecta positivamente a elementos tan diferentes como las instalaciones, los servicios o la participación en la residencia.

Llama la atención la diversidad, la amplitud y la complejidad de variables relacionadas, de manera coherente, con la satisfacción con el dormitorio. Se trata sin duda de indicadores cruciales para valorar la experiencia global de la residencia y señalan la importancia de disponer de un espacio propio, personalizado y de fácil acceso, que proteja la intimidad del residente y que pueda considerar como propio.

La satisfacción con los recursos residenciales presenta ciertas pautas de coherencia temática. Por ejemplo, la valoración positiva de los servicios de peluquería, sala de televisión, jardín, gimnasio, etc., que propician la socialización, tienden a predecirse entre sí. Se trata además de servicios que facilitan el envejecimiento activo y saludable del residente. En general, los residentes coinciden en una valoración positiva de los recursos humanos de la institución, centrandose en las posibilidades de mejora de la residencia en cuestiones relativas al mantenimiento de las instalaciones.

Entre los servicios mejor valorados por los residentes destaca el comedor. Su elevado grado de satisfacción se relaciona tanto con la comida (variedad, calidad y dieta) como con la planificación (horarios y publicación del menú con anterioridad). Resulta especialmente relevante el poder disfrutar de menús diferentes en días señalados, dada su significatividad estadística y evaluación positiva. Los residentes podrían tender a atribuir a este hecho, y de manera positiva, un cambio importante en su rutina.

Del presente estudio se infiere la elevada satisfacción con la convivencia dentro del centro, siendo el área relacional, una de las dimensiones con un mayor número de correlaciones estadísticas significativas. En este sentido, es de mencionar la buena relación manifiesta entre los compañeros de habitación y/o de comedor, que favorecen el desarrollo de un buen clima de convivencia.

No obstante, a pesar de unos resultados que señalan el elevado grado de satisfacción de los beneficiarios con respecto a instalaciones, servicios y en el ámbito relacional, otras cuestiones podrían ser susceptibles de mejora y estudio.

Se observa necesario mejorar y/o potenciar los accesos al jardín y salidas al exterior de la residencia, aspecto donde el grado de satisfacción de los residentes no alcanza la valoración positiva deseada. Este estudio, al igual que el realizado por Pino et al. (2010) pone de manifiesto las posibilidades de mejora de la residencia con su entorno próximo. Se considera pertinente, por ello, generar actividades y talleres que tengan lugar en áreas exteriores. Además, es necesario, para no caer en la monotonía, introducir diversidad y estimulación sensorial, cognitiva, afectiva y social tanto en las actividades internas como externas a la residencia.

En este estudio se ha evidenciado que uno de los grandes pilares de la satisfacción residencial es la relación y modos de participación en la vida del centro. No se alcanza el mismo nivel de satisfacción de los residentes en los mecanismos de participación, actividades u órganos de toma de decisiones, que con los servicios o las instalaciones de la residencia. Este aspecto es relevante dada su vinculación con los estándares de calidad incluidos en la norma ISO (Leché et al., 2020). Publicitar, facilitar o generar nuevas vías de participación, podría influir directamente en el grado de satisfacción general de las actividades y servicios.

Finalmente, otra cuestión a tener en cuenta, es la valoración del residente sobre el número de profesionales que le atienden. La elevada carga de trabajo que se percibe en el personal, a pesar de la valoración positiva de dichos recursos, repercute en que los residentes observen la necesidad de un aumento de éstos en tareas destinadas a su cuidado y atención.

2.8. REFERENCIAS

- Acevedo Alcaraz, E. (2014). Quality of Life of Institutionalized Elderly People in Nursing Homes: a Quantitative Analysis. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3). 225-234. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.70>
- Abellán García A., Aceituno Nieto M.P., Ramiro Fariñas D. y Castillo Belmonte A.B. (2021). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. *Informes Envejecimiento en red*, 27, 17. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>
- Ball, M.M., Perkins, M.M., Whittington, F.J., Connell, B.R., Hollingsworth, C., King, S.V., Sharon, V.K., Elrod, C.L. y Combs, B.L. (2004). Managing Decline in Assisted Living: The Key to Aging in Place. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 202-212.
- Blanco-Tarrio, E. y Blanco Sánchez, G. (2020). Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 46(1), 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003>

- Garvin, D.A, (1988). Competir en las ocho dimensiones de la calidad. *Harvard Deusto business review*, 34, 37-48.
- González, M.J. y San Miguel, B. (2001). El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 9, 19-45.
- Esteban Herrera, L. y Rodríguez Gómez, J.A. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Ene*, 9(2). <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200007>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2018). Datos padrón continuo. <https://www.ine.es/>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2021). *Información estadística destacada del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Perfil de la persona beneficiaria con prestación*. https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/index.htm
- Leché Martín, E.A., Gil-Lacruz, A. y Gil-Lacruz, M. (2020). Satisfacción del usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas dependientes: Estudio de un vecindario urbano (Barrio Oliver, Zaragoza). *Acciones e Investigaciones Sociales*, 41, 37-170.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial del Estado*, 201, de 20 de agosto de 2009.
- Martínez Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología]. http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33762/1/TD_TeresaMartinez.pdf
- Mira Tamayo, D.C., Martínez Callaghan, J. y Gil-Lacruz, M. (2019). *Valoración del a satisfacción de los servicios prestados en la residencia Alto Gállego*. Grupo de Investigación Bienestar y Capital Social, Universidad de Zaragoza.

- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 25, 39. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Picardo García, J.M. (2020). COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente. *Enfermería Clínica*, 31(1), 117-119. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.015>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pino Juste, M.R., Crespo Comesaña, J.M. y Portela Carreiro, J. (2010). Descripción de los elementos espaciales en residencias de ancianos. Estudio en el noroeste de España. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 61-71.
- Real Decreto 2200/1995, de 28 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Infraestructura para la Calidad y la Seguridad Industrial. *Boletín Oficial del Estado*, 32, de 6 de febrero de 1996.
- Reglamento (UE) N 1025/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, sobre la normalización europea, por el que se modifican las Directivas 89/686/CEE y 93/15/CEE del Consejo y las Directivas 94/9/CE, 94/25/CE, 95/16/CE, 97/23/CE, 98/34/CE, 2004/22/CE, 2007/23/CE, 2009/23/CE y 2009/105/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y por el que se deroga la Decisión 87/95/CEE del Consejo y la Decisión N 1673/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 316, de 14 de noviembre de 2012.
- Tarazona-Santabalbina, F.J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M.T. y García-Navarro, J.A. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 55(4), 191-192. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>

Capítulo 3

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES: LA FAMILIA COMO AGENTE SOCIAL

3.1. AGENDA 2030 Y DESARROLLO SOSTENIBLE

La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2019) representa, por parte de la comunidad internacional, un importante esfuerzo de intervención en las causas que provocan la pobreza desde un enfoque integral, de transformación de la realidad social, y de consecución de un futuro sostenible para todas las personas. Este esfuerzo se materializa mediante 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas universales consensuados y concretados en la Agenda 2030. Es aquí, donde el Pacto Mundial de Naciones Unidas y, en concreto, la Red Española del Pacto Mundial, juegan un papel decisivo en la valoración de las empresas y las organizaciones como agentes de cambio y desarrollo de las naciones.

En España, la puesta en marcha de la Estrategia de Desarrollo Sostenible (2021) exige una administración responsable y transparente, que apueste por la integración de estos objetivos y valores internacionales en sus políticas públicas. Para ello, es preciso garantizar una metodología de consenso, colaboración y participación entre el gobierno, las administraciones públicas, el sector privado y el conjunto de la sociedad. Se trata, en definitiva, de consolidar unos servicios públicos fuertes, reforzados e inclusivos.

La globalización actual obliga al interventor social a un ejercicio reflexivo previo sobre la asunción y traducción local de estas premisas internacionales y nacionales. En este capítulo se aborda la aplicación local de dichas declaraciones en la evaluación comunitaria de una organización social dedicada a la atención de un colectivo vulnerable: los mayores de una residencia ubicada en un entorno rural.

3.1.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible

Finalizados los Objetivos del Milenio (ODM) en 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprueban los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como parte de la Agenda 2030. Este avance en la búsqueda del consenso, refleja el cambio hacia la inclusividad (Balderrama y Valerio, 2020), y se encuentra estrechamente ligado a la integración de las personas mayores y las personas con discapacidad. Prueba de ello son los objetivos que garantizan una vida sana y la promoción del bienestar en todas las edades (ODS 3), la creación de sociedades justas, sostenibles, seguras y resilientes (ODS 11) o tratar de garantizar sociedades pacíficas, justas e inclusivas (ODS 16), entre otros.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, abarca un amplio conjunto de objetivos y metas universales y transformativas, de gran alcance y centradas en las personas, partiendo de las preocupaciones globales recogidas en la resolución A/RES/70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Como se ha indicado previamente, los nuevos objetivos mundiales, de aplicación universal para todos los ciudadanos de todos los países, buscan y exigen lograr un futuro sostenible, inclusivo y resiliente (Martin, 2018), realizando un llamamiento a la acción en pro de la prosperidad, la paz, la justicia, la preservación del planeta y el fomento de la integración social. En definitiva, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2019), se pretende mejorar la calidad de vida de las personas en todo el mundo.

Los ODS están vinculados y se interrelacionan entre sí, siendo interdependientes. Es por ello que deben implementarse de manera simultánea y de forma coherente, abarcando tres dimensiones: el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente. Estos aspectos se consideran esenciales para abordar los desafíos del presente, sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones de poder satisfacer sus propias necesidades (Organización Naciones Unidas [ONU], 2020). Esto implica la protección del planeta y la permanencia del ser humano en él, de manera viable, equitativa, y con bienestar social, ambiental y económico, hoy y mañana (Fernández y Gutiérrez, 2013).

3.1.2. *No dejar a nadie atrás*

“No Dejar a Nadie Atrás” es el compromiso y promesa central de la Agenda 2030 (ONU, 2019). Según recoge el Manual Básico de la Agenda 2030 (ONU, 2019), supone una apuesta decidida por el apoyo a los derechos humanos, y hace hincapié en las intervenciones que identifican, empoderan y apoyan a los más vulnerables, requiriendo la implementación de estrategias específicas.

La falta de inversión no es siempre la principal barrera para acceder a los servicios, recursos e igualdad de oportunidades, sino el resultado de leyes, políticas y prácticas sociales discriminatorias. “No Dejar a Nadie Atrás” requiere intervenir desde un enfoque integral que conlleva conocer quién y por qué (colectivos y necesidades) y aplicar medidas efectivas que corrijan con éxito las causas de las desigualdades. Garantizar la participación libre, activa y significativa de todas las partes interesadas, es clave para lograr la consecución de este principio rector de igualdad (ONU, 2019).

3.1.3. *Pacto Mundial de Naciones Unidas*

El Pacto Global o Pacto Mundial de Naciones Unidas es una iniciativa internacional que promueve el desarrollo sostenible y la responsabilidad social empresarial. Se firmó en el año 2000 por más de 13.000 entidades en más de 170 países. En el año 2004, se integró en la consecución de estos objetivos la Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas.

Según la Red Española (2017), el Pacto Mundial de la ONU busca que las empresas y organizaciones implementen, a nivel interno, 10 principios universales sobre derechos humanos, normas laborales, anticorrupción, transparencia y preservación del medioambiente, como valores esenciales. En este sentido, las empresas deben adoptar un planteamiento responsable sobre aspectos como el respeto y el apoyo hacia la protección de los derechos humanos declarados internacionalmente y no participar en su vulneración. Además, tienen que defender y eliminar la discriminación laboral, el trabajo forzado u obligatorio. Otros valores a

tener en cuenta son promover la prevención, fomentar la responsabilidad y ser respetuoso con el medio ambiente.

Desde el 2015, el Pacto Mundial asume la responsabilidad de promover los ODS en el sector empresarial, así como sensibilizar y ayudar a las empresas como factor clave del cambio, propiciando de este modo, un nuevo paradigma empresarial.

Así, Naciones Unidas concibe las empresas como agentes de desarrollo, generadores de impactos positivos, con capacidad de mejorar el bienestar de la sociedad e influir sobre el desarrollo sostenible y crear valor compartido.

3.1.4. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible:

Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030

Para el cumplimiento de los ODS, cada gobierno, como administración responsable de su propio desarrollo económico y social, es el agente principal de su ejecución, al poder decidir la manera específica en la que se incorporan objetivos y metas en los procesos de planificación (Balderrama y Valerio, 2020).

En base a esto, en 2017 el Congreso de los Diputados de España, aprobó una Proposición no de Ley PNL (161/2620), que orienta la política en el cumplimiento de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, instando al gobierno a “elaborar, aprobar y poner en marcha, en colaboración con las Comunidades Autónomas, sociedad civil y las Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD), una Estrategia de Desarrollo Sostenible para implementar en España la Agenda de Desarrollo 2030” (recogido en el Punto 1, PNL 161/001253, sobre la implementación en España de la Agenda 2030).

Este I Plan de Acción, aprobado en el Consejo de Ministros del 29 de junio de 2018, requiere de una integración sistemática y equilibrada de las dimensiones social, económica y medioambiental de las políticas públicas. La participación, el consenso, la transparencia y la adaptación de los procesos de toma de decisiones, supone movilizar a todas las administraciones (a nivel nacional, autonómico y local), universidades y centros de investigación, organizaciones sociales, empresas y ciudadanía, alrededor de una visión compartida, generadora de nuevas estrategias,

medidas, y métodos de trabajo. Entre estas estrategias, se encuentra la de dar mayor peso a la Responsabilidad Social de las Empresas. Desde la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), se fomenta el desarrollo sostenible, se mejora la imagen pública de la empresa, aumenta la satisfacción y fidelización de los grupos de interés y, en consecuencia, se incrementa el valor de la organización. No obstante, este concepto no deja de ser controvertido puesto que, por la profusión y dispersión de su uso, corre el riesgo de convertirse en una nueva tendencia sin contenido.

3.2. LA RESPONSABILIDAD CORPORATIVA Y LAS EMPRESAS SALUDABLES

La RSC contribuye al desarrollo sostenible, al integrar de manera transversal, en sus políticas empresariales, aspectos como los problemas sociales o el cuidado de las personas y del entorno. En España se promueve el paradigma de empresa saludable, generando un marco normativo, que potencia este comportamiento responsable de administraciones públicas, empresas públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro.

La promoción de la salud y los hábitos saludables que mejoran el bienestar de las personas en el lugar de trabajo, se prioriza como un objetivo clave de las políticas públicas, observándose como un estándar de calidad y de buena práctica empresarial.

3.2.1. La Responsabilidad Social Corporativa

De manera paralela al Pacto Mundial para promover los ODS en el sector empresarial, y tras la presentación del Libro Verde sobre la RSC (Comisión Europea, 2001), comienza un debate institucional europeo sobre la contribución al desarrollo sostenible de las empresas.

En España, esta nueva perspectiva, donde la empresa integra en sus operaciones, de manera voluntaria, las dimensiones sociales y medioambientales, se plasmó en la publicación del Real Decreto 221/2008, por el que se crea y regula el Consejo Estatal de RSC.

Mc Donough y Braungart (2002) definen a la empresa socialmente responsable como aquella que cuenta con una planificación estratégica de las dimensiones económica, social y medioambiental de su actividad. Además de estas preocupaciones sociales y medioambientales, la Comisión Europea en el 2011 añade que las empresas deben integrar, la ética, el respeto de los derechos humanos y las inquietudes de los consumidores.

A partir de este cambio de paradigma europeo, la estrategia española se orienta a la promoción de la RSC en las empresas, administraciones públicas y el resto de organizaciones, para avanzar hacia una sociedad y una economía más competitiva, productiva e integradora (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015). Procura, además, acelerar el desarrollo sostenible de la sociedad, el comportamiento responsable y la creación de empleo. En este sentido, es donde el concepto de empresa saludable, como innovación social, encaja perfectamente como fin de la RSC.

3.2.2. La Promoción de la Salud en el Trabajo. Las Empresas Saludables

En España, tanto las empresas como las administraciones públicas, consideran la importancia de integrar la Promoción de la Salud en el Trabajo (PST) como un objetivo prioritario, generando políticas públicas como la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020. Esta estrategia contempla, entre sus objetivos, fomentar la cultura de la salud y potenciar hábitos saludables en el entorno laboral (tal como se recogió en el I Encuentro de la Red Españolas de Empresas Saludables, 2016).

A pesar de su actualidad, el origen de estas estrategias nacionales, presenta antecedentes internacionales importantes. La Declaración de Luxemburgo (European Network for Workplace Health Promotion, 1997), define la PST como el poder “aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo”, lo que implica clarificar conceptos como “trabajo saludable” y “empresa saludable”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define entorno de trabajo saludable como: “un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad” (OMS, 2010, p. 14). Con ello, se persigue proporcionar a todos los trabajadores unas condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protejan y promuevan su salud y seguridad.

Una empresa saludable, según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2021), es aquella que gestiona la salud de sus trabajadores desde un enfoque integral e integrado y tiene en cuenta la salud, de forma transversal, en todas las políticas de la empresa.

España, en 2013, respondiendo al interés del INSST en reconocer al tejido empresarial sus esfuerzos en la mejora de la salud y bienestar de sus trabajadores, se afilió al programa internacional “Empresas Saludables”. Cualquier empresa u organización puede solicitar su adhesión a la Declaración de Luxemburgo, así como su reconocimiento como buena práctica en promoción de la salud en el trabajo, en caso de cumplir los criterios de calidad elaborados por la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo.

Esta red nacional presenta su traducción a nivel autonómico. En el Boletín Oficial de Aragón BOA, de 29 de marzo de 2021, se publicó la Orden EPE/219/2021, de 15 de marzo, por la que se regula el funcionamiento de la Red Aragonesa de Empresas Saludables (RAES), a iniciativa de las direcciones generales de Trabajo, Autónomos y Economía Social y de Salud Pública.

La Red Aragonesa de Empresas Saludables (RAES), pretende integrar a todas las organizaciones aragonesas, con o sin ánimo de lucro, sin distinción de tamaño, sector o actividad, que implementen medidas de promoción de la salud facilitadoras del desarrollo individual y la mejora de las condiciones de trabajo. Esta iniciativa se marca como objetivos: el fomento de las buenas prácticas, la promoción y la optimización de la salud y de las condiciones de trabajo, y un mayor grado de compromiso y participación en actividades laborales saludables.

Estas medidas han de abarcar todo el ciclo vital de los trabajadores, incluyendo al colectivo de trabajadores seniors y aquellos que se han jubilado o se encuentran próximos a esta situación.

3.3. LAS PERSONAS MAYORES Y LOS ODS

Aunque los objetivos que hacen referencia a las necesidades de las personas mayores apenas se mencionan explícitamente en los ODS (Curtis, 2017), se pueden ver reflejadas en diferentes metas no específicas. A esta carencia se debe añadir el hecho de que dichas metas no coinciden necesariamente con las reivindicaciones más importantes de este colectivo, como por ejemplo los cuidados de largo plazo.

Tabla 3.1

ODS que conciernen a personas mayores

ODS 1	Fin de la pobreza. Poner fin a la pobreza en todas en todas sus formas en todo el mundo
1.4	Garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los más vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías y los servicios económicos, incluida la microfinanciación.
ODS 3	Salud y bienestar. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
3.4	Para 2030, reducir en un tercio, la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales, de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
ODS 10	Reducción de desigualdades. Reducir la desigualdad en y entre los países
10.2	De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.

ODS 11 Ciudades y comunidades sostenibles. Lograr que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles	
11.1	De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.
11.2	De aquí a 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.
11.7	De aquí a 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.
ODS 16 Paz, justicia e instituciones sólidas. Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas	
16.6	Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.
16.7	Garantizar la adopción en todos los niveles, de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades.
16.10	Garantizar el acceso público a la información y proteger las libertades fundamentales, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos internacionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Naciones Unidas (2015).

Continuando con esta argumentación, la Fundación Edad&Vida (2017) coincide con la escasa implantación de los ODS en las personas mayores, y la importancia de su consideración al tratarse de una oportunidad de mejora en su atención. En este sentido, mediante la formación de los profesionales del cuidado de los mayores, la arquitectura sostenible de los centros de atención, la adecuación de los equipamientos, entre otras variables, se puede mejorar la calidad del servicio ofrecido.

Es por ello que las entidades, organizaciones sociales y administraciones públicas deben trabajar para alcanzar los ODS mediante planificaciones estratégicas y acciones concretas y buenas prácticas con este colectivo senior.

Además, al igual que estas metas garantizan la adopción de decisiones participativas, inclusivas y representativas que respondan a las necesidades de nuestros mayores, se hace aún más necesario en el caso del acceso y estancia en servicios residenciales, donde las familias deben jugar un papel responsable en cuanto a su

participación, consenso y procesos de toma de decisiones (por ejemplo: en las decisiones sobre actividades lúdicas o servicio de comedor, entre otras cuestiones).

3.4. TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN

3.4.1. Participación en Servicios Sociales: Aragón

La promoción de la participación ciudadana en los asuntos públicos constituye un pilar fundamental en las democracias avanzadas, siendo preciso configurar procesos donde se cuente con la opinión de la ciudadanía en la formulación de las políticas públicas.

La Constitución Española (1978) ya incluye esta necesidad en sus artículos 9 y 23, así como en los Estatutos de Autonomía de última generación, que reconocen el derecho a la buena administración y el principio de transparencia.

Desde la Ley 19/2013, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, los Poderes Públicos han hecho un esfuerzo en promover los medios necesarios (básicamente mediante la emisión de documentación electrónica y reduciendo cargas burocráticas), para facilitar la intervención de entidades que reciben fondos públicos o son de especial relevancia, así como la transparencia de las instituciones y el acceso a la información.

En esta línea, el Estatuto de Autonomía de Aragón aprobado por Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, plantea la obligación de los poderes públicos de motivar la participación social, en la elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas, así como la individual y colectiva en los ámbitos cívico, político, cultural y económico (artículo 15.3), aspectos que, además, deben garantizarse, como derechos, en el Sistema Público de Servicios Sociales.

En cumplimiento de dicho mandato estatutario se aprueba la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, procediendo a la ordenación y desarrollo de un Sistema Público de Servicios Sociales que atienda a la protección, entre otros colectivos, de las personas mayores y personas con discapacidad. Articula

para ello dos niveles de atención: Servicios Sociales Comunitarios y Servicios Sociales Especializados, entre los que se encuentran los centros residenciales.

La Ley recoge los términos de participación y responsabilidad social como derechos de las personas usuarias de los servicios sociales (art. 7) y como función de los Centros de Servicios Sociales (art. 15). En el título VI “Participación Ciudadana y Consejo Aragonés de Servicios Sociales”, las iniciativas de la sociedad civil se tienen en cuenta en el funcionamiento del Sistema Público de Servicios Sociales mediante la planificación, seguimiento y evaluación de la gestión y de las actuaciones públicas en materia de Acción Social.

La Ley 5/2009, en su artículo 2, nombra como objetivo a perseguir el fomento del asociacionismo, la acción voluntaria y las demás formas de intervención solidaria en los asuntos comunitarios. El Consejo Aragonés de Servicios Sociales resulta ser el órgano consultivo encargado de impulsar las actuaciones de beneficiarios, familiares y agentes sociales en el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Aragonesa.

En cuanto a los centros y los servicios sociales, en el Título VI de la Ley, se establece que:

En todos los centros públicos en los que se presten servicios sociales o se realicen actividades sociales y en los privados que reciban financiación pública, habrán de establecerse procedimientos de participación de las personas usuarias o de sus representantes legales en el funcionamiento del centro o servicio, de acuerdo con lo que se determine reglamentariamente. (artículo 60)

3.4.2. Sistemas de Gestión de Calidad: UNE en ISO 158001

El Decreto 66/2016, por el que se aprueba la Carta de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios Sociales de Aragón, refleja en su artículo 7, el derecho de los beneficiarios de estos servicios a una atención de calidad. En este sentido, el concepto de calidad se basa en estándares obligatorios para la obtención de la acreditación del servicio o centro. El Decreto 143/2011, de 14 de junio por el

que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón, propone en su artículo 7, la aplicación de instrumentos y protocolos que aseguren los itinerarios personales de cada beneficiario, así como su atención integral y personalizada.

Entre los derechos recogidos para las personas usuarias de Servicios Sociales en Aragón, se concreta la posibilidad de que conozcan los criterios y estándares de calidad del recurso, los mecanismos de quejas y sugerencias, así como el derecho a recibir respuesta de las mismas, y el derecho a participar en los procesos de evaluación y en las iniciativas orientadas a la mejora continua del servicio.

Así mismo, según el artículo 8, las personas usuarias de los centros sociales, como es el caso de las residencias de mayores, en sus relaciones con la institución o entidad, o con los profesionales, deberán tener garantizado el derecho a mantener la relación con su familia.

Estas familias, como representantes de los usuarios del Sistema Público de Servicios Sociales, podrán participar en la planificación y en el desarrollo de programas y actividades, según el artículo 9 de la Ley, ejercitando su derecho, entre otros, a designar representantes en el Consejo Aragonés de Servicios Sociales, participar en la toma de decisiones del centro, así como realizar las valoraciones oportunas sobre su funcionamiento. Además, según el artículo 15.2, podrán comunicar a las autoridades competentes cualquier incumplimiento de estos derechos, mediante los órganos de participación establecidos.

Paralelamente a la legislación autonómica, la implementación de las normas ISO, concretamente en el caso de la Norma UNE 158001, Servicios para la promoción de la autonomía personal, gestión de los centros residenciales (AENOR, 2007), como Sistemas de Gestión de Calidad, incluye los requisitos mínimos que debe poseer este tipo de centros para garantizar la calidad del servicio.

Estos requisitos, valorados mediante indicadores, reflejan la colaboración de la familia, como se observa en la tabla 3.2, tanto en la propia intervención como en los procesos de evaluación interna, midiendo, de forma operativa, su participación en actividades programadas, su satisfacción general o las quejas, sobre aspectos concretos, que presentan.

Tabla 3.2

*Indicadores UNE 158101 para gestión de centros residenciales
y centros de día y/o noche*

Proceso	Indicador	Periodicidad
<i>Programas de intervención</i>	Porcentaje de familias que participan en actividades programadas para ellas	Mensual
<i>Proceso de evaluación interna de calidad del servicio</i>	Porcentaje de familiares satisfechos	Anual
	Porcentaje de familiares con quejas	Mensual

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)

No obstante, estos modelos no miden la totalidad de los aspectos relacionados con la atención de calidad, pues se basan principalmente en aspectos médico-sanitarios y de organización y gestión de recursos humanos (Martínez y Barrera, 2021). Así, a pesar de que las normas ISO mejoran aspectos relativos a procesos, comunicación interna, motivación de los empleados, etc. (Saut et al., 2017), relegan a un segundo plano otras cuestiones como las relaciones interpersonales, psicosociales o familiares, como puede ser la satisfacción familiar con los profesionales, servicios y ubicación de la residencia.

Ante esta necesidad de mejora de la atención residencial, de transparencia de las instituciones y la participación de las familias, se plantean nuevos retos. En esta línea, la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2021, p. 9), propone un nuevo modelo residencial, donde “la familia sea un agente clave, sin tener visitas limitadas y en horarios y espacios restringidos”. Se apuesta por favorecer el mantenimiento de la convivencia familiar, como refuerzo del bienestar emocional del residente contribuyendo

decisivamente a la apertura y transparencia de los centros y a su carácter hogareño, haciendo que los residentes no se sientan institucionalizados, sino que consideren el centro como su domicilio, un lugar donde pueden mantener su convivencia familiar y su proyecto vital. (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2021, p. 9)

Desde este nuevo paradigma de atención, centrado en la persona y en sus preferencias personales, se busca alcanzar una mejora de la calidad de vida de los residentes, así como la satisfacción de sus familiares (Duan et al., 2021; Koren, 2010; Zimmerman et al., 2014). Por ello, es necesario involucrar a la familia en la atención de sus seres queridos.

La satisfacción familiar y su opinión sobre la calidad de vida de los residentes, su atención y cuidado, aun cuando se considera importante, no ha sido suficientemente analizada por los estudios de investigación. En la revisión del estado del arte, se evidencia la falta de su consideración como medida validada de la calidad de la atención a largo plazo (Cooke et al., 2018; Duan et al., 2020; Finnema et al., 2001; Hill et al., 2011; Shier et al., 2014).

Una familia participativa puede aportar información importante sobre la calidad de la atención prestada a familiares, desde perspectivas únicas y valiosas (Duan et al., 2021; Shippee et al., 2017), además de demostrar la validez de la satisfacción familiar como una medida de calidad centrada en la persona (Cooke et al., 2018).

Trabajos recientes concluyen que los estudios que han tenido en cuenta la opinión de los familiares tienen implicaciones significativas en el diseño e implementación de herramientas y medidas que permiten el mejorar tanto la calidad de vida de los residentes, como la satisfacción familiar (Cooke et al., 2018; Duan et al., 2021).

Cada vez es más prioritario realizar investigaciones que recojan, de primera mano, la información que puede aportar la opinión de las familias sobre los cuidados que reciben los residentes (Kellett, 1999). En este sentido, su análisis permitirá generar puntos de partida concretos en cuanto al estudio e intervención en la mejora de la calidad de vida del entorno residencial (Finnema et al., 2001).

La evaluación de esta información puede tener limitaciones ante la posibilidad de respuestas condicionadas a experiencias personales previas o sentimientos encontrados, por lo que es necesario contar con variables e indicadores suficientes y fiables que limiten, en mayor o menor medida, los sesgos que se pudiesen generar (Zanetti et al., 1999).

Los indicadores de calidad de vida en un entorno residencial deben basarse en la evaluación multidimensional de la persona, controlando por su bienestar social, psicológico, físico y ambiental (Duan et al., 2021). Esta perspectiva supone trascender el uso de indicadores de una sola dimensión como la capacidad funcional, el estado físico de la salud, la satisfacción con los servicios, y buscar la integración de estos indicadores dentro de un modelo multidimensional (Poey et al., 2017).

En esta línea, se deberán tener en cuenta variables con asociaciones significativas entre la satisfacción familiar, la calidad de vida y la atención de los residentes, como son: el entorno físico, el personal de la residencia (comunicación, empoderamiento y liderazgo) y la atención al final de la vida (Finnema et al., 2001; Duan et al., 2021).

Por tanto, la principal contribución de este trabajo radica en investigar sobre la calidad de vida de los residentes y la satisfacción familiar, prestando especial atención a aspectos como el entorno, el empoderamiento y liderazgo de los profesionales, la atención al residente y la participación de la familia. Con tal fin, se pretende aportar nueva información y evidencias científicas.

3.5. METODOLOGÍA

3.5.1. Elección de la muestra

Con el fin de estudiar de manera operativa la calidad de un servicio residencial, se recoge la valoración y el grado de satisfacción de los familiares de los beneficiarios de la Residencia Vitalia Alto Gallego. En el 2018, dicha residencia contaba con 90 plazas.

En este estudio han participado un total de 51 familiares de residentes, cuyo único requisito para su entrevista ha sido el de tener un familiar beneficiario de dicho servicio.

Una vez definida la muestra, se priorizó la recogida de datos mediante entrevistas directas y cuestionarios realizados en la propia residencia, aprovechando para esta actividad los momentos de las visitas a sus familiares, en horario de mañana y tarde.

3.5.2. Elección del instrumento

Con la finalidad de consensuar la fiabilidad del cuestionario, se partió del instrumento elaborado por el grupo de investigación de Servicios Sociales de la Comarca Alto Gallego, en base a la similitud de indicadores utilizados y a su proximidad territorial.

Tras su revisión y modificación, en una primera fase, fue evaluado, por el sistema de pares de expertos, por parte del equipo multidisciplinar del Grupo de Referencia de Investigación de la Universidad de Zaragoza y Gobierno de Aragón, ref. S. 51 Bienestar y Capital Social.

El instrumento final formula tres tipos de preguntas: dicotómicas, de escala (numéricas y escala Likert) y abiertas. Estas últimas son de especial importancia para contrastar los resultados cuantitativos obtenidos, al explicar el seguimiento y accesibilidad de los canales de comunicación residencia-familia, así como los procedimientos de gestión y administración de la residencia.

Las variables incluidas en este cuestionario, se centran en aspectos relacionados con el grado de satisfacción del familiar sobre: los servicios, los cuidados y atención recibida por el residente, cauces de comunicación y participación del familiar, y finalmente, la gestión empresarial y tutela del residente.

Los diferentes indicadores utilizados pueden agruparse en:

- a) **dimensiones medioambientales**, como la localización de la residencia, sus accesos y el entorno;
- b) **la atención recibida**, en el caso de las actividades, servicios, o equipamientos a su disposición;
- c) **la comunicación** intra y extra residencial;
- d) **la participación de la familia** (tabla 3.4).

Tabla 3.3*Clasificación de indicadores relacionados con la satisfacción familiar*

Ubicación y acceso	
La ubicación de la residencia en la localidad	Lugar de fácil acceso para las visitas externas
Equipamientos	
Los espacios comunes de la residencia	La limpieza de la residencia
La adecuación del mobiliario	La seguridad
Las características de la habitación	La accesibilidad de la residencia para personas con movilidad reducida
Servicios y actividades	
El servicio de comedor y las comidas de la residencia	El servicio de lavandería y cuidado de ropa
Los servicios médicos y de enfermería	La colaboración e información de los servicios médicos con la familia
El número de actividades y/o talleres que se realizan	La variedad y calidad de actividades y/o talleres que se realizan
La calidad, en general, de los servicios ofrecidos	
Atención y cuidado	
El cuidado y la atención personalizada al usuario	La información actualizada y el seguimiento del estado del residente
Considera que la residencia cuenta con suficiente personal	El trato de los profesionales a los usuarios
El trato de los profesionales a los familiares	El saber en todo momento a quién se debe dirigir el familiar
Comunicación	
El acceso al personal	La colaboración e información de dirección con la familia
La comunicación que se da entre profesionales y residentes	La comunicación que se da a los familiares
La resolución de problemas en el menor tiempo posible	La tramitación y resolución de quejas
El funcionamiento del buzón de sugerencias y reclamaciones	

Participación	
Las oportunidades para participar y colaborar en la vida de la residencia por parte del residente	El funcionamiento de la Comisión de Usuarios y de la Comisión de Seguimiento del Centro
La integración de la residencia en la vida de Sabiñánigo	La posibilidad de participar como voluntario en la residencia
La posibilidad de que haya voluntarios externos que acompañen y animen a los residentes	Las oportunidades para participar y colaborar en la vida de la residencia por parte del familiar
Valoración general	
La relación calidad-precio de la residencia	¿Cómo valora la residencia?
¿Recomendaría esta residencia a algún familiar y/o amigo?	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)

Tras el análisis de los resultados descriptivos, se aplica la técnica de análisis correlación de Pearson, que permite mostrar la relación entre dos variables numéricas. Finalmente, sobre las dos variables seleccionadas por su importancia, se aplica el método *stepwise*, modelo de regresión lineal a la primera de ellas (valoración de la residencia), y la técnica ANOVA o análisis de la varianza, a la segunda (recomendación de la residencia), permitiendo sintetizar los principales resultados.

3.6. RESULTADOS

3.6.1. Resultados descriptivos

3.6.1.1. Características sociodemográficas

De los 51 familiares que han participado en el estudio, más de la mitad son mujeres (68,6%), de edades comprendidas entre los 50 y 69 años (72,0%) y residentes en Sabiñánigo (86,3%). La relación de parentesco más frecuente es ser hija/o del beneficiario (62,7%). Datos que sugieren la estrecha relación con los residentes.

3.6.1.2. Visitas a los familiares residentes

El 56,9% de las familias visitan a diario a los residentes, mientras que un 27,5%, lo hacen al menos un día a la semana lo que permite, como indican los familiares, que apenas sean necesarios contactos telefónicos u otras vías de comunicación.

Esta elevada frecuencia de visitas viene facilitada por la ubicación y la facilidad de acceso de la residencia. El 90,0% de los encuestados están “satisfechos” o “muy satisfechos” de su localización, y en proporciones similares, un 96,0%, con su facilidad de acceso, incluyendo la carretera que conduce hasta la residencia y los aparcamientos, así como las infraestructuras para el acceso y los desplazamientos internos para personas con movilidad reducida (88,2% de los encuestados).

En cuanto al acceso y estado de las zonas comunes, las familias tienen una percepción “muy satisfactoria” o “satisfactoria” (39,2% y 35,3%, respectivamente) sobre el buen estado en que se encuentran. Un 60,0% de los encuestados opina que las características de los dormitorios (dimensiones, iluminación, mobiliario, entre otras) permiten una estancia agradable a sus residentes.

3.6.1.3. Satisfacción con los servicios que oferta la residencia

Una de las variables que indican la satisfacción en el ámbito residencial es la valoración de la calidad de los servicios que presta. Sobre este aspecto, un 51,0% de la muestra la describe como “satisfactoria” o “muy satisfactoria”, frente a un 11,8% que opinan de forma contraria (“insatisfactoria” o “muy insatisfactoria”).

Estos datos son similares en la evaluación de la calidad de las tareas incluidas en los servicios o su diversidad, ya que el 45,1% de los encuestados los valoran como “satisfactorias”, frente a un 11,0% que refleja su insatisfacción.

Los resultados muestran, como mejor valorados: el servicio de comedor y el servicio médico, percibiéndose para un 65,0% de la muestra, en ambos casos, como “muy satisfactorios” o “satisfactorios”.

En cuanto al servicio de comedor, las familias lo valoran positivamente en un 67,0% de los casos, frente al 5,9% que lo valoran negativamente. Cabe destacar el

porcentaje significativo de familias que se muestran indiferentes en relación a este servicio (27,5%).

En lo que se refiere al servicio médico, el 64,7% de los familiares evalúan positivamente la atención que reciben sus familiares, así como el seguimiento e informes médicos que se les proporciona sobre ellos. Considera el servicio como “satisfactorio” o “muy satisfactorio” el 54,9% y 37,3% de los encuestados respectivamente, señalando el grado de colaboración e información, sobre la salud y tratamiento médico.

Sobre el servicio de lavandería, resalta el hecho de que 1 de cada 3 encuestados se muestran indiferentes. Un 17% de los familiares lo cuestiona como “poco satisfactorio”.

La mitad de los familiares considera que la residencia dispone de cursos y talleres suficientes para hacer agradable el tiempo libre y de ocio de los residentes.

3.6.1.4. Relación entre el personal de la residencia y los familiares

Para un 41,2% de la muestra, la opinión que tienen los familiares sobre la atención que reciben del personal de la residencia, así como su percepción sobre el trato a los residentes, es muy satisfactoria, no llegando a un 10%, las valoraciones negativas.

En esta línea, el estudio revela valores de satisfacción elevados en cuanto a la comunicación establecida entre los profesionales y familiares, percibiéndose para el 60,0% de los casos como “muy satisfactoria” o “satisfactoria”.

Además, destaca la celeridad de los profesionales en la búsqueda de soluciones y adopción de medidas en caso de conflictos y su pronta comunicación a la familia, sintiéndose un 21,6% de los familiares muy satisfechos y un 16,6% satisfechos. De manera similar, las familias perciben la ágil gestión de sus quejas y sugerencias por parte de los responsables de la residencia.

La dirección del centro residencial y el trabajo que desempeña, se valora como “satisfactorio” o “muy satisfactorio” para un 67,7% de los encuestados.

3.6.1.5. Participación en la vida de la residencia

Con respecto a la participación en organismos de toma de decisiones o actividades, el estudio muestra como un 96,1% de los familiares manifiestan desconocer, tanto esta posibilidad, como los procedimientos normativos para participar.

Lo mismo sucede, en cuanto a los procesos de participación de los familiares como voluntarios (75,0% de los encuestados no sabían que podían hacerlo), refiriendo el 80,4% que le gustaría poder ayudar. Así mismo, el 60,0% de las familias perciben de manera satisfactoria el poder contar con voluntarios externos a la residencia.

De igual manera, es importante conocer la percepción de los familiares sobre la integración y participación de los residentes en su entorno, destacando una valoración positiva para el 62,8% de los encuestados.

3.6.1.6. Valoración general de la residencia

Los aspectos mejor valorados por las familias de los residentes son: la ubicación de la residencia, su relación calidad-precio y la profesionalidad de los empleados, aspectos que repercuten en una valoración global promedio de 6,9 puntos sobre una escala de 10. En esta misma línea, 7 de cada 10 encuestados recomendarían la residencia.

A pesar del grado de satisfacción reflejado, los encuestados argumentan que se debería aumentar el número de profesionales que trabajan en la residencia con el fin de ofrecer un mejor servicio y una atención más personalizada.

3.6.2. Resultados inferenciales

Tras el análisis realizado de los resultados descriptivos, se profundiza en la relación estadísticas entre las variables.

Como técnica de análisis se ha elegido la correlación de Pearson porque permite mostrar de forma estadísticamente significativa la relación entre dos variables numéricas.

En primer lugar, se analiza el número de correlaciones de todas las variables agrupadas por dimensiones sociodemográficas con los indicadores de satisfacción de

la residencia (ubicación y acceso, equipamiento, servicios y actividades, atención y cuidado, comunicación, participación y valoración general). En segundo lugar, se han seleccionado las dos variables que presentan un número elevado de correlaciones y a su vez, una estrecha relación en cuanto a la predicción comportamental (valoración y recomendación de la residencia), para su análisis independiente y pormenorizado. Por último, se realiza una regresión lineal con cada una de estas variables para obtener una ecuación síntesis de los resultados principales. De manera complementaria a las técnicas estadísticas anteriores se efectúa un ANOVA con la variable recomendación de la residencia.

Tabla 3.4

Número de correlaciones estadísticamente significativas en función de las variables sociodemográficas y de satisfacción residencial

Ubicación y acceso	
La ubicación de la residencia en la localidad	24
Lugar de fácil acceso para las visitas externas	19
Equipamientos	
Los espacios comunes de la residencia	32
La limpieza de la residencia	32
La adecuación del mobiliario	22
La seguridad	30
Las características de la habitación	28
La accesibilidad de la residencia para personas con movilidad reducida	21
Servicios y actividades	
El servicio de comedor y las comidas de la residencia	31
El servicio de lavandería y cuidado de ropa	33
Los servicios médicos y de enfermería	32
La colaboración e información de los servicios médicos con la familia	31
El número de actividades y/o talleres que se realizan	22
La variedad y calidad de actividades y/o talleres que se realizan	22
La calidad, en general, de los servicios ofrecidos	18

Atención y cuidado	
El cuidado y la atención personalizada al usuario	28
La información actualizada y el seguimiento del estado del residente	34
Considera que la residencia cuenta con suficiente personal	23
El trato de los profesionales a los usuarios	32
El trato de los profesionales a los familiares	32
El saber en todo momento a quien se debe dirigir el familiar	26
Comunicación	
El acceso al personal	30
La colaboración e información de dirección con la familia	30
La comunicación que se da entre profesionales y residentes	37
La comunicación que se da a los familiares	36
La resolución de problemas en el menor tiempo posible	37
La tramitación y resolución de quejas	35
El funcionamiento del buzón de sugerencias y reclamaciones	0
Participación	
Las oportunidades para participar y colaborar en la vida de la residencia por parte del residente	21
Las oportunidades para participar y colaborar en la vida de la residencia por parte del familiar	3
El funcionamiento de la Comisión de Usuarios y de la Comisión de Seguimiento del Centro	21
La integración de la residencia en la vida de Sabiñánigo	34
La posibilidad de participar como voluntario en la residencia	24
La posibilidad de que haya voluntarios externos que acompañen y animen a los residentes	2
¿Conoce alguna organización de voluntariado que podría implicarse en el acompañamiento y animación de los usuarios?	0
¿De qué manera le gustaría implicarse en la vida de la residencia?	27
Valoración general	
La relación calidad-precio de la residencia	34
¿Cómo valora la residencia?	37
¿Recomendaría esta residencia a algún familiar y/o amigo?	18
¿Por qué la recomendaría?	16

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)*

De estas correlaciones destaca el número de variables positivas que se dan en la dimensión comunicación, como: el acceso al personal, la colaboración, la comunicación entre profesionales y residentes y la familia y la tramitación y agilidad en la resolución de problemas y quejas. Del mismo modo, se evidencia la ausencia de correlaciones con las siguientes variables: buzón de quejas y voluntariado.

La valoración de la residencia constituye la variable que presenta un mayor número de correlaciones con el resto de los ítems. Se ha incluido también la variable recomendación, por su coherencia lógica con la valoración de la residencia. Dado su peso descriptivo, se analizan de manera independiente en los siguientes apartados.

3.6.2.1. Correlaciones con la valoración de la residencia por parte de las familias

La variable sobre la valoración general de la residencia, es la que presenta un mayor número de correlaciones estadísticamente significativas. Si se realiza un mapa conceptual de dichas correlaciones, se observa su interacción con todas las categorías de dimensiones establecidas.

La ubicación de la residencia ($r = 0,393$, $p = 0,005$), la posibilidad de acceso a personas con movilidad reducida ($r = 0,356$, $p = 0,011$) o su integración en la localidad donde está situada ($r = 0,666$, $p = 0,000$), son razones de satisfacción por parte de los familiares de los residentes. De manera contraria, destaca la valoración negativa de los familiares con respecto a las frecuencias de visitas que realizan ($r = -0,309$, $p = 0,029$).

Además, elementos de la residencia como los espacios comunes ($r = 0,463$, $p = 0,001$), el mobiliario ($r = 0,393$, $p = 0,005$), el dormitorio ($r = 0,571$, $p = 0,000$) así como la limpieza de éstos ($r = 0,612$, $p = 0,000$) o la seguridad percibida ($r = 0,451$, $p = 0,001$) son motivos por los que los familiares manifiestan su satisfacción.

En esta línea positiva, destacan servicios como el comedor ($r = 0,579$, $p = 0,000$), la lavandería ($r = 0,663$, $p = 0,000$), los talleres o actividades ($r = 0,469$, $p = 0,003$) o el servicio médico ($r = 0,664$, $p = 0,000$), y la información médica

facilitada a las familias ($r = 0,629$, $p = 0,000$) y, de forma más generalizada, la veracidad de estos servicios ($r = 0,495$, $p = 0,002$) y su calidad ($r = 0,405$, $p = 0,008$).

Por el contrario, en cuanto a la vida en la residencia, destaca una opinión menos favorable con respecto a la oportunidad de participar, tanto de los residentes ($r = -1,000$, $p = 0,000$) como de las familias ($r = -0,606$, $p = 0,037$), y el funcionamiento de la comisión de usuarios ($r = -1,000$, $p = 0,000$).

No obstante, los familiares valoran la atención profesional de manera positiva. En esta línea, se aprecian correlaciones favorables con respecto a la atención personalizada ($r = 0,579$, $p = 0,000$), la satisfacción con el trato dado a residentes ($r = 0,581$, $p = 0,000$) y familias ($r = 0,612$, $p = 0,000$), la facilidad de acceso ($r = 0,586$, $p = 0,000$) y el seguimiento a beneficiarios del servicio ($r = 0,695$, $p = 0,000$).

En relación a los recursos humanos, es significativa la satisfacción mostrada con el hecho de que la residencia cuente con un número suficiente de profesionales ($r = 0,463$, $p = 0,001$), la comunicación con residentes ($r = 0,710$, $p = 0,000$) y familias ($r = 0,656$, $p = 0,000$) y saber a quién dirigirse en todo momento ($r = 0,573$, $p = 0,000$), o el hecho de que se perciba una posibilidad real y directa de comunicación con la dirección ($r = 0,680$, $p = 0,000$).

Además, la tramitación sencilla de las quejas ($r = 0,721$, $p = 0,000$), la resolución de problemas en un corto periodo de tiempo ($r = 0,697$, $p = 0,000$) o la calidad-precio de la residencia ($r = 0,559$, $p = 0,000$), también fundamentan una valoración positiva de la residencia en su conjunto.

3.6.2.2. Correlaciones con la recomendación de la residencia

La valoración favorable de la residencia se asocia con que los familiares aconsejen a otras personas el ingreso en este centro residencial ($r = 0,638$, $p = 0,000$), no así para la apreciación sobre la frecuencia con que los familiares pueden realizar visitas ($r = -0,420$, $p = 0,008$).

Otros aspectos relevantes de cara a recomendar la residencia, son su integración en el entorno cercano ($r = 0,428$, $p = 0,010$), los espacios y servicios prestados, como el dormitorio ($r = 0,331$, $p = 0,045$), o los servicios de comedor ($r = 0,347$, $p = 0,033$), lavandería ($r = 0,543$, $p = 0,001$) y recursos humanos de medicina y enfermería ($r = 0,490$, $p = 0,002$) y la información que reciben sobre la salud del paciente ($r = 0,452$, $p = 0,006$).

La valoración positiva del equipo de profesionales es otra de las asociaciones favorables a la hora de sugerir a otras familias el ingreso en esta residencia. Destaca positivamente la comunicación del personal con los residentes ($r = 0,446$, $p = 0,008$) y familias ($r = 0,352$, $p = 0,035$), conocer a quien dirigirse ($r = 0,362$, $p = 0,023$), o la información recibida desde la dirección del centro ($r = 0,350$, $p = 0,034$). Además, la rápida solución a los problemas planteados ($r = 0,427$, $p = 0,013$) o la calidad-precio ($r = 0,378$, $p = 0,027$), también favorecen la recomendación de este servicio residencial.

3.6.2.3. Regresión de la valoración de la residencia

Los modelos lineales de regresión lineal contribuyen a inferir las relaciones entre una variable dependiente y uno o más predictores. Se ha utilizado el método *stepwise* (paso adelante) para estudiar la influencia de un conjunto de variables en el comportamiento de cómo se valora la residencia por parte de los familiares.

Las variables originales de valoración residencial que se han introducido en el modelo son: acceso con movilidad reducida, acceso al personal, atención residencial, calidad general, relación calidad precio, variedad de servicios, comunicación familiar, comunicación con el personal, comunicación con la dirección del centro, comodidad de la habitación, acceso a la información residencial, limpieza de la residencia, movilidad en general, participación de voluntariado, quejas, saber a quién dirigirse en caso de necesidad, atención a los usuarios, espacios comunes, ubicación de la residencia, solución de problemas, seguridad, servicio de comedor, servicio de lavandería, servicio médico, variedad de servicios.

Tabla 3.5

Predictor: Valoración de la residencia

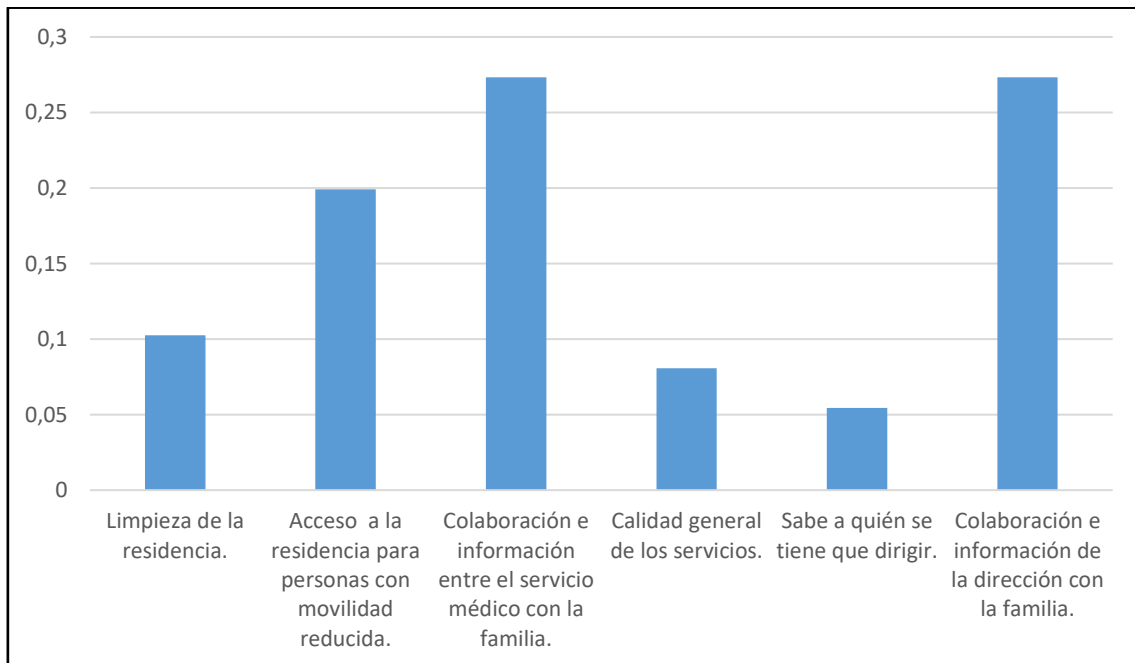
Variable	Peso de la variable
Limpieza de la residencia	0,1025
Acceso a la residencia para personas con movilidad reducida	0,1991
Colaboración e información entre servicio médico con la familia	0,2732
Calidad general de los servicios	0,0808
Sabe a quién se tiene que dirigir	0,0545
Colaboración e información de la dirección con la familia	0,2899

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)

La precisión del modelo resultante es de un 74%. Se han procesado 50 casos que suponen el 98% de la muestra.

Gráfico 3.1

Importancia del predictor. Objetivo: Cómo valora la residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)

3.6.2.4. ANOVA de la recomendación de la residencia

El análisis de varianza (ANOVA) es una fórmula estadística que se utiliza para comparar las varianzas entre las medias de diferentes grupos. En este caso, sirve para determinar si existe alguna diferencia entre las medias del grupo de encuestados que recomendarían la residencia y el grupo de encuestados que no la recomendarían.

En la tabla 3.6 se muestran los resultados obtenidos: valor F, su probabilidad asociada y puntuación media y comparativa entre el número de personas encuestadas que recomendarían o no la residencia.

De los ANOVAS realizados, encontramos 13 cuya significación es inferior al 0,05. Este resultado señala que las variables independientes presentan un impacto relevante en el indicador “recomendación de la residencia” y, por tanto, se pueden inferir diferencias estadísticamente significativas.

La valoración que tiene la familia sobre la residencia ($F = 25,351$), presenta una significatividad estadística importante con la recomendación de la residencia. Del mismo modo, destaca el peso explicativo del grado de satisfacción con el servicio de lavandería ($F = 14,194$) y con el servicio médico ($F = 11,031$) a la hora de recomendar este recurso.

Aspectos como la información y seguimiento del residente ($F = 8,707$), la comunicación entre profesionales y residentes ($F = 7,926$), la rápida resolución de problemas ($F = 6,917$) o la integración de la residencia en el entorno cercano ($F = 7,400$) también se tienen en cuenta en la decisión de recomendar la residencia.

Tabla 3.6*ANOVA de recomendación de la residencia*

	Media					N	
	F	Sig	No	Sí	Total	No	Sí
Características de la habitación	4,316	,045	3,00	4,18	4,08	3	34
Servicio comedor	4,943	,033	3,00	4,14	4,05	3	35
Servicio de lavandería	14,194	,001	2,00	3,70	3,56	3	33
Servicio médico y de enfermería	11,031	,002	2,50	4,34	4,24	2	35
Información y seguimiento del residente	8,707	,006	2,00	4,18	4,06	2	34
Sabe a quién se tiene que dirigir	5,585	,023	3,67	4,58	4,51	3	36
Colaboración e información de la dirección con la familia	4,879	,034	2,00	4,33	4,27	1	36
Comunicación entre profesionales y residentes	7,926	,008	2,00	4,33	4,26	1	33
Comunicación que se da a los familiares	4,804	,035	2,00	4,33	4,17	1	35
Resolución de problemas en el menor tiempo posible	6,917	,013	2,00	4,25	4,18	1	32
Relación calidad-precio	5,339	,027	2,00	3,94	3,88	1	33
Integración de la residencia en la vida de Sabiñánigo	7,400	,010	3,00	4,36	4,29	2	33
Cómo valora la residencia	25,351	,000	3,67	7,67	7,36	3	36

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Mira et al. (2019)

Finalmente, el análisis del ANOVA concluye que las variables: saber a quién dirigirse ($F = 5,585$), la relación calidad-precio ($F = 5,339$), la comunicación que se da a la familia ($F = 4,804$), o las relacionadas con aspectos concretos como el servicio comedor ($F = 4,943$) y las características de la habitación ($F = 4,316$), influyen directamente, aunque con menor significación estadística que las anteriores, con recomendar, o no, la residencia.

3.7. DISCUSIÓN

Con la RSC, las empresas anhelan contribuir cada vez más al desarrollo sostenible. Para la consecución de este fin, integran en sus políticas cuestiones como el cuidado de las personas o la gestión de la salud de sus trabajadores y del entorno, buscando alcanzar un nuevo paradigma de intervención como empresas saludables. Entre estas intervenciones se encuentran las buenas prácticas que realizan las residencias de personas mayores.

De cara al cumplimiento de los ODS previstos para el año 2030, se pretende alcanzar el ODS 16: la transparencia de las instituciones y garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas. Es necesario para ello tener en cuenta sistemas de calidad que generen, permitan y se dirijan hacia el logro de estos compromisos europeos, y especialmente, en el caso de entidades o instituciones residenciales.

En lo referente al estudio de caso al que se dirige esta investigación, diferentes autores, como Cooke et al. (2018); Duan et al. (2021); Kellett (1999); Shippee et al. (2017), concluyen la necesidad de tener en cuenta la opinión y el grado de satisfacción de los familiares de las personas que viven en una residencia, dada su estrecha vinculación con una mejor calidad de vida de los residentes.

De entre los diferentes ítems, se han seleccionado dos por su importancia: la valoración y recomendación de la residencia por parte de los familiares. Con la técnica de regresión lineal, se ha observado su asociación y sus determinantes.

Las variables más influyentes en la valoración de la residencia por parte de las familias, han resultado ser: a) colaboración y comunicación entre el servicio médico y la familia, b) apoyo e información de la dirección con la familia c) acceso a la residencia para personas con movilidad reducida. Concretamente, nuestro estudio concluye que estos tres indicadores son la base para una valoración positiva de la residencia.

El ANOVA realizado sobre la recomendación de la residencia muestra que la variable “valoración de la residencia”, se encuentra directamente asociada con las relaciones positivas de cooperación entre los familiares y los profesionales a cargo

de la atención sanitaria y la dirección del centro residencial, así como los accesos a este recurso.

Los sistemas de calidad, como la UNE en ISO para gestión de centros residenciales, tienen en cuenta indicadores como la participación de las familias en actividades, porcentaje de familiares satisfechos o número de quejas que la residencia recibe. Estos sistemas buscan la mejora de aspectos relativos a procesos, comunicación interna, motivación de los empleados, etc. (Saut et al., 2017), pero no profundizan en cuestiones como las relaciones interpersonales, psicosociales o familiares.

Es por ello, que se considera necesario crear nuevos instrumentos e indicadores, ampliando los recogidos en los sistemas de calidad, y que estén basados en la evaluación multidimensional de la calidad de vida (Duan et al., 2021 y Poey et al., 2017). En definitiva, se pretende garantizar un nuevo paradigma de atención integral centrada en la persona, sus necesidades y preferencias personales (Duan et al., 2021; Koren, 2010; Zimmerman et al., 2014), poniendo en valor la importancia del papel de la familia.

Al igual que las investigaciones previas (Cooke et al., 2018; Duan et al., 2021; Poey et al., 2017), nuestro trabajo de investigación apunta a la necesidad de considerar la satisfacción y la participación familiar como medidas de calidad en un centro residencial.

En este tipo de modelo residencial, como es el caso de la Residencia Alto Gállego, se apuesta por involucrar a los residentes y familiares en actividades diarias, por la interacción social y familiar, como refuerzo del bienestar emocional del residente (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2021, p. 9; Duan et al., 2021). Así la residencia se convierte en un hogar donde la familia es un agente clave.

3.8. CONCLUSIONES

En base a los resultados de esta investigación, podemos concluir que la percepción de la satisfacción familiar con la residencia depende de aspectos como: su ubicación, la relación calidad-precio y la profesionalidad y atención recibida por los empleados. Además, la satisfacción de las familias también se vincula positivamente con los servicios prestados, como el comedor, el servicio médico, y la lavandería.

Los datos obtenidos demuestran una relación estadísticamente significativa entre diferentes indicadores de satisfacción familiar con la percepción de una mejor calidad de vida de los residentes (Cooke et al., 2018; Duan et al, 2021; Shippee et al., 2017).

De hecho, de los resultados obtenidos se infiere que los determinantes más influyentes de una valoración positiva son: las relacionadas con la información y la colaboración de la dirección y los servicios médicos del centro con la familia. Del mismo modo, la comunicación es un indicador fundamental de calidad percibida e incluye diversos aspectos de la atención del residente y de sus familiares (ej. seguimiento del residente, la comunicación entre estos y los profesionales, el acceso al personal, la colaboración profesional-familia y la celeridad en la resolución de problemas y quejas). Además, se observa que las familias recomendarían la residencia por servicios básicos y primordiales, a la par que íntimos y personales, como las características del dormitorio o el servicio de comedor.

Esto supone que la valoración la residencia integra tanto factores objetivos como subjetivos. Los modelos de calidad residenciales, que consideran la opinión de los familiares, deberían tener en cuenta que su satisfacción constituye un constructo multidimensional en la que entran cuestiones claves como la accesibilidad del centro, la dotación de servicios y recursos, la personalización de la atención y la comunicación que se establece con los profesionales del servicio (incluido su equipo directivo y médico). Estos factores nos remiten a la conveniencia de implementar el modelo de atención personal y residencia-hogar que se desarrolló en la introducción de este capítulo.

A pesar de sus limitaciones, dado el pequeño tamaño de la muestra y la metodología de encuesta, los resultados sugieren implicaciones prácticas para diseñar e implementar estrategias que beneficien la calidad de vida de los residentes, y por extensión, la percepción positiva de los familiares.

Como futuras líneas de investigación, identificamos la generación de nuevos indicadores de satisfacción familiar que queden recogidos en procesos de evaluación interna de calidad, como la norma UNE 158101 gestión de centros residenciales. El objetivo de implementar estos indicadores es facilitar un mayor acercamiento entre la familia y el personal del centro (dirección y servicio médico), y conocer su grado de satisfacción con variables determinantes del bienestar del usuario. Con la mejora en el desarrollo operativo de estos indicadores, se pretende garantizar una definición multidimensional e integrada del concepto de calidad asistencial.

3.9. REFERENCIAS

- Asociación Española de Normalización y Certificación [AENOR]. (2007). Norma UNE 158101 de servicios para la promoción de la autonomía personal, gestión de centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos. AENOR ediciones.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2021). *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*. <https://directores-sociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias2021.pdf>
- Balderrama Tellez, S. y Valerio Vite, N. (2020). La discapacidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). *Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 13(27), 75-102.
- Consejo de Ministros de España. (2018). *Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030: hacia una estrategia española de desarrollo sostenible*. <https://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:6e0f06b9-a2e0-44c0-955a-dad1f66c11d7/PLAN%20DE%20ACCI%20C3%93N%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%20C3%93N%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>

- Comisión Europea. (2001). *Libro Verde: Fomentar un marco europeo para la Responsabilidad Social de las Empresas* (COM/2001/0366 final). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0366&from=ES>
- Comisión Europea. (2011). *Comunicado de la comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas*. <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0681:FIN:es:PDF>
- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Cooke, H., Puurveen, G. y Baumbusch, J. (2018). Exploring family involvement in resident care conferences in long-term residential care. *Innovation in Aging*, 2(1), 396. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy023.1476>
- Courtis, C. (2017). *Las personas mayores y la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: oportunidades y desafíos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. <https://www.cepal.org/es/enfoques/personas-mayores-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible-oportunidades-desafios>
- Decreto 143/2011 de 14 de junio, por el que se aprueba el catálogo de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 127, de 30 de junio de 2011.
- Decreto 66/2016, de 31 de mayo, por el que se aprueba la carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 109, de 8 de junio de 2016.
- Duan, Y., Mueller, C.A., Yu, F. y Talley, K.M. (2020). The effects of nursing home culture change on resident quality of life in us nursing homes: An integrative review. *Research in Gerontological Nursing*, 13(4), 210-224. <https://doi.org/10.3928/19404921-20200115-02>
- Duan Y., Mueller, C.A., Yu, F., Talley, K.M. y Shippee T.P. (2021). The relationships of nursing home culture change practices with resident quality of life and family satisfaction: toward a more nuanced understanding. *Research on Aging*. <https://doi.org/10.1177/01640275211012652>

- European Network for Workplace Health. (1997). Luxembourg Declaration. *Meeting held in Luxembourg on november 27-28, 1997*. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2022/01/26/1_luxembourg_declaration_2018.pdf
- Fernández, L. y Gutiérrez, M. (2013). Bienestar social, económico y ambiental para las presentes y futuras generaciones. *Información Tecnológica*, 24(2), 121-130. <http://doi.org/10.4067/S0718-07642013000200013>
- Finnema, E., De Lange, J., Droes, R.M., Ribbe, M. y Van Tilburg, W. (2001). The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 728-740. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01905.x>
- Fundación Edad&Vida. (2017). *Guía de buenas prácticas para la integración de la RSE y los ODS de Naciones Unidas en el sector de servicios de atención a personas mayores*. <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2018/02/Guía-Buenas-Prácticas-integración-RSE-y-ODS-en-sector-Servicios-de-atención-a-personas-mayores.pdf>
- García, G., Ramírez, J.M., Aranda, A.M. y Rueda, A. (2021). *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. <https://directoresociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias-2021.pdf>
- Gobierno de Aragón. (2021). Red Aragonesa de Empresas Saludables [RAES]. <https://www.aragon.es/-/red-aragonesa-de-empresas-saludables>
- Hill, N.L., Kolanowski, A.M., Milone-Nuzzo, P. y Yevchak, A. (2011). Culture change models and resident health outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 30-40. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT]. (2016). I Encuentro de la Red Española de Empresas Saludables: Una visión 360° de la salud de los trabajadores. <https://www.insst.es/-/ei-encuentro-de-la-red-espanola-de-empresas-saludables-madrid->

Instituto Nacional de Seguridad y salud en el Trabajo [INSST]. (2021). Red Española de Empresas Saludables.

<https://www.insst.es/red-espanola-de-empresas-saludables>

Kellett, U.M. (1999) Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1474-1481.

Koren, M.J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29, 312-317.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>

Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 132, de 10 de julio de 2009.

Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. *Boletín Oficial del Estado*, 295, de 10 de diciembre de 2013.

Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril. Estatuto de Autonomía de Aragón. *Boletín Oficial del Estado*, 97, de 23 de abril de 2007.

Martín Rodríguez, J. (2018). *Responsabilidad social de las organizaciones con la discapacidad*. Somos Iberoamérica. <https://www.somosiberoamerica.org/tribunas/responsabilidad-social-de-las-organizaciones-con-la-discapacidad>

Martínez Fernández, R. y Barrera Algarín, E. (2021). Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España. *Cultura de los Cuidados*, 25(61).

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>

Mc Donough, W. y Braungart, M. (2002). Design for the triple top line: new tolos for sustainable commerce. *Corporate Environmental Strategy*, 9(3), 251-258.

[https://doi.org/10.1016/S1066-7938\(02\)00069-6](https://doi.org/10.1016/S1066-7938(02)00069-6)

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2021). *Estrategia de desarrollo sostenible 2030: un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030*.

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas*. <https://www.mites.gob.es/ficheros/rse/documentos/eerse/EERSE-Castellano-web.pdf>

- Mira Tamayo, D.C., Martínez Callaghan, J. y Gil-Lacruz, M. (2019). *Valoración del a satisfacción de los servicios prestados en la residencia Alto Gállego*. Grupo de Investigación Bienestar y Capital Social, Universidad de Zaragoza.
- Naciones Unidas. (2012). *Un medio ambiente saludable es indispensable para la salud: OMS*. <https://news.un.org/es/story/2012/06/1245041>
- Naciones Unidas. (2019). *Manual básico sobre la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. <https://unsdg.un.org/es/SDGPrimer>
- Naciones Unidas. (2019). *Valores universales, principio dos: no dejar a nadie atrás*. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>
- Naciones Unidas. (2020). *17 objetivos para transformar nuestro mundo*. <https://www.un.org/es/climatechange/17-goals-to-transform-our-world>
- Orden EPE/219/2021, de 15 de marzo, por la que se regula el funcionamiento de la Red Aragonesa de Empresas Saludables [RAES]. *Boletín Oficial de Aragón*, 68, de 29 de marzo de 2021.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Poey, J.L., Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M.L., Drake, P., Stone, R.I. y Doll, G. (2017). Does person-centered care improve residents' satisfaction with nursing home quality? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 974-979. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.007>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2019). *Panorama general: informe sobre desarrollo humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdades del desarrollo humano en el siglo XX*. https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2019espdf_1.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2019). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: ¿Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible?* <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Proposición No de Ley (PNL) 161/001253 sobre la implementación en España de la Agenda 2030. *Boletín Oficial de las Cortes Generales, serie D, 101*, de 7 de febrero de 2017.

Proposición No de Ley (PNL) 161/002620 para orientación política del gobierno en la definición de la estrategia nacional para el cumplimiento de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. *Boletín Oficial de las Cortes, serie D, 262*, de 5 de diciembre de 2017, y aprobada en *Boletín Oficial de las Cortes Generales, serie D, 286*, de 23 de enero de 2018.

Real Decreto 221/2008, de 15 de febrero, por el que se crea y regula el Consejo Estatal de Responsabilidad Social de las Empresas CERSE. *Boletín Oficial del Estado, 52*, de 29 de febrero de 2008.

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas. (2017). *La misión del Pacto Mundial: 10 Principios + 17 ODS*. <https://www.pactomundial.org/noticia/10-principios-17-ods>

Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo [ENWHP]. (1997). Declaración de Luxemburgo. <https://www.insst.es/documents/94886/581928/Declaracion+de+Luxemburgo.pdf/3a8c8964-8f45-4a18-916c-11c6ba2cfbd1>

Resolución 70/1, de 25 de septiembre. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Asamblea General Naciones Unidas A/RES/70/1, de 21 de octubre de 2015.
https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Saut, A.M., Tobal Berssaneti, F. y Moreno, M.C. (2017). Evaluating the impact of accreditation on brazilian healthcare organizations: a quantitative study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5).
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094>

Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L.W., Zimmerman, S. y Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *The Gerontologist*, 54. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt147>

Shippee, T.P., Henning-Smith, C., Gaugler, J.E., Held, R. y Kane, R.L. (2017). Family satisfaction with nursing home care: the role of facility characteristics

and resident quality-of-life scores. *Research on Aging*, 39(3), 418-442.

<https://doi.org/10.1177/0164027515615182>

Zanetti, O., Geroldi, C., Frisoni, G.B., Bianchetti, A. y Trabucchi, M. (1999)

Contrasting results between caregiver's report and direct assessment of activities of daily living in patients affected by mild and very mild dementia: the contribution of the caregiver's personal characteristics. *JAGS*, 47, 196-202.

<https://doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb04578.x>

Zimmerman, S., Shier, V. y Saliba, D. (2014). Transforming nursing home culture: evidence for practice and policy. *The Gerontologist*, 54(1) 5.

<https://doi:10.1093/geront/gnt161>

CONCLUSIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional supone un desafío y una conquista social, que se ha reflejado claramente en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Esta ley tiene especialmente en cuenta los servicios y recursos orientados hacia la atención de la tercera edad. Entre ellos, esta tesis se ha dedicado al análisis de los implementados en el hogar de las personas mayores.

El hogar se ha definido como el domicilio habitual de la persona, lugar donde desarrolla su vida privada y está íntimamente relacionado con el sentimiento de seguridad y pertenencia. Es decir, consiste en el entorno, particular o comunitario, donde se mantiene la convivencia familiar y el proyecto de vida (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2021b).

Ha sido por ello prioritario, y objetivo de la presente investigación, estudiar tanto la atención prestada en las viviendas particulares como en las comunales, es decir, en los centros residenciales.

Esta compleja tarea ha implicado, entre otros muchos factores: conocer las diferencias entre las necesidades sentidas y la atención prestada, observar el impacto de la satisfacción personal y del bienestar percibido como medida de la calidad del servicio analizado y considerar la percepción familiar de estos recursos y su influencia en el bienestar de sus mayores.

El análisis de los indicadores señalados se ha desarrollado a través de tres capítulos independientes. En el primer capítulo, se ha realizado un estudio del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) para personas dependientes en un barrio de Zaragoza; en el segundo, se ha analizado un servicio residencial rural desde la perspectiva de los residentes; y el último, se orienta hacia la valoración familiar de esta misma residencia.

Se exponen a continuación las conclusiones más relevantes, las limitaciones del trabajo y las futuras líneas de investigación.

APORTACIONES PRINCIPALES

El deterioro progresivo por los años vividos, y las patologías asociadas a la edad, a menudo requieren que las personas mayores dispongan de apoyos complementarios para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD). En este colectivo las ABVD y AIVD se relacionan directamente con el mantenimiento de la autonomía personal.

Dicha autonomía constituye un indicador importante de salud y bienestar, por lo que es necesario que la persona tenga un papel activo y ejerza un mayor control sobre su propio desarrollo vital (Martínez Rodríguez, 2013). Para ello se deben utilizar metodologías, técnicas y herramientas que lo faciliten, tal y como se refleja en este estudio.

En este sentido, el SAD da respuesta a necesidades básicas, desde el contexto de referencia del anciano. Este hecho queda demostrado en la presente tesis, al atender la demanda de asistencia domiciliar solicitada por la persona mayor, así como por su percepción positiva con la intervención realizada.

Cuando la prestación del recurso, en el propio domicilio, es insuficiente para asegurar la autonomía y las personas optan por vivir en un centro residencial, este se convierte en su nuevo hogar. De cualquier manera, es responsabilidad de la Administración Pública velar por la independencia individual y la calidad de dichos servicios.

Las políticas públicas actuales apuestan decididamente por la atención a las personas mayores y dependientes, mediante la promulgación de leyes y normas, y la implementación de servicios. Estos recursos se convierten en un elemento esencial en la planificación y desarrollo de estrategias y proyectos de intervención con este colectivo. Se busca, de esta manera, satisfacer sus necesidades y preferencias personales, a la par que consolidar unos servicios públicos sólidos e inclusivos, como

medida de eficiencia y excelencia, según se refiere en la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030 (2021).

España ha mostrado una gran implicación, desde la promulgación la Ley de Dependencia, en el desarrollo de este nuevo paradigma de intervención. No obstante, la crisis económica posterior (Carcedo et al., 2016; Guillén et al., 2016), la reciente pandemia COVID-19 y las medidas de austeridad subsiguientes, ralentizan los avances en torno a los derechos sociales alcanzados.

Las diferentes administraciones públicas reconocen, desde la mencionada ley, el derecho subjetivo (facultad y potestad jurídica) de las personas con reconocimiento de dependencia, a disfrutar de servicios considerados esenciales, como son los de ayuda a domicilio y los residenciales, entre otros.

Esta apuesta política ha beneficiado en especial a las personas mayores. Es a este colectivo, especialmente compuesto por mujeres, a los que principalmente se dirigen los esfuerzos y los nuevos recursos.

Así, esta tendencia queda demostrada por los datos aportados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en sus estadísticas mensuales referentes a “personas con resolución de PIA por sexo y tramos de edad”, a 31 de marzo de 2023. Este análisis estadístico señala un 19% de beneficiarios en la horquilla de 65 a 79 años (62% mujeres) y un 53% a partir de los 80 años (75% mujeres). Estos avances reflejados exigen una valoración de la calidad de estos recursos por su novedad, compromiso e impacto social.

La presente tesis aporta un instrumento de valoración de los servicios prestados. Como herramienta de aplicación en el hogar particular, se ha logrado diseñar y aplicar un modelo de cuestionario de medición de la calidad del servicio domiciliario para personas con reconocimiento de dependencia. Se integran, entre otras variables, cuestiones de percepción (como el grado de satisfacción de los beneficiarios) y de rendimiento.

Este cuestionario ha sido resultado de una experiencia laboral intensa del doctorando y del equipo en el que se integra su labor. Se ha implementado de manera efectiva en Servicios Sociales, y responde tanto a los requisitos normativos de la Ley

de Dependencia, como a las principales variables consideradas en la literatura científica. Así, en el primer capítulo de este trabajo, se describen y analizan los datos extraídos.

En cuanto al SAD, resalta la elevada valoración que los beneficiarios de este servicio domiciliario tienen de aspectos objetivos y concretos, como son los cánones de vestimenta exigida, con un porcentaje de satisfacción del 100%, o del cumplimiento de horarios (96%). Por el contrario, no se opina igual respecto las tareas de limpieza y mantenimiento del hogar (58%) y la iniciativa del auxiliar a la hora de abordar esta tarea (54%), aspectos más subjetivos y basados en experiencias previas. Este estudio concluye que es en esta área donde deben incidir los procesos de mejora.

En esta línea, el estudio señala que se puede lograr un avance significativo, en cuanto a la calidad de vida sentida, reduciendo los plazos de inicio del servicio. Esta percepción favorable se vería incrementada con una mayor inversión económica, por parte de la Administración Pública, o una apuesta decidida por la creación de nuevos recursos sociales, frente a la concesión de compensaciones económicas.

Estos resultados refuerzan la demanda familiar en referencia a la necesidad de ampliación del tiempo dedicado a esta actividad (principalmente de personas con dependencia leve o moderada). Además, visibilizan, en alguno de los casos, la demora administrativa en el retraso del aumento de horas concedidas en el Plan Individualizado de Atención (PIA) o la revisión de grado de dependencia, solicitada por el ciudadano a causa del agravamiento de su salud.

Esta investigación concluye que el estudio del sentimiento de bienestar de los mayores debe considerar obligatoriamente aspectos subjetivos. Por ejemplo, en cuanto al SAD, los usuarios valoran mejor la atención dirigida hacia las ABVD, como el aseo o los acompañamientos, y son más exigentes con las AIVD como la limpieza del hogar, y el tiempo dedicado a ellas.

De hecho, el 100% de los usuarios se encuentran “muy satisfechos” con las actividades relacionadas con la atención personal, y con la fiabilidad y confianza en el desarrollo de tareas externas (como el aseo personal, los acompañamientos a

gestiones o el ir a hacer la compra). Además, el 85% de las personas encuestadas, alcanzan esta misma percepción positiva con variables como el trato, el respeto y la discreción, confirmándose la importancia de las mismas.

Es, en la relación directa con los auxiliares de ayuda a domicilio, donde se constata el papel fundamental de los profesionales. Trasciende de la esfera laboral a la personal, dada la relación íntima que se produce en la interacción diaria. Ejemplo de ello son las conversaciones a lo largo del camino en los acompañamientos, o el contacto físico que se genera al realizar el aseo personal.

Una vez conocida la realidad del SAD, prestado a personas dependientes que desarrollan su vida en un barrio urbano, se considera preciso contextualizar el estudio en el ámbito rural. Para ello se ha seleccionado un servicio residencial privado con plazas concertadas, buscando ampliar el encuadre de la investigación y su posible generalización.

En este sentido, para realizar el análisis de los indicadores que influyen en el bienestar de los beneficiarios de estos recursos, se ha optado por adaptar dos cuestionarios previamente elaborados y validados por los Servicios Sociales Comarcales.

En definitiva, los datos aportados permiten identificar las variables de mayor impacto en la satisfacción personal y aplicar el conocimiento adquirido a programas y recursos sociales. Es, por ello, guía para el diseño y la puesta en marcha de herramientas y medidas concretas que mejoren la atención y las condiciones de vida de sus habitantes.

El estudio realizado en el segundo capítulo, evidencia la relevancia, para la calidad de vida del anciano, de la valoración de aspectos concretos como los recursos humanos, el área relacional, la asistencia prestada y los equipamientos y espacios del centro residencial en el que viven.

En esta línea, la percepción de bienestar se relaciona con disponer con un espacio propio, personalizado e íntimo, como el dormitorio, y con los servicios que propician la socialización (como, por ejemplo, el comedor, la sala de televisión, la peluquería o el jardín).

Entre los servicios que mejor valoran los residentes se encuentra el comedor (por variedad, calidad y dieta, los horarios y publicación del menú, limpieza de las instalaciones y mobiliario y posibilidad de elección de mesa) y la atención médica (horarios, atención, trato, seguimiento). De este modo, se interrelacionan variables multidimensionales, vinculadas a vivir en una residencia, asociadas directamente con el hecho de sentirse bien cuidado.

Del presente estudio se infiere que el área relacional (relación personal y modos de participación en la vida del centro) es una de las dimensiones más influyentes en la percepción positiva con el recurso, evidenciándose como uno de los grandes pilares de la satisfacción residencial. Destacan, como ejemplo, el elevado número de correlaciones estadísticas significativas con indicadores como la convivencia, la relación entre compañeros de dormitorio o la comunicación entre residentes y profesionales. Así, estos indicadores y resultados son coherentes con los obtenidos en las investigaciones de Pino, Crespo y Portela (2010) y Acevedo (2014), en las cuales se vincula la calidad de la vida y de los servicios a los procesos relacionales y a la participación social.

En un entorno residencial, la sensación de estar bien atendido se vincula positivamente con variables relacionadas con el trato personal. Prueba de ello es que el 92% de las personas encuestadas valoran la comunicación residente-profesional como muy buena.

Además, llama la atención la buena opinión que tienen los mayores con respecto a los auxiliares de la residencia, destacando de ellos (el 97% de la muestra) su trato amable, respetuoso, rápido en caso de necesidad o urgencia, y que tienen en cuenta sus opiniones (salud, cuidado, higiene y arreglo personal).

La percepción de los familiares sobre los servicios prestados, cuyo estudio se desarrolla en el capítulo tres de la tesis, aporta información clave sobre las variables a tener en cuenta en el análisis de la calidad de un centro residencial y que, en parte, no han sido recogidos por los Sistemas de Gestión de la Calidad.

En la literatura científica consultada, no se observa el mismo volumen de información centrada en estudiar las preferencias de los familiares a la hora de

valorar las residencias. Sin embargo, resulta un indicador clave de la calidad de las mismas, defendido por los diferentes sistemas de gestión y la normativa ISO, como así lo demuestran anteriores estudios (Kellett, 1999; Poey et al., 2017; Shippee et al., 2017; Cooke, Puurveen y Baumbusch, 2018; Duan et al., 2021).

Este trabajo ha pretendido subsanar esta carencia, contemplando la importancia de su participación. Esta tesis evidencia que involucrar a los familiares en las actividades diarias y en la vida del centro, refuerza el bienestar emocional del residente. La interacción social y familiar que se genera, permite que la residencia se convierta en un hogar para el anciano, donde desarrollar su proyecto vital en convivencia con su familia, los demás residentes y otros agentes sociales.

Un nuevo paradigma de responsabilidad social de las empresas facilita que se produzca esta afirmación. La transparencia de las instituciones y entidades que prestan estos servicios sociales y la participación familiar se plantean como un nuevo reto encaminado hacia la mejora de la atención residencial, donde aún queda un largo camino por recorrer.

Prueba de ello, es que este estudio concluye que un 96% de los familiares encuestados manifiestan desconocer tanto la posibilidad como los procedimientos normativos para participar en los organismos de toma de decisiones o en las actividades de la residencia. Este dato, se suma a que un 75% de los familiares también ignoran sus opciones de participar como voluntarios, indicador de gran relevancia cuando el 80% han manifestado su deseo de hacerlo.

No obstante, y a pesar los datos analizados, no se puede concluir que una mejora de la información, con respecto a las opciones familiares de formar parte de la vida en la residencia, obtenga los resultados deseables. La persona encuestada ha podido responder a lo que socialmente se espera de ella, sin tener en cuenta sus posibilidades reales para hacer efectivo su deseo de una mayor vinculación al centro.

Al igual que para los residentes, los servicios mejor valorados por las familias son el comedor y el servicio médico, del que destacan la atención, el seguimiento y el grado de colaboración profesional-familia.

Esta percepción familiar positiva se extiende a todos los trabajadores de la residencia. Este estudio revela valores de satisfacción elevados en áreas como la comunicación profesional-familiar, la atención dispensada a la familia y el trato que se da a los mayores. Esta valoración puede deberse, entre otros factores, al entorno rural que rodea la residencia y al tamaño de la misma, que facilita estos acercamientos íntimos y personales.

Estos resultados avalan, al igual que estudios anteriores, la necesidad de generar entornos residenciales alternativos, temporales o permanentes, enmarcados dentro del concepto de “residencia hogareña”. Es decir, una residencia con un número de plazas limitado, que se relaciona con el entorno que les rodea y donde la interacción con la familia sea un factor clave (Pino et al., 2010; Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2021b; Duan et al., 2021).

En definitiva, la tesis aporta evidencias científicas sobre la vinculación de la variable “valoración de la residencia” con aspectos basados en los sentimientos personales, asociados al ámbito relacional. De nuevo, llama la atención la importancia de la comunicación en la satisfacción familiar. Así, el trato con médicos, enfermeros, auxiliares, es un indicador básico de dicha percepción. Sin embargo, en cuanto a la recomendación de la residencia, estos mismos familiares centran este recurso social por aspectos más tangibles, como son las características del dormitorio o el servicio de comedor.

El presente estudio concluye que la opinión de los familiares es un objeto de estudio complejo, que debe abarcar el análisis multidimensional de variables como el entorno físico, la atención y la relación personal-residente, la colaboración, información y comunicación familia-profesional (en especial, dirección del centro y equipo médico) y la participación familiar.

Por todo ello, se evidencia en los sistemas actuales de medición y gestión de la calidad (como las normativas ISO), la necesidad de incorporar una serie de indicadores que tengan en cuenta la opinión, actitudes, creencias y sentimientos de los encuestados.

Actualmente, estos sistemas se basan principalmente en el estudio de variables (relativas a procesos, comunicación interna y recursos humanos) que no garantizan, por sí mismas, un mecanismo de evaluación integral. Como se ha demostrado en este estudio, los indicadores asociados a las relaciones interpersonales, psicosociales y familiares, captan las pretensiones y preferencias personales y familiares y se vinculan de manera positiva con el sentimiento de disponer de una buena atención.

Además, estas dimensiones cumplen con las garantías de personalización del servicio, planteadas por el nuevo paradigma de atención centrado en la persona. Es, en este encuadre, donde se precisa observar el grado de satisfacción de los beneficiarios, como uno de los objetivos prioritario en los estándares de calidad actuales (Martínez Rodríguez, 2015).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una vez expuestas las principales aportaciones de esta tesis doctoral, es el momento de analizar las limitaciones que han surgido como consecuencia del proceso de aprendizaje, no exento de aciertos y dificultades.

La propia naturaleza del diseño metodológico plantea una primera restricción. Los estudios transversales no permiten establecer asociaciones de causa-efecto entre variables, dificultando conocer los predictores del aumento o disminución del grado de satisfacción con los servicios prestados. Con el fin de establecer relaciones causales, sería conveniente que los futuros estudios se diseñen con carácter longitudinal y/o de naturaleza cuasi experimental.

Asimismo, en cuanto a los instrumentos de evaluación, el reducido tamaño de la muestra, conformada tanto por los beneficiarios del SAD, como de las personas residentes y los familiares de los centros residenciales, limita la posible generalización de los resultados y la sofisticación de los análisis estadísticos en lo que se refiere a la elaboración de un modelo predictivo. Nuevas investigaciones que ampliasen la muestra con otros servicios análogos, prestados en diferentes barrios, ciudades, comunidades autónomas o países, permitiría aumentar el volumen de datos y ampliar su interpretación.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A pesar de las limitaciones del estudio realizado, los resultados son de gran utilidad para la valoración de posibles opciones de mejora de los servicios sociales. Sugieren, además, implicaciones prácticas para diseñar e implementar estrategias que beneficien las condiciones de vida de los usuarios y mejoren la percepción familiar.

Entre los aspectos a tener en cuenta en futuras líneas de investigación, es primordial integrar el conocimiento sobre nuevas variables que tengan en cuenta las opiniones personales, y que influyan en la consideración familiar con los servicios asistenciales. Estas deberían quedar recogidas, como mejora directa del recurso, en los procesos de evaluación interna y Sistemas de Gestión de la Calidad.

También sería pertinente considerar otras formas de observación de la realidad complementarias, como los grupos de discusión formados por beneficiarios, directos o familiares, de los servicios prestados. Las limitaciones derivadas de la utilización de técnicas de recogida de datos previamente elaborados, como cuestionarios y entrevistas, aunque permiten obtener una visión profunda de la situación en su conjunto, pueden obviar aspectos de carácter percibido, vinculados a la experiencia vivida y a las motivaciones personales y grupales.

Además, se debería tener en cuenta la información de la praxis diaria que pudiese provenir de los profesionales, sociales o sanitarios, que trabajan en este tipo de servicios. La asistencia prestada a las personas vulnerables, durante meses o años, en ocasiones traspasa la relación laboral, traduciéndose a menudo en sentimientos de afecto y cariño. El análisis de los datos aportados por una investigación de estas características, puede aportar evidencia científica de elementos de mejora no detectados por otras vías.

Por último, cabe aclarar que quedan fuera del alcance de este estudio una serie de cuestiones específicas relacionadas con los servicios sociales y la calidad de los mismos. Entre ellas, las consecuencias producidas por la pandemia, la perspectiva de género, el cambio generacional, la influencia de las nuevas tecnologías o el impacto de los nuevos modelos de atención residencial.

Como la tesis supone el inicio de una trayectoria científica a largo plazo, se proyectará abordar otros campos de interés y continuidad con influencia directa en el bienestar de los beneficiarios.

Los servicios sociales se desarrollan en un contexto socioeconómico concreto y en un espacio globalizado. Situaciones como la pandemia mundial producida por la COVID-19 o los enfrentamientos bélicos actuales en Europa Oriental, presentan un efecto importante en la gestión, provisión y mantenimiento de los Servicios Sociales. Este estudio evidencia las dificultades que tiene la Administración Pública para poner en funcionamiento recursos destinados a los mayores, un colectivo cada vez más numeroso y con mayores necesidades.

Ejemplo de ello es la ralentización en la creación e implementación de nuevos centros, retrasos en la concesión de servicios públicos y que las familias se vean obligadas a recurrir al mercado privado para contratar estos servicios (Calvo, 2014; Martínez López, 2017; Bayona et al., 2018; Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 2021a). Sería importante estudiar su repercusión y buscar las fortalezas y debilidades de estos recursos, que permitan generar protocolos de actuación.

Otra cuestión clave, no abordada en este estudio, es la influencia del género y el cambio generacional enmarcado hacia la igualdad de la mujer. La contribución y análisis de los datos segregados por género, tanto desde el rol profesional (auxiliares, enfermeras, medicas, trabajadoras sociales, etc.) o como beneficiarias, puede aportar un conocimiento que posibilite profundizar en las necesidades actuales, así como su evolución a lo largo del tiempo.

Estudiar el impacto y la influencia de las mujeres en la transformación de estos recursos, desde el “asilo” a la “residencia-hogar”, así como en los avances en cuanto a técnicas y metodologías utilizadas, proporcionará información relevante para mejorar la calidad de las mismas, dado que principalmente son mujeres las que trabajan y viven en ellos.

Por otro lado, las tecnologías y el uso de las redes sociales han evolucionado con el tiempo, adaptándose y formando parte del día a día de los recursos sociales.

Los servicios de tele-asistencia (teléfono fijo, telefonía móvil, reloj, etc.), así como la facilidad de acceso a grupos y foros de internet (Facebook, Instagram, Twiter, etc.) que ofrecen información socio sanitaria desde las administraciones públicas o entidades sociales, tiene cada vez un mayor impacto en las personas mayores y sus familias. Su análisis, probablemente, revelará indicadores no tenidos en cuenta en la literatura científica, y que seguro aportan vías de mejora de los servicios prestados.

Otras líneas de investigación pendientes de abordar sistemáticamente, son las vinculadas a las redes de apoyo informal contextualizadas en barrios, como la acontecida por el confinamiento derivado por la pandemia COVID-19, y su repercusión en la calidad de vida de los mayores. Las experiencias, en este sentido, han surgido principalmente del apoyo a personas solas en sus propios domicilios.

No obstante, sería fundamental fomentar la percepción de los centros residenciales como un lugar de encuentro comunitario, trabajando la integración de los ancianos en el barrio o pueblo en el que desarrollan su vida. Que las residencias favorezcan y dispongan de servicios abiertos al entorno, se debe promover y apoyar (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 2021b), especialmente en el medio rural.

En esta línea, cada vez es mayor el interés por las nuevas iniciativas sociales con participación ciudadana. Las cooperativas residenciales y las viviendas comunales “co-housing” desarrolladas como alternativas al modelo residencial tradicional, pueden ser un recurso que combata la soledad y apoye al mayor en las actividades diarias, permitiendo el control de la propia vida. Un estudio en profundidad de estos nuevos modelos de atención podría dar prueba de ello.

Finalmente, los resultados de la investigación obligan a reflexionar sobre cuestionamientos tan importantes como la importancia de iniciar medidas preventivas desde las políticas públicas, el mantenimiento de la persona en su domicilio o el incremento de centros residenciales denominados residencia-hogar. En este sentido, las personas estiman disponer de un espacio al que llamar “hogar” afectando, de manera decisiva, en su percepción del bienestar y de la propia calidad de vida.

Las aportaciones de este trabajo suponen una gran responsabilidad como investigadores, tanto por la posible transferencia de los resultados, como por tratarse de fenómenos al alza. De hecho, la materia de estudio tiene una vinculación directa con el sentimiento de bienestar de las personas atendidas y sus familias.

Esta tesis doctoral abre la puerta al estudio de estos nuevos retos, donde queda un amplio campo de investigación y de actuación para las políticas públicas y sus correspondientes agentes y protagonistas sociales.

REFERENCIAS

- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2021). *XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*.
<https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/XXI-DICTAMEN-DEL-OBSERVATORIO-DE-LA-DEPENDENCIA.pdf>
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2021). *Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*. <https://directoresociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias2021.pdf>
- Bayona Huguet, X., Limón Ramírez, E. y Cegri Lombardo, F. (2018). Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Atención Primaria*, 50, 264-266.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.003>
- Calvo García, M. (2014). Crisis económica y efectividad de los derechos sociales. En M. J. Bernúz Benítez y M. Calvo García. *La eficacia de los derechos sociales* (pp. 89-132). Tirant lo Blanch.
- Carcedo, M.L., Pérez, M., Sánchez, M.J., Ramírez, J.M., Lima, A.I., Robles, M. y Moreno, F.J. (2016). Diez años de la Ley de Dependencia. *Temas para el debate*, 240, 43-52.
- Cooke, H., Puurveen, G. y Baumbusch, J. (2018). Exploring family involvement in resident care conferences in long-term residential care. *Innovation in Aging*, 2(1), 396. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy023.1476>
- Duan, Y., Mueller, C.A., Yu, F., Talley, K.M. y Shippee T.P. (2021). *The relationships of nursing home culture change practices with resident quality*

- of life and family satisfaction: toward a more nuanced understanding. Research on Aging.* <https://doi.org/10.1177/01640275211012652>
- Guillén Rodríguez, A.M., González Begega, S. y Luque Balbona, D. (2016). Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar Mediterráneo. *Revista Española de Sociología*, 25(2), 261-272.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2023). Información estadística destacada del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Personas con resolución de PIA por sexo y tramos de edad. Todos los grados. https://imserso.es/documents/20123/3515174/estsisaad_2023331.pdf/5bcd8ca8-a2ed-36b3-8aeb-1d4eff5105bc
- Kellett, U.M. (1999) Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1474-1481.
- Martínez López, J.A. (2017). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 135-168.
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios Gerontológicos*. Fundación Caser para la dependencia.
- Martínez Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo, Departamento de Psicología]. http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33762/1/TD_TeresaMartinez.pdf
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2021). *Estrategia de desarrollo sostenible 2030: un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>
- Poey, J.L., Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M.L., Drake, P., Stone, R.I. y Doll, G. (2017). Does person-centered care improve residents' satisfaction with nursing home quality? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 974-979. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.007>

Shippee, T.P., Henning-Smith, C., Gaugler, J.E., Held, R. y Kane, R.L. (2017). Family satisfaction with nursing home care: the role of facility characteristics and resident quality-of-life scores. *Research on Aging*, 39(3), 418-442. <https://doi.org/10.1177/0164027515615182>