



ENPLEGU ETA GIZARTE  
GAJETAKO SAILA  
*Gizarte Zerbitzuen Goi Ikuskaritzaren  
Zuzendaritza*

DEPARTAMENTO DE EMPLEO  
Y ASUNTOS SOCIALES  
*Dirección de Alta Inspección de  
Servicios Sociales*

## CUADROS DE MANDO DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES



Diciembre 2011



## INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	3
2. INDICADORES DE RENDIMIENTO Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES.....	6
2.1. Desarrollo de los sistemas de evaluación del rendimiento en el ámbito de los servicios sociales.....	6
2.2. Definición y tipos de sistemas de evaluación del rendimiento .....	10
2.3. Aspectos a tener en cuenta a la hora de diseñar un sistema de evaluación del rendimiento en servicios sociales .....	14
3. INDICADORES DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL .....	18
3.1. Introducción .....	18
3.2. Cataluña: modelo de círculos de comparación intermunicipal promovido por la Diputación de Barcelona .....	19
3.3. La experiencia inglesa: diez años de evolución .....	45
3.4. El modelo australiano de revisión de los servicios públicos: RoGS.....	61
3.5. El sistema de indicadores sociales de Sotka.net en Finlandia .....	72
3.6. Iniciativas para mejorar la calidad de los servicios municipales en Suecia.....	76
3.7. Marco Común europeo para la Calidad de los Servicios Sociales de Interés General (MCC-SSIG) .....	83
3.8. Indicadores específicamente aplicados en el ámbito de la atención a las persona mayores en situación de dependencia.....	88
3.9. Otros sistemas: UNICEF y Udalmap.....	111
4. DEFINICIÓN DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA CAPV.....	115
4.1. Introducción .....	115
4.2. Indicadores de servicios sociales: elementos básicos de los diversos modelos.....	116
4.3. Hacia la construcción de un cuadro de mando de indicadores de servicios sociales en la CAPV: opciones a determinar .....	121
5. BIBLIOGRAFÍA .....	131

## **1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

De acuerdo con el Decreto 238/2010 de 14 de septiembre, de la Alta Inspección de Servicios Sociales, corresponde a este organismo garantizar el ejercicio efectivo del derecho subjetivo proclamado en el artículo 2 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, así como el cumplimiento y la observancia del ordenamiento jurídico aplicable. El Decreto establece además que sus actuaciones consistirán en la realización de análisis, investigaciones o estudios de los servicios sociales del País Vasco dirigidos a comprobar el funcionamiento correcto y equilibrado del sistema en su conjunto, que darán lugar a informes (cuando el escrito se emita por propia iniciativa) o dictámenes (cuando el escrito se le solicite) y, en caso de incumplimiento de la normativa vigente, propuestas de requerimiento dirigidas a la Administración correspondiente.

En el marco de esas funciones genéricas, la Alta Inspección ha considerado conveniente la redacción de un informe de avance en la identificación o establecimiento de estándares mínimos de calidad para la garantía de un trato igual, justo y homogéneo en el conjunto del país en el marco del sistema público de servicios sociales.

A su vez, el Eje 4 del Plan Interinstitucional de Servicios Sociales de la CAPV, aprobado recientemente por el Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, incluye entre sus actuaciones el “establecimiento de un catálogo consensuado de indicadores de calidad en la gestión de los Servicios Sociales que permitan valorar el grado de cumplimiento de tales indicadores por

parte de los diversos agentes que intervienen en el sistema y/o en los distintos ámbitos geográficos”.

Sin duda, como este informe pone de manifiesto, la gestión de cuadros de mando o de sistemas de evaluación del rendimiento es una de las fórmulas a través de las cuales los organismos competentes en lo que se refiere a la inspección de los servicios y a la garantía de los derechos en el ámbito de los Servicios Sociales desarrollan sus actuaciones de supervisión y promoción. Efectivamente, la mayor parte de los países de nuestro entorno cuentan con cuadros de mando o de indicadores de rendimiento que permiten valorar en qué medida los sistemas de servicios sociales, y las unidades que los componen, alcanzan los resultados previstos desde el punto de vista del impacto de su actividad, la eficiencia organizativa, la equidad en el acceso o la calidad en la atención.

Desde ese punto de vista, los objetivos de este informe son básicamente tres:

- Analizar las experiencias y buenas prácticas desarrolladas en los países de nuestro entorno en el ámbito de los cuadros de mando o sistemas de indicadores de rendimiento;
- Identificar a partir de ese análisis las diversas opciones existentes para la puesta en marcha de un modelo de indicadores de esas características en la CAPV, y argumentar las ventajas y desventajas de cada una de las opciones.
- Una vez definidas las opciones básicas que habrán de sustentar el sistema, y establecido un modelo teórico adecuado, proponer una batería concreta de indicadores, con identificación de las fuentes de datos necesarias, las unidades informantes, los periodos de actualización, las dimensiones operativas, etc.

Con tales objetivos, la estructura del informe es la siguiente:

- El capítulo segundo plantea brevemente, desde un punto de vista teórico, los elementos que caracterizan a los sistemas de indicadores de rendimiento existentes en el ámbito de la gestión pública, con referencia a los modelos teóricos existentes, a las condiciones que han de cumplir este tipo de indicadores, y a las críticas que han solido hacerse a este tipo de sistemas.

- El capítulo tercero, el más extenso, describe una docena de sistemas de indicadores existentes en los países de nuestro entorno y desarrollados durante los últimos años.
- A partir de esa información, el capítulo cuarto analiza las opciones existentes en relación con el conjunto de los elementos que conforman un sistema de indicadores referido a los servicios sociales. Como se explica con más detalle en ese capítulo, las opciones se refieren al alcance y la orientación general del sistema, su carácter integral o sectorial, el grado de obligatoriedad que se establecerá para participar en el sistema y la eventual vinculación del mismo a elementos de financiación, la existencia o no de objetivos o patrones de referencia (*benchmark*s), los modos de difusión de los resultados, las unidades territoriales de análisis, las dimensiones y características de los indicadores, la relación con otros dispositivos existentes, las fuentes de datos necesarias, la existencia de algún sistema de trabajo en red o de aprendizaje compartido y el propio proceso de participación del resto de los agentes sociales e institucionales en la elaboración del cuadro de mando. La determinación de un modelo concreto de cuadro de mando está supeditada a las decisiones que se tomen en relación con cada una de las opciones planteadas en ese capítulo, y constituye un paso previo imprescindible para la definición de cualquier batería de indicadores.
- En la fecha actual, la última parte del informe –la definición de una batería concreta de indicadores– está aún sin completar. Para realizar esa última fase del trabajo es necesario previamente:
  - a) determinar por parte de la Alta Inspección y del Gobierno Vasco las opciones que se quieren adoptar en cada una de las cuestiones apuntadas en el capítulo cuarto de este informe;
  - b) determinar el proceso que se seguirá, a partir de la información contenida en este informe, para la concreción de los indicadores y, sobre todo, el tipo de participación de otros agentes distintos de la Alta Inspección, como las Diputaciones, los Ayuntamientos, las entidades del Tercer Sector o las personas usuarias de Servicios Sociales.

## **2. INDICADORES DE RENDIMIENTO Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

### **2.1. Desarrollo de los sistemas de evaluación del rendimiento en el ámbito de los servicios sociales**

La preocupación por la calidad siempre ha estado presente en el desarrollo de los servicios sociales, aunque el concepto y las maneras de aplicarlo han variado sustancialmente a lo largo de los años.

En sus inicios, el concepto de calidad, tal y como se desarrolló en el ámbito de los servicios sociales, estaba fundamentalmente vinculado a las especificidades de estos servicios, definiéndose, en primer lugar, por un discurso profesional de “buena práctica” basado en una ética vocacional similar a la que se encuentra en otras profesiones, y también por la correcta aplicación de las leyes y procedimientos (burocracia) asociados a la expansión de las instituciones del Estado del Bienestar. Como resultado de ello, los servicios sociales públicos se convertían en un referente de “buena calidad” en términos de equidad y justicia, diferenciándose claramente, en este sentido, de las prácticas del sector privado (Evers et al, 1997).

A partir de la década de los años 80, las cuestiones relacionadas con la calidad han adquirido cada vez mayor importancia en el desarrollo de los sistemas de servicios sociales, a la vez que se han ido incorporando discursos y métodos de gestión procedentes del ámbito empresarial

que se caracterizan fundamentalmente por una preocupación por la eficiencia y el rendimiento de los servicios. Esta evolución se ha debido fundamentalmente a dos factores:

- En primer lugar, los gobiernos comienzan a afrontar situaciones de restricciones de gasto y esto, unido al incremento de la demanda de servicios públicos, obliga a hacer *más con menos*. Hay, por tanto, una exigencia creciente y una presión política por los *resultados* y el *rendimiento* de los servicios públicos (Malaquer i Amorós, S. y Tarrach i Colls, A.). En este sentido, si bien los servicios públicos, en general, y los servicios sociales en particular, todavía no están pensando en términos de ganancia de eficiencia mediante la adopción de los métodos de gestión propios del sector privado, la búsqueda del “valor por el dinero” (*value for money*) se ha convertido en un importante ingrediente de los esfuerzos para modernizar los servicios públicos en el marco de la llamada Nueva Gestión Pública (*New Public Management*).
- Por otra parte, el impulso a la economía mixta del bienestar (externalización de servicios) facilita y motiva a la vez la necesidad de introducir algunas herramientas y conceptos propios de la gestión empresarial.

En este marco, en el que coexisten los valores tradicionales de equidad, justicia y bien público, con otros más nuevos centrados en la eficiencia y el rendimiento, las administraciones públicas han asumido que su responsabilidad para con la ciudadanía no se limita a crear servicios y a poner en marcha actividades, sino a demostrar que se obtienen resultados, es decir, que se alcanzan los objetivos propuestos y que se producen cambios constatables. En este sentido, la mejora de la calidad de los servicios sociales se relaciona habitualmente con la mejora del rendimiento de los servicios. Como consecuencia de esta nueva noción de la responsabilidad pública, ha surgido una amplia gama de sistemas de evaluación y mejora de la calidad de la gestión de los servicios sociales que consisten en articular las metas u objetivos de los servicios, y vincular esos objetivos con unos resultados concretos, de cara a evaluar con la mayor objetividad posible el impacto de la actividad realizada sobre la población, y la adecuación de los recursos utilizados para lograr ese impacto (de ahí el nombre de sistemas de evaluación del rendimiento o *performance measurement framework(s)*).

La introducción de este tipo de sistemas en los servicios públicos se ha realizado con muy distintas finalidades (Proper and Wilson, 2003):

- Servir como mecanismo de mejora del rendimiento de organizaciones tales como hospitales, escuelas o ayuntamientos;

- Actuar como herramienta para la mejora del conjunto de un sistema, como el educativo o el de servicios sociales. En estos casos, las agencias de evaluación e inspección difunden la información como una forma de señalar las buenas prácticas dentro de un sistema determinado;
- Como un intento de promover la pseudo-competición, por ejemplo en lo que se refiere a los proveedores de servicios privados de salud, buscando influir en las decisiones de los responsables de la contratación de tales servicios;
- Como forma de favorecer la transparencia, especialmente en lo que se refiere a la administración local, de cara a sus clientes o usuarios. En este ámbito, la medición del rendimiento ha adoptado la forma de información públicamente disponible mediante rankings o clasificaciones que, por lo general, subrayan los resultados de aquellas unidades con peor comportamiento.
- Como herramienta de gestión interna de la calidad. En estos casos, la información puede no hacerse pública, y se utiliza para ayudar a las personas con responsabilidades de dirección en el control y la supervisión de la organización.

En la literatura sobre la evaluación del rendimiento, habitualmente se mencionan las siguientes ventajas genéricas de adoptar este tipo de enfoques (Artley, W. y S. Stroh, 2001):

- La evaluación del rendimiento constituye un método estructurado para centrarse en el plan estratégico de una organización.
- Proporciona un mecanismo efectivo para “dar cuenta” de los logros obtenidos con el dinero público.
- Al centrar la evaluación en el rendimiento, favorece que las organizaciones concentren su tiempo, sus recursos y energía en la consecución de objetivos.
- Mejora la gestión de los servicios.
- Mejora la comunicación y el conocimiento mutuo entre los diversos agentes de la organización o del sistema evaluado.



- Ayuda a justificar las actuaciones realizadas y sus costes.

Por otra parte, entre las ventajas más concretas de adoptar este tipo de enfoques basados en el rendimiento en el ámbito de los servicios sociales, cabe destacar que los nuevos conceptos de calidad provenientes del sector empresarial están más preparados para tomar en consideración los deseos y preferencias de las personas usuarias de los servicios. En el ámbito empresarial es habitual que las empresas se interesen por conocer las preferencias de sus clientes y esta perspectiva se incluye en los modelos de evaluación del rendimiento más utilizados (por ejemplo, en el de cuadro de mandos).

Con todo, y pese a su desarrollo en los últimos años, los sistemas de indicadores de rendimiento, especialmente en el ámbito de los Servicios Sociales, han sido también objeto de numerosas críticas, hasta el punto de que se han considerado parte de un ataque tecnocrático a los valores que subyacen a los servicios sociales públicos. Desde posiciones más matizadas, se ha señalado que el establecimiento de indicadores cuantitativos de carácter supraterritorial no es ni la única ni la mejor forma de evaluar la eficiencia y la efectividad de las organizaciones que se dedican a la prestación de servicios sociales, y que existen fórmulas alternativas para la mejora y la promoción de la calidad que deberían también promoverse y extenderse (Paulson, 2008).

En algunos casos, las críticas se centran en la falta de eficacia de estos sistemas, pues pocas veces ha podido comprobarse que su puesta en marcha haya redundado realmente en una mejora de la calidad de la atención prestada o de la capacidad de elegir de las personas usuarias. También se ha hecho referencia a la generación por parte de estos sistemas de incentivos perversos. En ese sentido, ya en los años 50, Peter Blau señalaba que este tipo de modelos tienen el riesgo de anteponer la mejora del *indicador* a la mejora del rendimiento: “El foco de atención que genera la publicación del indicador provoca un desplazamiento de los objetivos, en la forma de prácticas meramente dirigidas a modificar la *medida* del rendimiento, pero no el rendimiento en sí mismo”. Es obvio, en ese sentido, el riesgo de cualquier sistema comparativo de indicadores de poner el énfasis en la mejora del indicador cuantitativo tenido en cuenta (tasa, índice, etc.) y no de la realidad que realmente subyace a ese indicador, así como de falsear las estadísticas o de centrarse únicamente en los elementos que el indicador está capacitado para recoger, desatendiendo otras cuestiones tanto o más relevantes desde el punto de vista del encargo político o de la experiencia de la personas usuaria.

Otra de las críticas habitualmente planteadas ante este tipo de sistemas, especialmente en el Reino Unido, es su carácter nacional, y la escasa atención prestada a los sistemas internos de indicadores de rendimiento desarrollados a nivel local. Se señala en ese sentido que los indica-

dores establecidos a nivel nacional no permiten recoger las necesidades y circunstancias específicas de cada localidad, y que se trata por lo general de sistemas establecidos “desde arriba”, sin tener en cuenta la experiencia y el conocimiento de las personas que trabajan a nivel local. Frente a esta crítica, cabe señalar, como se señala en el siguiente capítulo, que en algunos contextos (Cataluña o Suecia, por ejemplo) se han desarrollado modelos a partir del trabajo en red y el aprendizaje mutuo muy alejados del modelo directivo aplicados, por ejemplo, en Inglaterra.

También se ha solido argumentar la excesiva carga administrativa que en ocasiones supone la recogida de información para alimentar estos sistemas de indicadores, o la dificultad de recoger mediante indicadores cuantitativos y objetivables, tomados en préstamo del mundo de la empresa, las complejas circunstancias psicosociales que abordan los servicios sociales. Por último, cabe señalar que se han alzado numerosas voces críticas al enfoque comparativo –o, más bien, competitivo– de algunos de estos sistemas, basados en un enfoque de premio y castigo, que tienden a perjudicar normalmente a las entidades que trabajan en circunstancias más difíciles, culpando a los profesionales de insuficiencias cuya resolución está a menudo fuera de sus capacidades, y contribuyendo finalmente, aunque sea de forma indirecta, a su estigmatización.

## **2.2. Definición y tipos de sistemas de evaluación del rendimiento**

Un sistema de evaluación del rendimiento es una selección de indicadores cuantitativos sobre recursos, procesos y resultados que se utiliza para generar información sobre aspectos críticos de las actividades realizadas, incluyendo su efecto en la población. Dicho de otra manera, es un sistema para recoger e informar sobre el trabajo realizado y los resultados obtenidos (Lichiello, P y B.J. Turnock, 1999).

Para tener sentido, los sistemas de indicadores de rendimiento deben responder a un modelo teórico o un marco conceptual determinado. Se ha señalado en ese sentido que “los datos y los hechos no son como los guijarros en la playa, que esperan a ser recogidos y clasificados. Sólo pueden ser comprendidos y medidos mediante un marco teórico y conceptual concreto, que defina los hechos relevantes y los distinga del ruido ambiental” (Wolfson, 1994). En efecto, el marco conceptual –vinculado a la determinación de los objetivos y las funciones esenciales de cada sistema– es el que dota de estructura lógica a cualquier modelo de indicadores, en la medida en que determina cuáles son y por qué los elementos que deben ser medidos y los parámetros que deben adoptarse como referencia.

De acuerdo con la literatura internacional consultada, en el ámbito de la gestión empresarial se pueden diferenciar al menos tres tipos de sistemas de evaluación del rendimiento atendiendo al modelo conceptual en el que se basan:

a) *Cuadro de mandos propiamente dicho (Balanced Scorecard)*

Se trata de un método creado en el ámbito empresarial que sirve para medir los logros de una empresa u organización en términos de su visión y estrategia. El cuadro de mandos permite medir si una organización y sus trabajadores alcanzan los resultados definidos por el plan estratégico. También es una herramienta que ayuda a la organización a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia. Habitualmente, los cuadros de mando suelen incorporar cuatro perspectivas:

- Perspectiva del usuario o cliente: se trata de averiguar qué percepción tienen que tener las personas usuarias de la organización para que ésta cumpla su misión y su visión;
- Financiación: se trata de establecer cómo hacer el uso más eficiente de los recursos disponibles;
- Procedimientos internos: se debe averiguar cuáles son los procedimientos en los que la organización debe mejorar para llevar a cabo su misión;
- Crecimiento y formación continua: se debe definir cuáles son los objetivos de la organización en términos de crecimiento y cualificación de los trabajadores.

En cada uno de estos apartados, se especifican los objetivos que se desean alcanzar, los indicadores que se van a utilizar para medir la consecución de dichos objetivos, los estándares exigibles para cada indicador y la propuesta de medidas para mejorar los resultados.

b) *El modelo Economía-Eficiencia-Efectividad (3Es).*

El modelo 3E sigue la secuencia del proceso de “producción de servicios”. En el marco de este modelo, economía se refiere al coste de prestar servicios. Eficiencia se refiere a la manera en que los servicios utilizan sus recursos (*inputs*) para producir servicios y bienes (*outputs*) y la efectividad se refiere a la medida en que el sistema/prestador de servicios ha conseguido sus metas y objetivos (Independent Reference Group, 2010).

c) *El modelo IOO: Inputs, Outputs and Outcomes.*

Este modelo es similar al anterior y también sigue la lógica del proceso de producción de servicios en el sentido de que analiza los *inputs* (recursos utilizados para prestar servicios), los *outputs* (los servicios efectivamente producidos o prestados) y los *outcomes* (o el impacto conseguido). La organización o las instituciones que proveen servicios generalmente tienen un buen control de los servicios generados. El impacto conseguido mediante esos servicios, por el contrario, puede verse afectado por numerosos factores externos. El modelo IOO contiene todos los elementos del modelo de las 3Es, pero también permite:

- Desagregar los servicios producidos y el impacto creado en sub-indicadores para analizar la equidad y la calidad de los servicios; y
- Enlazar los recursos utilizados y el impacto conseguido mediante indicadores de coste-efectividad.

La posibilidad de incluir indicadores de equidad o justicia (por ejemplo resultados desagregados por género, discapacidad, etnia, ingresos, etc.) es muy importante a la hora de medir el desempeño de servicios públicos, dado que éstos tienen por objetivo distribuir los recursos en función de criterios de necesidad y los indicadores sobre equidad permiten verificar si este objetivo se cumple (Independent Reference Group, 2010).

Al margen del debate en torno a la mayor o menor aplicabilidad de estos conceptos al ámbito de los servicios sociales, y de sus posibles consecuencias –como se verá más adelante la adopción de este tipo de abordajes provenientes del sector empresarial o industrial no está exenta de críticas–, lo que está claro es que la definición y el diseño de un sistema válido de evaluación del rendimiento debe basarse en un sólido proceso de planificación estratégica, en el que se definan la misión, visión y los valores de la organización o institución y se establezcan las estrategias más convenientes para alcanzar los objetivos fijados. En este sentido, es frecuente que además de los objetivos de calidad y eficiencia habituales en los sistemas de evaluación de rendimiento de organizaciones empresariales, los servicios públicos y, en particular, los servicios sociales, establezcan también objetivos relacionados con la equidad, la justicia y, más recientemente, con la participación de las personas usuarias.

Al margen de las diferencias en el modelo teórico en el que se basan estos sistemas de evaluación del rendimiento, también existen diferencias en lo que respecta a los objetivos que se persiguen mediante su introducción, lo que puede influir en su diseño:

- Algunos sistemas tienen como objetivo primordial permitir la comparación de distintos territorios en lo referente al rendimiento de los servicios públicos. En estos casos, las baterías de indicadores seleccionados no suelen incorporar estándares o “targets” que los distintos servicios deben cumplir.
- Otros están más orientados a “dar cuenta” del uso del dinero público por parte de los gobiernos (*public accountability*). En estos casos, sí suele ser habitual que se fijen estándares de obligado cumplimiento. Además suelen incorporar un pequeño número de indicadores “guía” (*headline indicators*), y tratan de presentar los datos en una manera “amigable”, de forma que los ciudadanos puedan consultarlos con facilidad. Estos sistemas no suelen incorporar medidas de eficiencia o coste-efectividad.

Desde otro punto de vista, los sistemas de evaluación del rendimiento utilizados en el ámbito internacional se pueden clasificar en función del nivel en el que se aplican (Klassen et al, 2009):

- Nivel sistémico;
- Nivel de organización o institución;
- Nivel de programa /servicio / departamento.

Finalmente, es importante destacar que, además de los sistemas de evaluación del rendimiento, en el ámbito de la evaluación de servicios y de la mejora de la calidad, especialmente en el ámbito de los servicios públicos, se manejan también otros conceptos y medidas, que siendo distintos desde el punto de vista teórico, en la medida en que se refieren más a la calidad de la atención que a la calidad de la gestión, suelen vincularse en la práctica, particularmente:

- Requisitos de obligado cumplimiento, establecidos generalmente en la normativa reguladora de los diversos servicios, de cara a la autorización<sup>1</sup> de un servicio o su acreditación<sup>2</sup>.
- Estándares de calidad, relacionados generalmente con la forma en la que han de prestarse los servicios de atención directa, no siempre susceptibles de ser fácilmente tradu-

---

<sup>1</sup> Acto de la administración pública por el que se determina que un centro cumple con las condiciones necesarias para garantizar una asistencia adecuada a las personas usuarias. En la mayoría de las CC.AA. incluye requisitos tales como la autorización por la Administración de Servicios Sociales, licencia municipal, inscripción en el Registro de Servicios Sociales, visado previo e inspección (Fundación Edad & Vida, 2008).

<sup>2</sup> Acto por el que la Administración Pública garantiza que los servicios y centros sociales a quienes se otorga reúnen o superan los mínimos de calidad exigidos reglamentariamente. Dichos requisitos son exigidos por la Administración Pública para establecer conciertos con entidades prestatarias de estos servicios (Fundación Edad & Vida, 2008).

cidos a un marco de indicadores de carácter cuantitativo, y que generalmente se plasman o materializan en procesos de acreditación<sup>3</sup>;

De cara a la elaboración de este informe, especialmente en el capítulo referido a las experiencias y buenas prácticas desarrolladas en el ámbito internacional, se ha optado por incluir algunos modelos que, sin ser cuadros de mando o sistemas de indicadores del rendimiento propiamente dichos, pueden contener elementos de interés a la hora de definir el modelo que se desea utilizar dese la Alta Inspección de Servicios Sociales de la CAPV.

### **2.3. Aspectos a tener en cuenta a la hora de diseñar un sistema de evaluación del rendimiento en servicios sociales**

Aunque disponer de un sistema de indicadores objetivables es muy importante a la hora de valorar la calidad de un sistema o un servicio, estos sistemas no siempre ofrecen una visión lo suficientemente amplia. Algunos aspectos del rendimiento son difícilmente medibles mediante indicadores, por lo que estos sistemas deben ser completados mediante procedimientos para recoger el *feedback* de los usuarios/as, informes de inspección, estudios cualitativos, análisis de procedimientos específicos, etc. (Audit Commission, 1999).

Por otra parte, a medida que se avanza en la creación de un sistema de evaluación del rendimiento de los servicios sociales, se tendrá que trabajar para evitar algunos inconvenientes que estos sistemas pueden tener. Uno de los más importantes es que el hecho de establecer y medir el progreso hacia objetivos concretos puede distorsionar e introducir sesgos en el comportamiento del sistema o servicio. Dicho de otra manera, el hecho de animar a los profesionales a mejorar algunos aspectos de su rendimiento mediante su evaluación a partir de indicadores, puede llevar a que se descuiden otros aspectos del servicio, o a que se introduzcan conductas tendentes únicamente a modificar la medida tenida en cuenta. Otro posible inconveniente de insistir en determinados objetivos es que las administraciones pueden terminar manipulando los datos correspondientes. Para evitarlo, es importante que los sistemas de indicadores estén bien equilibrados, es decir, que no se centren excesivamente en algunos aspectos del rendimiento, olvidando otros igual de importantes. En este sentido, los indicadores seleccionados para evaluar el rendimiento deben estar relacionados con o referirse a objetivos estratégicos para el sistema de servicios sociales (Audit Commission, 1999).

---

<sup>3</sup> Proceso llevado a cabo por una entidad reconocida como independiente (evaluación por tercera parte) y que pone de manifiesto la confianza de que un producto o servicio es conforme a una norma concreta (Fundación Edad & Vida, 2008).

A la hora de seleccionar los objetivos de rendimiento que se van a evaluar se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Conviene diferenciar, en primer lugar, entre objetivos relativos a la población y objetivos relativos al servicio. En ocasiones se tiende a expresar los objetivos de un servicio o un sistema de servicios en términos poblacionales (por ejemplo, “reducir la tasa de riesgo de pobreza”). Hay que tener en cuenta que estos objetivos dependen de numerosos factores al margen de la calidad del servicio prestado, algunos de ellos difícilmente controlables desde un servicio o incluso desde un sistema de servicios. Expresar los objetivos deseados para un servicio en términos poblacionales puede impedir ver los progresos que se hayan realizado y desalentar a los responsables de dicho servicio (Friedman, M., 2005). Aunque medir los resultados poblacionales puede ser importante, cuando se elija un objetivo de este tipo se debe tratar de hacer visible que este tipo de objetivos pueden depender de muchos factores y, por lo tanto, los indicadores correspondientes deben ser interpretados con cautela.
- Debe tratarse de objetivos alcanzables, aunque también ser exigentes, en el sentido de obligar a la administración responsable a mejorar su práctica actual (Audit Commission, 1999).
- Establecer objetivos a corto plazo. Frecuentemente los objetivos estratégicos del sistema de servicios sociales se formulan de forma genérica y adoptan una perspectiva de largo plazo. A la hora de operativizar los objetivos de rendimiento que deben ser evaluados, se deben reformular esos objetivos generales en términos de la contribución que, a corto plazo, cada administración debe realizar para avanzar hacia la consecución los mismos (Lichiello, P. y J.B. Turnock, 1999).
- Deben tener el visto bueno de todas las administraciones involucradas (Audit Commission, 1999). En este sentido, a la hora de fijar los objetivos más importantes del Sistema se deberá consultar a todas las administraciones competentes y a otras entidades involucradas.
- Deben referirse a elementos valorados por parte del público (Audit Commission, 1999).
- Deben ser medible mediante datos cuantitativos (Audit Commission, 1999).

- Se deben evitar ambigüedades en su formulación, es decir, debe significar aquello que aparenta significar (Audit Commission, 1999).

Desde un punto de vista más operativo, los indicadores que compongan el sistema de evaluación propuesto deben tener las siguientes características:

- Debe tener una definición clara y estable (dentro de lo posible) para permitir valorar la evolución del rendimiento a lo largo del tiempo (Audit Commission 1999). Si bien todos los sistemas de indicadores revisados en el ámbito internacional han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo (eliminación de indicadores, creación de nuevos indicadores e incluso modificación de las definiciones que planteaban problemas en la práctica) hay que valorar la conveniencia de realizar modificaciones en las definiciones de los indicadores y realizar sólo los cambios que se consideren imprescindibles.
- Es importante que los indicadores ofrezcan la posibilidad de medir avances hacia los objetivos deseados aunque éstos no se alcancen totalmente en un determinado año. En este sentido, elegir indicadores del tipo “la cobertura residencial será del 5%” no permite verificar el progreso hacia ese objetivo y, como tal, puede resultar frustrante para aquellas administraciones que, a pesar de avanzar de forma positiva hacia el objetivo deseado, no consiguen alcanzar el estándar fijado (Friedman, M., 2005).
- En la medida de lo posible, deben poder elaborarse a partir de la información ya disponible en el sistema de servicios sociales. (Lichiello, P. y J.B. Turnock, 1999). Aunque puede ser necesario crear fuentes de información *ad hoc* para alimentar el sistema de indicadores, hay que tener en cuenta que una excesiva exigencia a las administraciones involucradas en cuanto a la demanda de información puede desalentar su participación. En este sentido, puede ser conveniente prever un sistema de indicadores que se vaya implementando de forma progresiva, comenzando por un núcleo básico de indicadores ya disponibles, y planteando su ampliación a medida que las administraciones involucradas se familiarizan con el proceso.
- Respecto al número adecuado de indicadores, hay que alcanzar un equilibrio entre establecer un número muy limitado de indicadores (lo cual pondría excesivo énfasis en los resultados de algunos servicios en detrimento de otros) y un número excesivo (lo cual puede favorecer que las administraciones responsables de medir dichos indicadores dejen de tomarse en serio su cometido). En este sentido, puede resultar útil establecer varios niveles de indicadores, en función de su prioridad, importancia, etc.



- Deben especificarse las personas responsables de aportar los datos necesarios para construir cada indicador (Audit Commission 1999).

Por lo que se refiere al proceso mismo de diseño e implementación del sistema que se desea implantar, la literatura consultada ofrece las siguientes recomendaciones:

- Involucrar en la fase de diseño a todas aquellas administraciones y entidades que puedan tener un interés en el proceso (Lichiello, P. y J.B. Turnock, 1999). Esto incluye a todas las administraciones y/o entidades a las que se les vaya a solicitar información para alimentar el sistema, entidades que representen a las personas usuarias y entidades que habitualmente se ocupan de la evaluación de servicios (universidades, centros de investigación, etc.).
- Promover el liderazgo. Puesto que mantener un sistema de evaluación de estas características exige el esfuerzo continuado de diferentes administraciones y/o entidades, deben existir personas encargadas de convencer, coordinar, supervisar y ofrecer el apoyo necesario a las partes involucradas (Lichiello, P. y J.B. Turnock, 1999). Es esencial que todas las partes comprendan y compartan la necesidad de poner en marcha el sistema, y ése debe ser uno de los cometidos más importantes de quien ejerza el liderazgo del proceso.
- Ofrecer apoyo técnico (Lichiello, P. y J.B. Turnock, 1999). Dado que mantener un sistema de indicadores operativo es un proceso exigente para quienes participan en él aportando la información requerida, se debe ofrecer la asistencia técnica necesaria para que todas las partes involucradas comprendan el proceso adecuadamente y puedan ponerlo en marcha.

### **3. INDICADORES DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL**

#### **3.1. Introducción**

Como se ha señalado en la introducción de este informe, en este apartado se describen las principales características de una docena de sistemas o modelos de indicadores, todos ellos relacionados, de manera más o menos directa, con el ámbito de los Servicios Sociales o de alguno de sus subsectores (la dependencia, la desprotección o la exclusión). De los doce modelos analizados (incluyendo los aplicados en Inglaterra en el pasado), seis son de carácter integral –es decir, hacen referencia a un conjunto más amplio de servicios públicos– y otros seis se centran específicamente en el ámbito de los servicios sociales o en alguna de sus funciones y centros (residencias para mayores, servicios de atención a la dependencia, atención a la primera infancia, etc.).

A la hora de seleccionar los modelos descritos se ha optado lógicamente, en primer lugar, por describir aquellos respecto a los que existe un mayor nivel de información. Desde ese punto de vista, el modelo catalán, el australiano y, especialmente, el inglés son los que han generado una mayor cantidad de información y de reflexión teórica en base a la cual avanzar en la determinación de un modelo de indicadores para la CAPV. También se ha buscado conocer la realidad de modelos menos conocidos (como los establecidos en los países escandinavos), los modelos

similares existentes en la CAPV (Udalmap) o los orientados a centros específicos, como pueden ser las propuestas de la Fundación Edad y Vida. Aunque es obvio que han quedado fuera de este análisis algunos modelos interesantes (como los aplicados en el marco del seguro de dependencia alemán o japonés), y también que la exhaustividad de la descripción realizada no es en todos los casos la misma, puede pensarse que los modelos descritos permiten identificar los elementos determinantes de este tipo de sistemas y, con ese punto de partida, las opciones que existen para la puesta en marcha de un sistema de este tipo en Euskadi.

A la hora de interpretar la información recogida, en cualquier caso, debe tenerse muy en cuenta que cada modelo responde a un marco organizativo y competencial diferente, y que este tipo de cuadros de mando de indicadores no pueden entenderse completamente fuera del sistema institucional en el que se insertan. En el mismo sentido, y como ocurre al realizar cualquier comparación internacional, es preciso alertar sobre las dificultades lingüísticas, debido a la dificultad de traducir de forma absolutamente fiel determinados conceptos técnicos (*performance, benchmark, output, outcome*, etc.) o determinados servicios y prestaciones sociales.

### **3.2. Cataluña: modelo de círculos de comparación intermunicipal promovido por la Diputación de Barcelona**

#### *3.2.1. Definición y antecedentes*

La Diputación de Barcelona inicia en 1998 una labor de asesoramiento y apoyo a los municipios de la provincia que, entre otros elementos, se materializa en los Indicadores de Gestión de Servicios Municipales (IGSM) y en los denominados círculos de comparación intermunicipal (CCI). Desde su puesta en marcha, el estudio IGSM ofrecía a los municipios participantes datos de interés respecto a la evolución de una serie de indicadores comunes de gestión, incluyendo entre ellos algunos relativos a los servicios sociales municipales. El objeto del estudio era, por una parte, el de dibujar la realidad de cada municipio en términos objetivos y, por otra, el de comparar la situación de los diversos municipios entre sí. Entre las carencias del sistema sus responsables destacaban la no participación de los responsables de los servicios municipales, que ni intervenían en la definición de los indicadores (éstos se creaban unilateralmente por el Servicio de Programación de la Diputación de Barcelona), ni eran un punto de contacto para la recogida de datos y posterior remisión de la información (la vía de comunicación era a través de los interventores municipales).

Para paliar estas carencias, en el año 2001 se produce un salto cualitativo con la creación y la puesta en marcha de los llamados Círculos de Comparación Intermunicipal (CCI), dirigidos a los responsables de los servicios locales municipales con una población superior a los 10.000 habitantes. Se trata de un instrumento que va más allá de la obtención de información sobre indicadores locales de gestión, ya que introduce el valor añadido de la participación activa de los responsables de los servicios locales en los procesos de definición y validación de los indicadores, el análisis de los resultados obtenidos, la comparación entre los diferentes municipios, la puesta en marcha de acciones de mejora y la transferencia de conocimiento a través de buenas prácticas o experiencias ejemplares.

Desde ese punto de vista, los Círculos se articulan como talleres de comparación sobre resultados obtenidos por diferentes servicios de competencia municipal, para poder crear un entorno estable de transparencia y comparabilidad, de detección de puntos fuertes y debilidades, de establecimiento de estándares de atención, de autoevaluación continuada y de implementación de planes de mejora. En ese sentido, los objetivos de los CCI son:

- medir, comparar y evaluar resultados, mediante unos indicadores comunes consensuados,
- formar un grupo de trabajo para intercambiar experiencias,
- impulsar la mejora de los servicios.

La implementación de los CCI se efectúa a través de la realización de un número determinado de reuniones por año (llamadas “talleres”), con una metodología propia de trabajo y con la participación de diferentes responsables del servicio municipal objeto de análisis. Los objetivos de los talleres son:

- proponer una metodología de trabajo común que permita comparar los servicios municipales de los ayuntamientos participantes,
- llegar a un acuerdo sobre unos indicadores comunes con los cuales poder comparar los servicios municipales,
- formar un grupo de trabajo concreto que, de forma transparente, intercambie los resultados de los indicadores entre sus participantes.

Una de las características básicas del modelo es por tanto la estrecha colaboración existente a la hora de la definición y redefinición de los indicadores entre los técnicos de la Diputación y los de los municipios participantes, en el marco de un sistema exclusivamente dirigido a apoyar la gestión de los servicios municipales desde una institución supramunicipal. En ese sentido,

tanto la finalidad o explicación del indicador, como la fórmula de cálculo y la definición de las variables empleadas son el resultado del consenso de los técnicos municipales. Para los responsables del sistema, conviene enfatizar el hecho de que son los propios ayuntamientos quienes seleccionan y consensuan los indicadores que deberán utilizarse para medir y comparar la gestión del servicio municipal que se suministra desde su gobierno local. Este hecho es fundamental y constituye una clave de éxito, puesto que garantiza la aplicabilidad y la utilidad de lo que se está realizando.

Por otro lado, es importante destacar que el modelo establecido por la Diputación de Barcelona es de carácter integral, por lo que no se centra exclusivamente en el ámbito de los servicios sociales municipales, sino en una gama más amplia de servicios municipales. En 2009, el sistema de indicadores de gestión de servicios municipales abarcaba los ámbitos de:

- Policía local;
- Gestión y tratamiento de residuos;
- Limpieza viaria;
- Bibliotecas;
- Teatros municipales;
- Guarderías;
- Escuelas de música;
- Deportes;
- Servicios sociales;
- Mercados municipales;
- Ferias locales;
- Servicios locales de ocupación;
- Oficinas municipales de información al consumidor;
- Seguridad alimentaria;
- Alumbrado público;
- Servicios de mediación ciudadana.

Para el conjunto de los servicios analizados, los indicadores objeto de análisis y comparación se estructuran en cuatro dimensiones: encargo político-estratégico, usuario / cliente, valores organizativos / recursos humanos y dimensión económica. La traslación de esas dimensiones al ámbito de los Servicios Sociales se materializa de esta forma:

- **Encargo político / estratégico.** En el ámbito específico de los Servicios Sociales, estos indicadores aportan información del cumplimiento de los objetivos estratégicos de

los servicios sociales básicos, principalmente con relación a la cobertura de los diferentes servicios sobre la población objetivo. Mediante esta dimensión también es posible evaluar el grado de consecución del principio de universalidad y el derecho de acceso que establece la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales.

- **Usuario /cliente.** Los indicadores de la dimensión usuario/cliente se refieren al grado de calidad y accesibilidad con la que se prestan los servicios sociales básicos, y permiten analizar si los municipios han sido capaces de garantizar el derecho de las personas usuarias a recibir servicios sociales de calidad.
- **Valores organizativos / recursos humanos.** Esta dimensión permite conocer, por un lado, el esfuerzo de los participantes para dotar a los profesionales de elementos de apoyo y capacitación y, por otra parte, estimar el clima laboral.
- **Aspectos económicos.** Esta dimensión permite medir el esfuerzo económico en servicios sociales básicos, así como el reparto del mismo entre las diferentes administraciones –qué esfuerzo han efectuado los municipios, qué apoyo han recibido de la Generalitat de acuerdo con el sistema de financiación de los Servicios Sociales establecido en Cataluña<sup>4</sup>– y el grado de corresponsabilidad financiera de los usuarios a través del pago de tasas y precios públicos.

En el año 2009 participaron en los CCI un total de 75 municipios, que representan en torno al 95% de los municipios barceloneses de más de 10.000 habitantes y en torno a una cuarta parte de todos los municipios barceloneses. En el ámbito concreto de la medición de los indicadores de servicios sociales, la participación fue de 54 municipios (de los cuales dos están ubicados fuera de la provincia), incluyendo la totalidad de los municipios de más de 75.00 habitantes, salvo Barcelona. La participación en el sistema es voluntaria.

### 3.2.2. Indicadores en el ámbito de los Servicios Sociales

En total, en el ámbito de los Servicios Sociales se tienen en cuenta 58 indicadores<sup>5</sup>, agrupados en cuatro categorías de servicios:

---

<sup>4</sup> La aportación de la Generalitat a los servicios sociales básicos se ha de fijar en sus presupuestos, de acuerdo con lo que establezcan el Plan estratégico de servicios sociales y la Cartera de servicios sociales, y se ha de pagar mediante un convenio cuatrienal con la corporación local titular del área básica de servicios sociales. Esta aportación no puede ser inferior, en ningún caso, al 66% del coste de los equipos de servicios sociales básicos, de los programas y proyectos, y de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia que el Plan y la Cartera establecen para el ámbito territorial de cada área básica de servicios sociales<sup>7</sup>. Ley 12/2007, de 11 de Octubre, de servicios sociales, Artículo 62.2.

<sup>5</sup> Cada edición anual se eliminan e incorporan diversos indicadores. Los que se presentan a continuación corresponden a la edición de 2009.

- **Servicios Sociales Básicos (SSB).** Constituyen el punto de acceso inmediato al primer nivel del sistema catalán de servicios sociales, el más cercano a los usuarios y a los ámbitos familiar y social. Estos servicios incluyen los servicios de atención domiciliaria, los de telealarma y teleasistencia, los servicios de residencia de estancia limitada, los de comedor, los centros abiertos para niños y adolescentes y los servicios de apoyo y asesoramiento técnico de los diferentes profesionales de atención primaria.
- **Equipos Básicos de Servicios Sociales (EBAS).** Un Equipo Básico de Atención Social (EBAS) es un conjunto organizado y coordinado de acciones profesionales, realizadas mediante el respectivo equipo técnico, que tienen por objeto promover los mecanismos para conocer, prevenir e intervenir en personas.
- **Servicios Sociales de Atención Domiciliaria (SSAD).** Los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria (SSAD) son un conjunto organizado y coordinado de acciones que se realizan básicamente en el hogar de la persona y/o familia, dirigidas a proporcionar atenciones personales, ayuda al hogar y soporte social a aquellas personas y/o familias con dificultades de desarrollo o de integración social o falta de autonomía personal. El Servicio de Ayuda Domiciliaria puede complementarse con otras modalidades de atención como es el servicio de lavandería, podología, comedor a domicilio, teleasistencia, ayudas técnicas y adaptativas del hogar, servicios de otras redes asistenciales, entre otras.
- **Centros abiertos (CA).** Los Servicios de Centros Abiertos (CA) para niños y adolescentes son servicios diurnos que realizan una tarea preventiva, fuera del horario escolar, que apoyan, estimulan y potencian la estructuración y el desarrollo de la personalidad, la socialización, la adquisición de aprendizajes básicos, el ocio, y compensan las deficiencias socioeducativas de las personas.

La explicación de cada uno de los indicadores se hace de forma detallada, explicándose tanto el contenido del indicador como la fórmula exacta de cálculo, las variables utilizadas y los valores medios hallados para el último año, así como el número de municipios de más de 10.000 habitantes a los que se refiere esa media. Además, en algunos casos, se ofrece un valor de referencia (*bench*), que se establece como patrón u objetivo deseable. El siguiente cuadro detalla la formulación de uno de los indicadores.

Cuadro 1. Formulación de un indicador en el modelo CCI

Peso de los servicios sociales en el presupuesto municipal	
<b>Explicación del indicador:</b> Este indicador calcula el porcentaje que supone el gasto en Servicios Sociales Básicos, sobre el total de los gastos del presupuesto municipal. Muestra la importancia relativa otorgada a los Servicios Sociales, respecto al presupuesto total del ayuntamiento.	
<b>Fórmula del cálculo:</b> $\frac{\text{Gasto total de los SSB}}{\text{Total presupuesto de gastos municipales}} \times 100$	
<b>Variables utilizadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gasto total de los SSB: Sumatorio del total de gastos (obligaciones reconocidas) del presupuesto liquidado y consolidado de los Servicios Sociales Básicos incluidas en: el Capítulo 1 (Personal, incluidas las cuotas patronales de la Seguridad Social), Capítulo 2 (Bienes corrientes y servicios), Capítulo 4 (Transferencias corrientes), Capítulo 6 (Inversiones reales), gastos de inversiones reales, destinadas principalmente a infraestructuras, equipamientos y viviendas, y a la compra de bienes de naturaleza inventariable y Capítulo 7 (Transferencias de capital), transferencias que se realizan a terceros para que las destinen a financiar gastos de capital. Estos datos corresponden al año natural en estudio. Fuente: Ayuntamientos (Intervención).</li> <li>- Total presupuesto de gastos municipales: Es la suma de todas las partidas previstas por parte del municipio en relación con el presupuesto liquidado y consolidado (Capítulos 1,2,4,6 y 7) del Ayuntamiento. Fuente: Ayuntamientos (Intervención).</li> </ul>	
<b>Valor medio del indicador 2009:</b> 4,4%	<b>Municipios participantes (mayores de 10.000 hab.):</b> 53
<b>Valor de referencia (bench):</b> De 4% a 5%	

Los indicadores objeto de análisis y comparación en el ámbito de los Servicios Sociales se recogen en las siguientes tablas, diferenciadas en función de la dimensión analizada y del tipo de servicio considerado. Para cada uno de ellos se indica el resultado correspondiente a 2009 y, cuando ha sido determinado, el valor *bench* o patrón establecido como deseable u objetivo.



Cuadro 2. Indicadores relativos a los Servicios sociales básicos en el modelo CCI

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
Encargo político/estratégico	<i>Adequar el servicio a la demanda ciudadana</i>	Peso de los Servicios Sociales sobre el presupuesto municipal	Este indicador calcula el porcentaje que supone el gasto en Servicios Sociales Básicos, sobre el total de los gastos del presupuesto municipal. Muestra la importancia relativa otorgada a los Servicios Sociales, respecto al presupuesto total del ayuntamiento.	4,4%	De 4 a 5%
		Peso de los Servicios Sociales en el presupuesto municipal de gasto corriente	Este indicador mide el peso del gasto corriente en Servicios Sociales Básicos respecto al Presupuesto corriente municipal.	5,3%	
Usuario/Cliente	<i>Ofrecer un servicio accesible a los usuarios</i>	% de quejas y reclamaciones hechas por los usuarios	Este indicador recoge el grado de satisfacción de los usuarios respecto la atención recibida por parte de los Servicios Sociales Básicos (Equipos básicos de atención social primaria, Servicios sociales de atención domiciliaria, Centros abiertos y Centros residenciales de estancia limitada).	0,4%	
Valores organizativos/ Recursos humanos	<i>Ofrecer un servicio de calidad (modelo de gestión)</i>	% de mandos respecto los profesionales de SSB	Este indicador mide el peso de la dirección en la estructura organizativa los Servicios Sociales Básicos.	10,0%	
		% de personal de apoyo respecto a los profesionales de los SSB	Este indicador mide el peso del personal de apoyo en la estructura organizativa de los Servicios Sociales Básicos	18,0%	
		% de personal mujer con mando respecto al total de mandos	Este indicador mide el peso de las mujeres en los cargos de coordinación y gestión en la estructura organizativa de los Servicios Sociales Básicos	85,5%	
		% de personal mujer respecto al total de profesionales de los SSB	Este indicador mide el peso de las mujeres respecto todas las plazas de profesionales (personal de mando, personal de apoyo y personal de atención directa) de cualquiera de los servicios de Servicios Sociales Básicos.	85,8%	
Economía	<i>Disponer de los recursos adecuados</i>	Peso de la estructura dentro del presupuesto municipal de SSB (%)	Este indicador muestra el gasto en estructura presupuestaria de los Servicios Sociales Básicos	11,5%	
	<i>Financiar adecuadamente el servicio</i>	% de autofinanciación por tasas y precios públicos	Este indicador muestra el porcentaje de los gastos corrientes del SSB que son financiados con tasas y precios públicos. Es una valoración del peso de los ingresos aportados por los usuarios en la financiación del servicio y una muestra del grado de autofinanciación del SSB.	1,8%	

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
		% de financiación por aportación de otras instituciones	Este indicador recoge el porcentaje de los gastos corrientes del SSB que son financiados con aportaciones de otras instituciones. Es una valoración del peso de los ingresos procedentes de instituciones diferentes de la municipal y una muestra del grado de autofinanciación del servicio.	44,8%	
		% de financiación por parte del Ayuntamiento	Este indicador establece el porcentaje de los gastos corrientes del SSB que son financiados con aportación municipal. Es una aproximación al grado de financiación municipal del servicio.	53,3%	

Cuadro 3. Indicadores relativos a los Equipos Básicos de Atención Social en el modelo CCI

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
Encargo político/ estratégico	<i>Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura general)</i>	Número de habitantes por cada Educador/a social en activo	Este indicador mide la dotación de recursos humanos (educadores/as sociales) del EBAS, en relación con la población destinataria. Es una aproximación al nivel de calidad del servicio (EBAS).	8.737 hab.	7.500 hab.
		Número de habitantes por cada Trabajador/a social en activo	Este indicador mide la dotación de recursos humanos (trabajadores/as sociales) del EBAS en relación con la población destinataria. Es una aproximación al nivel de calidad del servicio (EBAS).	5.142 hab.	5.000 hab.
		Número de personas usuarias atendidas en EBAS por cada 1.000 habitantes	Este indicador mide la cobertura de la población por parte de los Equipos Básicos de Atención Social ya que recoge el número de usuarios/as atendidos por los Equipos Básicos de Atención Social por cada 1.000 habitantes residentes en el municipio.	131‰	100/usuarios/1.000 hab.
	<i>Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura colectivos específicos)</i>	% de personas usuarias extranjeras atendidas sobre el total de personas usuarias atendidas en EBAS	Este indicador es el porcentaje de usuarios/as de los EBAS que tienen nacionalidad diferente a la española e identifica el perfil de la población atendida por los Equipos Básicos de Atención Social en cuanto a necesidades específicas de integración y multiculturalidad.	22%	
		% de personas usuarias extranjeras atendidas en EBAS sobre el total de extranjeros residentes en el municipio	Este indicador muestra el porcentaje de usuarios/as extranjeros de los EBAS, respecto al colectivo de residentes extranjeros del municipio. Identifica el perfil de la población atendida por los Equipos Básicos de Atención Social Primaria y su cobertura respecto a este colectivo.	18%	
		Número de beneficiarios de RMI por cada 1.000 habitantes	Este indicador calcula el número de personas beneficiarias de Renta Mínima de Inserción por cada 1.000 habitantes y es una aproximación al grado de necesidad económica de la población.	9,6‰	
		Número de personas usuarias con PIA aprobado por cada 1.000 habitantes	Este indicador calcula el número de personas usuarias del EBAS con Plan Individual de Atención (PIA) activo por cada 1.000 habitantes, y es una aproximación al grado de atención e incidencia de las situaciones de dependencia.	12,5‰	
	<i>Utilizar los recursos adecuadamente</i>	Personas usuarias del servicio de EBAS por profesional	Este indicador relaciona el número de personas atendidas por los Equipos Básicos de Atención Social con los recursos humanos de que dispone el servicio. Es una aproximación a la carga de trabajo de los/las profesionales.	423	250/usuarios/profesional

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
Usuario/ Cliente	<i>Ofrecer un servicio accesible a los usuarios</i>	Tiempo medio transcurrido (días) entre petición y primera visita en EBAS	Este indicador recoge la media de días naturales que transcurren entre las solicitudes de atención y las primeras acogidas por parte de los Equipos Básicos de Atención Social. Informa sobre la capacidad de reacción del servicio municipal para prestar una primera atención a las personas demandantes.	21 días	7 días naturales
		% de primeras visitas fallidas sobre el total de primeras visitas programadas en EBAS	Este indicador mide qué porcentaje de las primeras visitas programadas no se realizan porque el usuario no asiste. Es una aproximación al grado de expectativa de los/las usuarios/as respecto del Servicio de Atención Social.	17%	0%
		% PIA realizado el año en curso sobre PIA a gestionar	Este indicador recoge qué proporción de los Planes Individuales de Atención (PIA) a gestionar por el EBAS durante el año de estudio se han conseguido realizar en el período. Expresa, pues, la capacidad de resolución de PIA que ha conseguido el EBAS.	81,6%	
		Tiempo medio transcurrido (días) entre petición y primera visita en EBAS	Este indicador recoge la media de días naturales que transcurren entre las solicitudes de atención y las primeras acogidas por parte de los Equipos Básicos de Atención Social. Informa sobre la capacidad de reacción del servicio municipal para prestar una primera atención a las personas demandantes.	21 días	7 días naturales
Valores organizativos/ Recursos humanos	<i>Satisfacer a los/as trabajadores/as</i>	Sueldo bruto base de un/a Educador/a social al año (euros)	Este indicador mide el salario bruto del puesto de trabajo de un educador/a social de EBAS. Es un factor que incide en la satisfacción de los/las trabajadores/as del EBAS.	29.571 €	
		Sueldo bruto base de un/a Trabajador/a social al año (euros)	Este indicador mide el salario bruto del puesto de trabajo de un trabajador/a social del EBAS. Es un factor que incide en la satisfacción de los/las trabajadores/as del EBAS.	29.717 €	
	<i>Promover un clima laboral positivo para los/as trabajadores/as</i>	% de horas de baja sobre horas de convenio de todo el personal de los EBAS	Este indicador es el porcentaje de horas de baja de todo el personal de los EBAS, respecto a las horas ordinarias previstas por convenio. Es un elemento para analizar el clima laboral del servicio (EBAS).	5,2%	
	<i>Mejorar las habilidades de los/as trabajadores/as</i>	Horas anuales de formación por profesional de EBAS	Este indicador identifica la duración y/o intensidad de la formación que reciben los/las profesionales de EBAS. Es una aproximación al esfuerzo municipal para garantizar una formación continuada a los/las trabajadores/as y educadores/as sociales de los EBAS	28 horas	40-50 horas anuales

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
		% de profesionales que han participado en supervisión externa de casos	Este indicador mide el porcentaje de profesionales (educadores/as sociales y trabajadores/as sociales) que han participado en la supervisión externa de casos y es una aproximación al esfuerzo municipal de apoyo a los profesionales en el desarrollo de su tarea.	78%	100%
Economía	<i>Disponer de los recursos adecuados</i>	Gasto corriente del Servicio de EBAS por habitante	Este indicador muestra el gasto corriente de los Equipos Básicos de Atención Social por habitante y el esfuerzo municipal respecto uno de los servicios centrales de los Servicios Sociales.	18,9 €	16 € -18 €
		Peso del servicio (EBAS) dentro del presupuesto de los Servicios Sociales Básicos (SSB)	Este indicador calcula el porcentaje que supone el gasto corriente del EBAS, sobre el total de los gastos corrientes del presupuesto de Servicios Sociales Básico (SSB). Muestra la disponibilidad de recursos para los EBAS en relación con el resto de Servicios Sociales Básicos.	43,6%	40%-50%
	<i>Financiar adecuadamente el servicio</i>	% de autofinanciación por tasas y precios públicos	Este indicador muestra el porcentaje de los gastos corrientes del EBAS que son financiadas con tasas y precios públicos. Es una valoración del peso de los ingresos aportados por los usuarios en la financiación del servicio y una muestra del grado de autofinanciación del EBAS.	0,0%	
		% de financiación por aportaciones de otras instituciones	Este indicador recoge el porcentaje de los gastos corrientes del EBAS que son financiados con aportaciones de otras instituciones. Es una valoración del peso de los ingresos procedentes de instituciones diferentes de la municipal y una muestra del grado de autofinanciación del servicio.	40,1%	
		% de financiación por parte del Ayuntamiento	Este indicador establece el porcentaje de los gastos corrientes del EBAS que son financiados con aportación municipal. Es una aproximación al grado de financiación municipal del servicio.	59,9%	
	<i>Ofrecer el servicio a unos costes unitarios adecuados</i>	Gasto corriente del servicio EBAS por usuario/a	Este indicador muestra el gasto corriente por usuario, es decir, el gasto unitario por usuario/a de los Equipos Básicos de Atención Social.	144 €	200 € - 240 €

Cuadro 4. Indicadores relativos a los servicios sociales de atención domiciliaria en el modelo CCI

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
Encargo político/ estratégico	<i>GENERAL</i>				
	<i>Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura)</i>	% de usuarios/as de los SSAD de 65 años y más sobre habitantes del mismo tramo	Este indicador es el porcentaje de personas de 65 años o más que son usuarias de los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria. Identifica el grado de cobertura de la población municipal incluida en este tramo de edad.	11,6%	8%-10%
		% de usuarios/as de los SSAD de 75 años y más sobre los habitantes del mismo tramo	Este indicador es el porcentaje de personas de 75 años o más que son usuarias de los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria. Identifica el grado de cobertura de la población municipal incluida en este tramo de edad.	19,9%	
	<i>SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</i>				
	<i>Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura)</i>	Número de usuarios/as de ayuda domiciliaria por cada 1.000 habitantes	Este indicador es una aproximación al grado de cobertura del servicio de ayuda domiciliaria sobre la población.	7,6‰	7‰
		% de usuarios/as del servicio de ayuda domiciliaria de 65 años y más sobre habitantes del mismo tramo	Este indicador es el porcentaje de personas de 65 años o más que son usuarias del servicio de ayuda a domicilio. Identifica el grado de cobertura del servicio sobre la población municipal incluida en este tramo de edad.	3,9%	4%
		Horas mensuales de prestación de ayuda domiciliaria por usuario/a	Este indicador mide la media mensual de horas de ayuda domiciliaria que recibe un usuario, de manera que permite observar la intensidad del servicio prestado.	13,7 h/mes	16-22 h/mes
		Horas mensuales de prestación de ayuda domiciliaria por usuario/a	Este indicador mide la media mensual de horas de ayuda domiciliaria que recibe un usuario, de manera que permite observar la intensidad del servicio prestado.	13,7 h/mes	16-22 h/mes
		% de personas usuarias con PIA que contemple SAD	Este indicador mide la proporción de personas con Plan Individual de Atención (PIA) que contemple el servicio de ayuda a domicilio con respecto todas las personas con PIA aprobado activo en el municipio. Cuantifica pues, el grado de otorgamiento del servicio de ayuda a domicilio en los PIA municipales.	19%	
	<i>SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA</i>				

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
	<i>Adecuar el servicio a la demanda ciudadana (cobertura)</i>	% de usuarios/as de aparatos de teleasistencia de 65 años y más sobre habitantes del mismo tramo	Este indicador es el porcentaje de personas de 65 años y más que son usuarias de aparatos de teleasistencia. Identifica el grado de cobertura del servicio sobre la población municipal incluida en este tramo de edad.	9,4%	de 7% a 10% hab. de 65 años y más
Usuario/ Cliente	<i>SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</i>				
	<i>Ofrecer un servicio accesible a los usuarios</i>	Tiempo medio (días) transcurrido entre solicitud y prestación del servicio de ayuda domiciliaria	Este indicador recoge la media de días naturales que transcurren entre la solicitud y la prestación del servicio de ayuda a domicilio. Informa sobre la capacidad de reacción del servicio municipal para atender la demanda y, por tanto, es una indicación de la lista de espera.	23 días	7 días naturales
	<i>SERVICIO DE TELEASISTENCIA DOMICILIARIA</i>				
	<i>Ofrecer un servicio accesible a los usuarios</i>	Tiempo medio (días) entre solicitud y prestación del servicio de teleasistencia	Este indicador recoge la media de días naturales que transcurren entre la solicitud y la prestación del servicio de teleasistencia. Informa sobre la capacidad de reacción del servicio municipal para atender la demanda y, por tanto, es una indicación de la lista de espera.	84 días	15 días naturales
Valores organizativos/ Recursos humanos	<i>Promover un clima laboral positivo para los/as trabajadores/as</i>	% de horas de baja sobre horas de convenio de todo el personal de los SSAD	Este indicador es el porcentaje de horas de baja de todo el personal de los SSAD, respecto a las horas ordinarias previstas por convenio. Es un elemento para analizar el clima laboral del servicio (SSAD).	9,9%	
	<i>SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</i>				
	<i>Mejorar las habilidades de los trabajadores/as</i>	Horas anuales de formación por trabajador/a familiar propio/a	Este indicador es una aproximación de la duración y/o intensidad de la formación que reciben los trabajadores/as familiares propios.	21 horas	De 40 a 50 horas
% De horas anuales de formación por hora contratada de trabajador/a familiar externo/a		Este indicador mide la duración y/o intensidad de la formación que reciben los trabajadores/as familiares externos/as y, además de una medida de satisfacción de los trabajadores/as, también es una medida de la calidad del servicio contratado externamente.	1,3%		
Economía	<i>Disponer de los recursos adecuados</i>	Gasto corriente del SSAD por habitante	Este indicador mide el gasto corriente por habitante, es decir, el gasto medio de los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria por habitante.	13,6 €	15 €
		Peso de los SSAD dentro del presupuesto de los SSB (%)	Este indicador calcula el porcentaje que supone el gasto corriente de los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria sobre el total de los gastos corrientes de los Servicios Sociales Básicos.	32,0%	20%-30%

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
<i>Financiar adecuadamente el servicio</i>	% de autofinanciación por tasas y precios públicos	Este indicador muestra el porcentaje de los gastos corrientes del SSAD que son financiadas con tasas y precios públicos. Es una valoración del peso de los ingresos aportados por los usuarios en la financiación del servicio y una muestra del grado de autofinanciación del SSAD.	5,6%	
	% de financiación por aportaciones de otras instituciones	Este indicador recoge el porcentaje de los gastos corrientes del SSAD que son financiados con aportaciones de otras instituciones. Es una valoración del peso de los ingresos procedentes de instituciones diferentes de la municipal y una muestra del grado de autofinanciación del servicio.	52,5%	
	% Financiación por parte del ayuntamiento	Este indicador establece el porcentaje de los gastos corrientes del SSAD que son financiados con aportación municipal. Es una aproximación al grado de financiación municipal del servicio.	41,9%	
<i>SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO</i>				
<i>Ofrecer el servicio a unos costes unitarios adecuados</i>	Media anual del coste por hora del servicio de ayuda a domicilio externalizado	Este indicador es una aproximación al gasto económico de la prestación externalizada del servicio de ayuda a domicilio.	15,9 €	17 €-19 €



Cuadro 5. Indicadores relativos a los Centros Abiertos en el modelo CCI

	OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	VALOR 2009	BENCH
Encargo político/ estratégico	<i>Adeguar el servicio a la demanda ciudadana</i>	% de personas usuarias de Centros Abiertos sobre personas usuarias de EBAS de entre 6 y 16 años	Este indicador mide el grado de cobertura del servicio de Centros Abiertos, respecto a la población objetivo.	1,5%	
		Tasa de ocupación de Centros Abiertos al año	Este indicador recoge la tasa de ocupación de los Centros Abiertos durante el año, y por tanto, refleja la capacidad de los Servicios Sociales para mantener cubierta la oferta de plazas de los centros del municipio, adecuándola a la demanda de este tipo de servicios.	117%	
Usuario/ Cliente	<i>Ofrecer un servicio accesible a los usuarios</i>	Horas semanales de asistencia al CA por persona usuaria	Este indicador recoge la media de horas de asistencia al CA por persona usuaria. Informa sobre la intensidad del servicio de Centro Abierto, entendiendo que este es uno de los factores más relevantes para medir la calidad de esta prestación.	8 horas	
zati- vos/Rec ursos	<i>Promover un clima laboral positivo para los/as trabajadores/as</i>	Plazas de CA por profesional	Este indicador mide el número de plazas de Centro Abierto que procedan para cada profesional asignado a los centros. Aporta información sobre la suficiencia de profesionales para desarrollar adecuadamente la finalidad del servicio.	13	
Econo- mía	<i>Disponer de los recursos adecuados</i>	Gasto corriente anual por habitante de entre 6 y 16 años	Este indicador refleja el esfuerzo municipal en la atención dirigida al colectivo infantil y adolescente.	20 €	
	<i>Ofrecer el servicio a unos costes unitarios adecuados</i>	Gasto corriente anual por usuario	Este indicador muestra el esfuerzo municipal en la dotación de recursos para atender una plaza de Centro Abierto.	1.280 €	

La mayor parte de los indicadores son específicos del ámbito de los Servicios Sociales y han sido diseñados ex profeso para su utilización en este ámbito. Existe sin embargo una serie de indicadores de carácter transversal que se aplican a todos los servicios municipales y que permiten no sólo realizar comparaciones intermunicipales sino, además, realizar comparaciones intersectoriales, ya sea en el marco de un municipio concreto, ya sea en relación al conjunto de los ayuntamientos. En concreto, se trata de seis indicadores de la dimensión de Valores Organizativos / Recursos Humanos (% de gestión directa, % de gestión indirecta, % de horas de baja, salario bruto de una categoría profesional relevante en el servicio, horas de formación por trabajador y % de mujeres sobre el total de profesionales del servicio), y de cinco indicadores de la dimensión Económica (gasto corriente por habitante, % de gasto corriente sobre el presupuesto corriente municipal, % de autofinanciación por tasas y precios públicos, % de financiación por parte de otras administraciones y % de financiación por parte del ayuntamiento).

### 3.2.3. Determinación de los objetivos

Como se observa en las tablas anteriores, sólo una pequeña parte de los indicadores cuentan con un patrón o *bench*. Los criterios seguidos para su determinación han sido los siguientes:

- En el caso del número medio de habitantes por cada trabajador social, el valor *bench* se ha fijado de acuerdo con la ratio de profesionales establecida en la Cartera de Servicios Sociales 2008-2009 para el Servicio básico de atención social (3 trabajadores/as sociales para cada 15.000 habitantes).
- En el caso del número de habitantes por cada educador/a social, el valor *bench* se ha fijado de acuerdo con la ratio de profesionales establecida en la Cartera de Servicios Sociales 2008-2009 para el Servicio básico de atención social (2 educadores/es sociales para cada 15.000 habitantes).
- En cuanto a las cargas de trabajo, el *bench* se establece en 250 personas usuarias por profesional.
- En lo que se refiere a las coberturas, se establece como patrón una cobertura de entre el 8% y el 10% de la población mayor de 65 años para el SSAD, del 4% para el SAD y de entre el 7% y el 10% para la teleasistencia. En este caso, el valor *bench* se ha fijado de acuerdo con la Disposición adicional segunda de la Ley 12/2007, de Servicios Sociales, que establece el nivel de objetivos de las prestaciones garantizadas en la Cartera de servicios sociales 2008-2009.

- En lo que se refiere a la intensidad del SAD, el bench se establece entre 16 y 20 horas mensuales por persona usuaria.
- El valor *bench* para el tiempo medio entre petición y primera visita al EBAS se establece en siete días.
- El valor bench para las horas anuales de formación se establece entre 40 y 50 horas anuales por profesional, y el correspondiente a la proporción de profesionales EBAS que reciben supervisión externa en el 100%.
- El valor bench relativo al gasto corriente del servicio EBAS por habitante se establece entre 16 y 1 euros y el gasto corriente del SSAD en 15.

#### 3.2.4. Difusión y utilización de los resultados

El estudio IGSM es un instrumento de ayuda a la toma de decisiones dentro del ámbito de la gestión de los servicios públicos locales que la Diputación de Barcelona ofrece gratuitamente a los municipios mayores de 10.000 habitantes de la provincia. El estudio IGSM consiste en un informe elaborado y publicado por el Servicio de Programación que se edita individualmente para cada municipio, y que no se difunde públicamente. La característica más importante del informe IGSM es que ofrece a los municipios participantes una evolución de sus indicadores de gestión de servicios de forma comparada con los indicadores de la media del conjunto de municipios que participan. Este informe se remite con una periodicidad anual a los alcaldes e interventores de los municipios mayores de 10.000 habitantes de la provincia de Barcelona que participan, siendo el único requisito para recibirlo haber participado en alguno de los Círculos de los servicios analizados. Una de las características del sistema es, por tanto, la confidencialidad de los resultados individuales, ya que los informes que se publican sólo ofrecen, para cada uno de los indicadores, los resultados medios (desagregados, en todo caso, en función del tamaño poblacional del municipio).

Además de las fases de diseño y medición de los indicadores, la metodología de los CCI incorpora una fase de evaluación, una fase de mejora y una fase de comunicación e implementación.

- La fase de evaluación consiste en la elaboración de un informe con los indicadores de cada municipio, destacando los valores más significativos. Así, para cada indicador se calcula la media, destacándose los valores de los municipios (en verde: los valores co-

mo mínimo un 50% por encima la media del conjunto de municipios; en naranja: los valores como mínimo un 50% por debajo la media del conjunto de municipios). Adicionalmente, se elabora un Cuadro Resumen Individual, para cada municipio, comparando los valores del municipio con la media del Círculo.

De la misma manera que en el informe intermunicipal, se destacan los valores específicamente significativos (que están el 50% por encima o por debajo la media). A partir de estos valores, así como de otros que puedan ser significativos, se realiza por parte de la Diputación de Barcelona un primer borrador de identificación de los puntos fuertes y oportunidades de mejora de cada municipio, el cual se remite a los participantes del Círculo. En un nuevo taller de intercambio, cada municipio valida el primer borrador de puntos fuertes y oportunidades de mejora, y explica sucintamente al resto de municipios el conjunto de los resultados de su municipio.

- A continuación, y durante este taller de intercambio recién mencionado, se trabaja para identificar mejoras que se puedan realizar en la prestación del servicio municipal. Se trata de un taller eminentemente práctico y participativo, que da pie a replantearse cómo se ofrece y se gestiona el servicio, a la vez que facilita el intercambio de experiencias y la transferencia de conocimientos
- Una vez identificadas las acciones de mejora, hay que comunicar a la organización que estas acciones se plantean llevar a cabo. Esta comunicación la realiza cada uno de los responsables municipales, tanto a su equipo de trabajo como a sus superiores.

### 3.2.5. Indicadores de calidad en el ámbito de la atención secundaria de la Generalitat de Cataluña

Además del modelo de los CCI, Cataluña cuenta con un sistema de indicadores de calidad para la gestión de centros de atención secundaria promovido por el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials*, dependiente de la Generalitat de Catalunya. Este sistema no tiene vinculación alguna con el modelo de los CCI, pero cabe pensar que juega respecto a éste un papel complementario. La colección ha sido elaborada por la Subdirección General de Programación y Evaluación del ICASS y por el Instituto Universitario Avedis Donabedian. Hasta el momento, el ICASS ha publicado ocho guías de indicadores de calidad:

- Indicadors de qualitat: clubs socials d'atenció a persones amb malaltia mental (2009)
- Indicadors de qualitat: llars residència i pisos amb suport per a persones amb sida (2009)

- Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències (2009)
- Indicadors de qualitat: serveis de centres de dia per a gent gran (2010)
- Indicadors de qualitat: serveis residencials assistits per a gent gran (2010)
- Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport extens o generalitzat (2010)
- Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat intel·lectual amb necessitat de suport extens o generalitzat (2010)
- Indicadors de qualitat: serveis prelaborals per a persones amb malaltia mental (2010)

En todos los casos, los indicadores de evaluación se agrupan en una serie de dimensiones, si bien estas dimensiones se modifican en función del tipo de servicio analizado. Cada indicador, por otra parte, se relaciona con un área relevante de la atención y con una serie de dimensiones de la calidad de vida (derechos, inclusión social, autodeterminación, bienestar físico, desarrollo personal, bienestar material, relaciones interpersonales y bienestar emocional), de acuerdo con el modelo desarrollado por Schalock y Verdugo. En el caso de los centros de día, por ejemplo, las dimensiones básicas son las siguientes:

- Atención a la persona usuaria del Centro de Día;
- Atención y apoyo a la familia;
- Relaciones y aspectos éticos de la atención;
- Coordinación y continuidad de la atención;
- Aspectos organizativos del Centro de Día;

Los indicadores, a su vez, se articulan en torno a una serie de áreas de trabajo. En el caso de los centros de día, las áreas de trabajo son en total 18:

- Valoración integral;
- Plan Interdisciplinar de Atención individualizada;
- Promoción de la autonomía;
- Uso de la medicación;
- Seguridad de las personas usuarias;
- Nutrición;
- Protocolos de atención;
- Atención a la familia;
- Apoyo en el domicilio;
- Información a la familia;

- Participación de las personas usuarias;
- Satisfacción de las personas usuarias y de las familias;
- Aspectos éticos;
- Continuidad de la atención;
- Documentación relativa a la atención;
- Competencias laborales;
- Formación continuada;
- Competencia cultural de los profesionales.

En el marco de esta iniciativa, los indicadores se definen como instrumentos de medida que permiten expresar cuantitativamente aspectos de la atención y/o del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, aspectos relacionados con la mejora de la organización y la gestión del centro y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada. Cada indicador incorpora una serie de elementos:

- Dimensión: aspecto genérico que se valora;
- Área relevante: aspecto específico que se valora;
- Criterio: elemento de buena práctica;
- Nombre del indicador: nombre y enunciado del elemento que se quiere medir;
- Justificación del indicador: explicación de los motivos y de la razón de ser del indicador;
- Fórmula: expresión en forma matemática para la cuantificación del indicador. Habitualmente se trata de la relación entre un numerador y un denominador, pero también puede expresarse como una frecuencia absoluta;
- Definición de términos: explicación de los conceptos y elementos de medida incluidos en el denominador y el numerador del indicador;
- Población: incluye la definición de la población a la que se refiere cada indicador, y especifica los criterios de inclusión y exclusión de la población considerada;
- Fuente de datos: explicación del origen de la información;

- Tipo: en este apartado se especifica si el indicador es de proceso, de estructura o de resultado;
- Dimensión de calidad de vida a la que hace referencia
- Estándar: especificación del nivel de calidad deseado
- Comentarios y aclaraciones

La tabla siguiente recoge, a título de ejemplo, los indicadores establecidos para los centros de día<sup>6</sup>:

---

<sup>6</sup> Por cuestiones de espacio, se incluyen únicamente en este informe, a título orientativo, los indicadores relativos a los centros de día, si bien es preciso recordar que existen indicadores para hogares y pisos asistidos para personas con VIH, comunidades terapéuticas y pisos de apoyo a personas con drogodependencias, clubes y servicios prelaborales para personas con enfermedad mental, residencias para personas con discapacidad física e intelectual y para personas mayores, etc.

Cuadro 6. Indicadores relativos a los Centros de Día en las guías de indicadores de la Generalitat

Núm.	Área relevante	Indicador	Dimensiones calidad de vida								Atención integral	Aspectos organizativos	
			Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación	Inclusión social	Derechos			
1	Valoración integral	Las personas usuarias son valoradas de manera integral al inicio de la atención y periódicamente.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2	Valoración integral	Las personas usuarias son valoradas utilizando escalas validadas y/o de consenso para identificar la situación inicial y la evolución en las áreas funcional, cognitiva y afectiva.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
3	Valoración integral	Las personas usuarias son valoradas considerando los principales riesgos para identificar la necesidad de establecer medidas preventivas.	x				x						
4	Valoración integral	Las personas usuarias tienen una valoración periódica de la calidad de vida percibida.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
5	Plan interdisciplinario de atención individualizada	Las personas usuarias tienen elaborado un plan interdisciplinario de atención individualizada (PIAI) actualizado.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
6	Plan interdisciplinario de atención individualizada	Las personas usuarias tienen un seguimiento periódico de la situación y/o estado funcional, cognitivo, emocional y relacional, así como de los síndromes geriátricos detectados.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
7	Promoción de la autonomía	El centro de día promueve la utilización de productos de apoyo para contribuir a la mejora de la autonomía de la persona con dependencia y/o discapacidad.	x			x	x	x			x		
8	Promoción de la autonomía	Las personas usuarias que pueden beneficiarse de medidas rehabilitadoras o de mantenimiento de funciones mantienen, mejoran o compensan su capacidad funcional.	x				x						
9	Promoción de la autonomía	El centro dispone de un programa integrado de actividades para la promoción de funciones.	x	x			x						
10	Promoción de la autonomía	El programa integrado de promoción de funciones del centro de día ofrece actividades grupales diferenciadas según las capacidades cognitivas que preservan las personas usuarias.	x	x		x	x						
11	Promoción de la salud	El centro de día ofrece un programa de envejecimiento saludable y activo.	x	x		x	x						
12	Uso de la medicación	El centro dispone de un sistema de registro que permite dejar constancia					x						



Núm.	Área relevante	Indicador	Dimensiones calidad de vida							Atención integral	Aspectos organizativos
			Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación	Inclusión social		
		por escrito de la medicación administrada a las personas usuarias y de las incidencias.									
13	Uso de la medicación	El centro dispone de un espacio seguro, vigilado y en condiciones para guardar la medicación.					x				
14	Seguridad de las personas usuarias	El centro tiene establecido un sistema de prevención y mejora de las incontinencias.	x				x				
15	Seguridad de las personas usuarias	El centro tiene en marcha un programa de prevención de caídas.					x				
16	Seguridad de las personas usuarias	La sujeción o contención mecánica de las personas usuarias se realiza de forma segura y únicamente cuando es estrictamente necesario.	x				x	x		x	
17	Seguridad de las personas usuarias	El centro tiene establecido un sistema de prevención de las lesiones por presión.					x				
18	Seguridad de las personas usuarias	El centro de día dispone de elementos preventivos para intentar evitar y/o disminuir la interacción de los riesgos, con la finalidad de garantizar un entorno seguro y adecuado a las personas usuarias.			x		x			x	
19	Nutrición	El centro dispone de un programa de atención nutricional adecuado para cubrir las necesidades de las personas usuarias.					x				
20	Protocolos de atención	El centro dispone de protocolos de atención.	x	x		x	x		x	x	x
21	Atención a la familia	El centro detecta si hay riesgo de claudicación familiar, negligencia y/o maltrato y lleva a cabo actividades para abordarlo.	x	x					x	x	
22	Atención a la familia	El centro ofrece un programa de atención a las familias de las personas usuarias.	x	x					x	x	
23	Ayuda a domicilio	Las personas usuarias que requieren continuidad de la atención en casa disponen de un plan de atención y de ayuda a domicilio elaborado conjuntamente con los/las profesionales del centro de día.	x	x			x	x			
24	Información a la familia	La familia y/o persona cuidadora principal de las personas usuarias recibe un informe de seguimiento con los temas básicos relacionados con la estancia de la persona en el centro de día.	x	x			x				
25	Participación de las personas usuarias	El centro promueve la participación activa de las personas usuarias en los procesos de toma de decisiones.						x		x	

Núm.	Área relevante	Indicador	Dimensiones calidad de vida							Atención integral	Aspectos organizativos	
			Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación	Inclusión social			Derechos
26	Satisfacción de las personas usuarias y de las familias	Las personas usuarias están satisfechas con la atención recibida en el centro.	x	x	x	x	x	x	x	x		x
27	Satisfacción de las personas usuarias y de las familias	El centro tiene definido el sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones.	x							x		x
28	Aspectos éticos	El centro desarrolla instrumentos que ayudan a garantizar el tratamiento de los temas éticos en la práctica diaria.	x					x		x		
29	Continuidad de la atención	El centro tiene definida la sistemática de coordinación y de mejora de la continuidad de la atención entre el centro de día y los dispositivos con los que se relaciona.									x	x
30	Documentación de la atención a la persona	Las personas usuarias tienen un expediente de atención actualizado.									x	
31	Competencias laborales	El centro dispone de una sistemática para evaluar de manera periódica las competencias laborales transversales y específicas de los/las profesionales de atención directa.										x
32	Formación continuada	El centro promueve la formación y mejora de las competencias de los/las profesionales con un programa de formación continuada.										x
33	Competencia cultural de los/las profesionales	El centro fomenta las competencias culturales de los/las profesionales en la atención a la persona y a la familia y/o referentes sociales y comunitarios.	x	x					x	x		x

Al margen de centrarse en los centros de atención secundaria, y no en las instituciones locales responsables de la prestación de los servicios sociales de atención primaria, las diferencias de este modelo con el de los CCI son numerosas:

- La elección de los indicadores se relaciona de forma explícita con un marco de atención basado en el concepto de la calidad de vida;
- Se trata de indicadores de aplicación interna, y no se da publicidad a los resultados obtenidos por cada centro;
- El resultado de los indicadores no se incorpora a un proceso grupal de mejora;
- Se establecen valores de referencia para todos los indicadores, si bien no se da cuenta del criterio seguido para su elección;
- Pese a que se ha realizado un esfuerzo por definir los indicadores de la forma más objetiva posible, mediante una fórmula matemática específica, algunos de los elementos incorporados a las definiciones pueden resultar difíciles de objetivar.

### *3.2.6. Conclusiones relativas a los modelos establecidos en Cataluña*

El modelo establecido en Cataluña resulta del máximo interés ya que cuenta, por una parte, con un sistema de indicadores de apoyo a la gestión de los servicios sociales municipales de atención primaria (CCI) y, por otro, con un sistema de indicadores para orientar la calidad asistencial en buena parte de los centros de atención secundaria.

El modelo de los círculos de comparación intermunicipal establecido en Barcelona presenta, desde el punto de vista de su aplicabilidad para la elaboración de un cuadro de mando de indicadores de calidad en la CAPV, una serie de características de gran interés:

- Supone una herramienta exclusivamente orientada a apoyar la gestión municipal de los Servicios Sociales, en el marco de una herramienta más amplia de apoyo a la gestión municipal.
- Se trata en ese sentido de una herramienta codiseñada por los municipios y exclusivamente orientada a la mejora de su gestión.

- El sistema se basa en indicadores estrictamente cuantitativos, enteramente derivados de los registros municipales, que permiten una definición y una comparabilidad relativamente sencilla. Muchos de los indicadores incluidos en el modelo se recogen ya a nivel de la CAPV, lo que permitiría una rápida adaptación del modelo al contexto vasco. Los indicadores, en muchos casos, se derivan de lo establecido en las herramientas de planificación, como el Mapa o la Cartera de Prestaciones.
- La metodología del sistema complementa la recogida y difusión de los datos con talleres participativos orientados a la búsqueda de soluciones para la mejora de los indicadores que, en cada municipio, registren un comportamiento peor.
- El sistema sólo utiliza los datos de entorno (estructura de población, densidad, tasa de paro, etc.) como referencia y no plantea indicadores relativos a la situación sociodemográfica de la población (como por ejemplo tasa de pobreza, incidencia de la desprotección, etc.).
- El sistema establece en muy pocos casos valores ideales de referencia, que en casi todos los casos recogen lo establecido en la normativa o en la planificación.
- El sistema incorpora indicadores que evalúan el derecho de acceso a los servicios sociales, cometido que, en Euskadi, la ley atribuye a la Alta Inspección.

Entre los inconvenientes o debilidades del sistema, desde la perspectiva de la CAPV, cabe señalar los siguientes:

- Sólo tiene en cuenta los servicios municipales y/o de atención primaria, mientras que la calidad de los centros de atención secundaria se regula mediante otros mecanismos con los que el sistema no mantiene ninguna vinculación. Este modelo, a su vez, resulta de interés para la creación de un modelo de indicadores orientado a la calidad en la prestación de los servicios de atención secundaria, desde un enfoque de calidad de vida. En ese sentido, frente a los indicadores de gestión municipal de los CCI, el modelo de la Generalitat apuesta por los indicadores de calidad en la prestación de servicios especializados, desde un enfoque basado en la calidad de vida y exclusivamente orientado a la calidad asistencial.
- Participa en el sistema una parte reducida del total de municipios barceloneses.

- La difusión de los datos se limita a las medias, sin que el conjunto de la población pueda conocer los datos específicos relativos a cada ayuntamiento.

### 3.3. La experiencia inglesa: diez años de evolución

#### 3.3.1. Introducción

El Reino Unido y, más concretamente, Inglaterra, cuenta con una amplísima experiencia en lo que se refiere al establecimiento y a la gestión de sistemas de indicadores de calidad en el ámbito de los Servicios Sociales. De hecho, desde finales de los años 90 hasta la actualidad, pueden citarse al menos tres modelos distintos de indicadores –en algunos casos aplicados de forma sucesiva, en otros de forma solapada– que contienen información de interés relativa al ámbito de los Servicios Sociales. Todos ellos tienen, en cualquier caso, como denominador común su clara orientación hacia el impulso y la supervisión de los resultados obtenidos por las administraciones locales inglesas y/o británicas<sup>7</sup> en el cumplimiento de sus competencias (ya sean en el ámbito específico de los Servicios Sociales, ya sea en lo que se refiere al conjunto de sus atribuciones). Otra de las características de los diversos modelos aplicados en el Reino Unido es que han ido siempre de la mano de un sistema relativamente sólido de acreditación, inspección y control de la calidad en la prestación de los servicios de atención directa mediante entidades específicas (como *el Social Services Inspectorate* o, más adelante, la *Comission for Social Care Inspection*) que han establecido, y velado por la aplicación de, una serie de requisitos y estándares mínimos de calidad en la provisión de servicios de atención directa.

En el marco de este informe, para describir los elementos más significativos del modelo inglés se ha optado por una descripción cronológica, detallando los distintos modelos que se han ido aplicando desde finales de los años 90, con especial atención al sistema introducido en 2010 por el nuevo Gobierno conservador.

---

<sup>7</sup> Al hablar de las administraciones locales británicas hay que señalar que el tamaño medio de las *Local Authority* ronda los 350.000 habitantes, y que difieren por lo tanto en gran medida en términos demográficos de los municipios de la CAPV o del Estado español.

### 3.3.2. Primera época: *Best Value Performance Indicators* y *Social Services Performance Assessment Framework*

Entre 1999 y 2007 conviven en el Reino Unido dos modelos de indicadores, en gran medida complementarios, relativos a la prestación de Servicios Sociales por parte de las autoridades locales. Se detallan a continuación, brevemente, las características de cada una de ellos:

#### a) El sistema Best Value

A partir de la aprobación de la Ley Municipal de 1999, para el conjunto del Reino Unido, se establece con carácter general un sistema basado en los llamados *Best Value Performance Indicators* (BVPI), mediante los cuales se pretende fomentar en la administración local una cultura que favorezca la buena gestión y una provisión de servicios eficiente, efectiva y económica, que responda a las necesidades de la ciudadanía. El modelo establece un total de 94 indicadores, que derivan de una serie de pactos o acuerdos alcanzados entre la administración central y la local para la prestación de determinados servicios públicos en el ámbito competencial local. El sistema recoge una serie de criterios mínimos de cumplimiento (*performance standards*), que deben obligatoriamente ser alcanzados por las diferentes autoridades municipales y cuyo incumplimiento acarrea consecuencias económicas<sup>8</sup>. Además de estos criterios, se establecen para algunos indicadores una serie de objetivos o *performance targets*, mediante los cuales se pretende orientar la acción de las administraciones locales en cada materia, estableciendo objetivos y referencias de mejora. Tales criterios pueden establecerse bien a nivel nacional, o bien a nivel regional, y se establecen, en general, en relación al resultado del conjunto de las autoridades analizadas (el objetivo de mejora se define, en ese sentido, como alcanzar los resultados medios del 25% de los municipios con mejores resultados). Cada administración local está obligada a publicar los resultados correspondientes a esos 94 indicadores, que deben además ser avalados por la *Audit Commission*<sup>9</sup>.

A partir del año 2001 se introdujo en el sistema una serie de indicadores relacionados con la percepción de los usuarios de los servicios respecto a la calidad de los mismos, así como la obligatoriedad de tener en cuenta, a la hora de recoger los diferentes datos, la realidad diferencial de las minorías étnicas, desagregando los datos en función de esa variable.

---

<sup>8</sup> Este tipo de indicadores, en cualquier caso, no se aplican al ámbito de los Servicios Sociales.

<sup>9</sup> Se trata de un organismo público, creado en 1983, encargado de la inspección y la auditoría de los servicios prestados por diversos organismos públicos ([www.audit-commission.gov.uk](http://www.audit-commission.gov.uk))

El modelo Best Value se complementa en 2002 con las llamadas *Comprehensive Performance Assessment* (CPA), mediante las cuales se analiza, con mucho mayor nivel de detalle y desde una perspectiva más cualitativa, el mapa de recursos y la calidad de los servicios prestados por cada autoridad municipal. Los CPA combinan el análisis de los indicadores *Best Value* con inspecciones, evaluaciones e informes específicos, a menudo de carácter cualitativo, realizados sobre el terreno y relativos a las diferentes autoridades locales.

El modelo Best Value divide los indicadores en ocho grandes áreas: salud laboral, educación, servicios sociales y de salud, vivienda, medio ambiente, cultura, seguridad y bienestar comunitario, e incendios. En ese marco, los indicadores relativos a los Servicios Sociales son doce, a los que habría que añadir seis indicadores adicionales relacionados con la atención a las personas sin hogar que se incluyen en el ámbito de la vivienda<sup>10</sup>. Cada indicador recoge la siguiente información:

- Descripción;
- Objetivo o finalidad;
- Definición;
- Fórmula matemática;
- Periodo de medición;
- Fuente de datos;
- Formato del indicador (porcentaje, número, etc.);
- Ámbito de determinación del objetivo, que puede ser local o nacional;
- Ámbito de aplicación, es decir, la escala territorial o administrativa a la que hace referencia el dato.

---

<sup>10</sup> La definición en el Reino Unido del concepto de persona sin hogar, en cualquier caso, es distinta a la del País Vasco, puesto que se centra más habitualmente en las personas con necesidades insatisfechas de vivienda, y no necesariamente en las personas sin techo.

La tabla siguiente recoge los indicadores tenidos en cuenta en el informe de 2005/2006:

**Cuadro 7. Indicadores relativos al sistema Best Value en el Reino Unido (2005/2006)**

Indicador	Descripción
<b>Servicios Sociales y Salud</b>	
BV49. Estabilidad en el alojamiento de los menores en acogimiento	Porcentaje de menores acogidos a 31 de marzo con tres o más emplazamientos diferentes en el último año.
BV.50 Cualificación educativa de los menores en acogimiento	Porcentaje de jóvenes que egresan del sistema de protección con 16 o más años con al menos un certificado de educación secundaria o de formación profesional
BV.161 Trabajo, educación y formación para los jóvenes que egresan del sistema de protección	Porcentaje de jóvenes que estaban acogidos a 1 de abril, en el año en el que cumplen 17 años, que reciben educación, formación o se encuentran trabajando a la edad de 19 años en relación al porcentaje de jóvenes de la población general que reciben educación, formación o se encuentran trabajando a la edad de 19 años.
BV.162 Revisiones de casos de protección infantil	Porcentaje de casos de protección infantil que son revisados con una frecuencia superior a la anual (que es la establecida obligatoriamente).
BV.163 Adopciones de menores en acogimiento	Número de menores que han dejado de estar acogidos durante el año como resultado de una adopción o una orden de guarda especial, entre el porcentaje del número de menores acogidos a 31 de marzo (excluidos los menores extranjeros no acompañados) que han sido acogidos durante seis o más meses a esa fecha.
BV197 Embarazos adolescentes	Cambio en el porcentaje de jóvenes entre 15 y 17 años embarazadas.
BV53 Atención a domicilio de carácter intensivo	Hogares que reciben atención domiciliaria con carácter intensivo por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años.
BV54 Personas mayores que reciben ayuda para vivir en su domicilio	Personas mayores que reciben ayuda para vivir en su domicilio por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años.
BV56 Ayudas técnicas y adaptaciones proporcionadas	Porcentajes de ítems de ayudas técnicas y adaptaciones realizadas en un intervalo de siete días laborables.
BV195 Tiempo de espera para la evaluación	Para los nuevos clientes mayores (mayores de 65 años), la media de <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) El porcentaje en el que el intervalo de tiempo entre el primer contacto hasta el inicio de la evaluación es menor o igual a 48 horas (es decir, dos días laborables)</li> <li>(ii) El porcentaje en el que el intervalo de tiempo entre el primer contacto hasta finalizar la evaluación es menor o igual a cuatro semanas (es decir, 28 días laborables)</li> </ul>
BV196 Tiempo de espera razonable para los paquetes de atención	Para los nuevos usuarios mayores de 65 años, porcentaje de quienes esperan más de cuatro semanas para la realización de un primer diagnóstico.
BV201 Pagos directos de los Servicios Sociales	Adultos o personas mayores que reciben pagos directos a 31 de marzo por cada 1.000 habitantes
<b>Vivienda</b>	
BV183a Duración de la estancia en alojamiento de corta estancia (pensión)	Duración media de estancia en un alojamiento de corta estancia (tipo pensión) de familias que se encuentran "sin techo" de una manera no intencionada y con una necesidad urgente.
BV183b Duración de la estancia en acogimiento temporal (albergue)	Duración media de la estancia en un albergue de aquellas familias que se encuentran "sin techo" de una manera no intencionada y con una necesidad urgente.
BV202 Número de personas que duermen en la calle	Número de personas que duermen en la calle en una noche en el área de una comunidad local.
BV203 Cambio en el número de familias en acogimiento temporal	Cambio en el porcentaje del número medio de familias alojadas en acogimiento temporal
BV213 Necesidades persistentes de vivienda	Número de hogares que se consideran a sí mismos "sin techo", que se ponen en contacto con los servicios de asesoramiento de vivienda de una comunidad local y cuya intervención permite resolver la situación.



Indicador	Descripción
BV214 Servicio de asesoramiento de vivienda: prevención de la falta de vivienda	Proporción de hogares admitidos oficialmente como “sin techo” que son admitidos en una comunidad local en el intervalo de los dos últimos años.

b) El sistema PAF

El sistema Best Value, que como acaba de señalarse era de carácter integral, convivió durante algunos años con el sistema de indicadores denominado *Social Services Performance Assessment Framework Indicators*, gestionado primero por el *Social Services Inspectorate* y, desde 2004, por la *Commission for Social Care Inspection*. El sistema se orienta de forma específica a las 150 autoridades locales británicas con responsabilidades en materia de atención social. Puesto en marcha en 1998, a partir del Libro Blanco *Modernizando los Servicios Sociales*, el sistema se divide en dos grandes áreas –indicadores para familias y niños/as e indicadores para personas adultas– y fue a lo largo del tiempo modificando el número y el contenido concreto de los indicadores.

Como se observa en la tabla siguiente, los indicadores se dividen en categorías, tanto para las familias y menores como para las personas adultas: acceso justo, calidad de los servicios para usuarios y cuidadores, eficacia en la provisión de servicios y en los resultados, coste y eficiencia, prioridades nacionales y objetivos estratégicos.

**Cuadro 8. Indicadores relativos al sistema PAF en Inglaterra (2002/03)**

Área	Indicador	Resultados 2002/2003
<b>Menores y familias</b>		
Prioridades nacionales y objetivos estratégicos	CF/A1 Estabilidad en los alojamientos de los menores en acogimiento	12%
	CF/A2 Cualificación educativa de los menores en acogimiento	43%
	CF/A3 Re-ingresos en el sistema de protección infantil	13%
	CF/A4 Trabajo, educación y formación para los jóvenes que egresan del sistema de protección a la edad de 19 años	49%
Coste y eficiencia	CF/B7 Menores en acogimiento familiar o que van a ser adoptados	81,7%
	CF/B8 Coste de los servicios para menores en acogimiento (gasto semanal medio por menor atendido/a)	£560
	CF/B9 Coste unitario de la atención en acogimiento residencial para menores (gasto semanal medio por menor atendido/a)	£1842
	CF/B10 Coste unitario para acogimiento familiar (gasto semanal medio por menor atendido/a)	£307
Eficacia	CF/C18 Sanciones, amonestaciones o condenas impuestas a menores atendidos/as en el sistema de protección infantil (porcentaje de menores de más de 10 años atendidos con sanciones, amonestaciones o condenas)	2.7

Área	Indicador	Resultados 2002/2003
	CF/C19 Salud de los menores en acogimiento (porcentaje de menores atendidos que han realizado una revisión dental y de salud general en el último año)	71.6%
	CF/C20 Revisiones de casos de protección infantil	97%
	CF/C21 Situaciones persistentes de desprotección (porcentaje de menores que abandonan el sistema de protección tras haber pasado al menos dos años en él)	8%
	CF/C22 Jóvenes en acogimiento familiar o que van a ser adoptados	97%
	CF/C23 Adopciones de menores en acogimiento	6.9%
	CF/C24 Menores en acogimiento con absentismo escolar	12%
Calidad de los servicios para usuarios y cuidadores	CF/D35 Estabilidad a largo plazo de los menores acogidos	51%
Acceso justo	CF/E44 Gasto en apoyo familiar (gasto realizado en menores en situación de riesgo en relación al conjunto del gasto en menores)	38%
	CF/E45 Origen étnico de los menores con necesidad de atención (ratio entre los menores de grupos minoritarios atendidos en el sistema de protección en relación al porcentaje de menores de grupos minoritarios en el conjunto de la población)	1.34
<b>Personas adultas</b>		
Prioridades nacionales y objetivos estratégicos	AO/A5 Admisiones hospitalarias de emergencia	+0.5%
	AO/A6 Re-admisiones psiquiátricas de emergencia	13.3%
Coste y eficiencia	AO/B11 Porcentaje de atención a domicilio intensiva en relación a la atención intensiva a domicilio y residencial	24%
	AO/B12 Coste de la atención social intensiva para adultos y para personas mayores (gasto medio semanal por persona atendida)	£421
	AO/B13 Coste unitario de la atención residencial para personas mayores (gasto medio semanal por persona atendida)	£360
	AO/B14 Coste unitario de la atención residencial para adultos con discapacidad intelectual (gasto medio semanal por persona atendida)	£658
	AO/B15 Coste unitario de la atención residencial para adultos con enfermedad mental (gasto medio semanal por persona atendida)	£441
	AO/B16 Coste unitario de la atención residencial para adultos con discapacidad física (gasto medio semanal por persona atendida)	£538
	AO/B17 Coste unitario de la atención a domicilio para adultos y personas mayores (gasto medio semanal por persona atendida)	£12.10
Eficacia en la provisión de servicios y en los resultados	AO/C26 Admisiones de residentes de 65 o más años que reciben apoyos en servicios de atención residencial (por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años)	100
	AO/C27 Admisiones de residentes de edades entre 18 y 64 años que reciben apoyos en servicios de atención residencial (por cada 1.000 habitantes de 18 a 64)	2.7
	AO/C28 Atención a domicilio intensiva (por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años)	10.3
	AO/C29 Adultos con discapacidad física que reciben ayuda para residir en su domicilio (por cada 1.000 habitantes de 18 a 64)	4.1
	AO/C30 Adultos con discapacidad intelectual que reciben ayuda para residir en su domicilio (por cada 1.000 habitantes de 18 a 64)	2.6
	AO/C31 Adultos con problemas de salud mental que reciben ayuda para residir en su domicilio (por cada 1.000 habitantes de	3.3

Área	Indicador	Resultados 2002/2003
	18 a 64)	
	AO/C32 Personas mayores que reciben ayuda para residir en su domicilio (por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años)	84
	AO/C33 Daños que se pueden evitar en personas mayores (admisiones hospitalarias de personas mayores de 75 años debidas a caídas e hipotermias)	21
	AO/C51 Tasa de beneficiarios de Pagos directos (prestaciones económicas para la adquisición de servicios)	23
Calidad de los servicios para usuarios y cuidadores	AO/D37 Disponibilidad de habitaciones individuales en los centros residenciales	93%
	AO/D38 Porcentaje de ítems de ayudas técnicas y adaptaciones, con un importe inferior a £1.000, proporcionadas en el plazo de tres semanas	91%
	AO/D39 Porcentaje de personas que cuentan con un plan de caso oficial que pone de manifiesto la necesidad de ayuda y cómo esta será proporcionada	86%
	AO/D40 Clientes que han sido o están siendo evaluados	51%
	AO/D41 Retrasos en la derivación desde un hospital de agudos (casos por 100.000 mayores de 65 años)	57
	AO/D42 Evaluaciones de los cuidadores (% de personas cuidadoras a las que se ha realizado una evaluación de necesidades)	26%
	AO/D43 Tiempo de espera para los para la realización de los planes individuales de atención (porcentaje de casos en los que el diagnóstico se realiza seis semanas después de la primera entrevista)	29%
	AO/D52 Usuarios que afirman haber estado satisfechos o altamente satisfechos con los Servicios Sociales	57%
	AO/D53 Usuarios que han solicitado cambios en los servicios y que se muestran satisfechos con dichos cambios	65%
Acceso justo	AO/E47 Origen étnico de las personas mayores que están siendo evaluadas (ratio entre las personas de grupos minoritarios evaluadas en relación a su peso demográfico en ese tramo de edad)	1.05
	AO/E48 Origen étnico de las personas mayores que reciben servicios tras haber sido evaluadas (ratio entre las personas de grupos minoritarios atendidas en relación a su peso demográfico en ese tramo de edad)	0.98
	AO/E49 Evaluaciones de las personas mayores (tasa por 1.000 habitantes)	109
	AO/E50 Porcentaje de evaluaciones de adultos y de personas mayores que dan como resultado el acceso a un servicio o prestación	69%

Desde el punto de vista del origen de los datos, se trata en la mayor parte de los casos de datos procedentes de registros administrativos recogidos por los propios Servicios Sociales. En algunos casos, sin embargo, se requiere la realización de encuestas de satisfacción entre las personas usuarias de los diversos servicios. En cuanto a la publicación, la agencia responsable del mantenimiento del sistema de indicadores elabora con carácter anual un informe –con datos desagregados a nivel regional– en el que se analiza la evolución de los diversos indicadores y el

nivel general de cumplimiento para cada uno de ellos. Además, la página web del sistema ofrece datos individuales para todos los municipios sometidos a este tipo de análisis.

Cabe además indicar que, desde 2002, el sistema PAF incorpora un sistema de categorización o puntuación relativo a cada indicador, con el que se pretende conocer el rendimiento de cada autoridad local en esa cuestión concreta. El sistema se basa en cinco categorías e incorpora tanto los datos relativos a los indicadores como a las evaluaciones e inspecciones realizadas en cada municipio. La puntuación de cada municipio se establece bien en función de un objetivo predeterminado, bien en función de los resultados medios del conjunto de los municipios, y tiene en cuenta tanto las desviaciones por exceso como por defecto (es decir, puede recibir la calificación de investigar urgentemente un municipio con resultados extremadamente bajos o extremadamente altos en relación a los demás municipios o los objetivos establecidos a nivel nacional). Cada año, la agencia responsable del mantenimiento del sistema publica los criterios cuantitativos en función de los cuales se realiza la asignación de una puntuación determinada a cada municipio.

Las categorías habitualmente utilizadas son las siguientes:

1. **Investigar urgentemente.** El Ayuntamiento debe investigar urgentemente las prácticas que han dado lugar a este resultado, teniendo en cuenta posibles indicadores complementarios, datos de contexto u otra información disponible. Las actuaciones municipales serán objeto de seguimiento del *Social Services Inspectorate*. En el caso de que la valoración se realice con respecto a la media del conjunto de los municipios, equivale a ‘significativamente por debajo de la media’).
2. **Analizar el rendimiento.** Resulta conveniente que el Ayuntamiento investigue las prácticas que han dado lugar a este resultado, teniendo en cuenta posibles indicadores complementarios, datos de contexto u otra información disponible. En el caso de que la valoración se realice con respecto a la media del conjunto de los municipios, equivale a ‘por debajo de la media’).
3. **Aceptable, con margen de mejora.** Existen razones para pensar que, en comparación con otros municipios, existen posibilidades de mejora. En el caso de que la valoración se realice con respecto a la media del conjunto de los municipios, equivale a ‘coincidente con la media’).

4. **Bueno.** El rendimiento parece adaptarse razonablemente a lo que se considera una buena práctica. En el caso de que la valoración se realice con respecto a la media del conjunto de los municipios, equivale a ‘por encima de la media’).
5. **Muy bueno.** El rendimiento alcanza un nivel muy bueno de acuerdo a la información recibida. En el caso de que la valoración se refiera a la media del conjunto de los municipios, equivale a ‘significativamente por encima de la media’).

### 3.3.3. *Single Set of National Indicators (Sistema Único de Indicadores Nacionales)*

A partir de 2007, el Gobierno británico modifica sustancialmente su aproximación a la recogida de indicadores y establece un nuevo sistema, que se denominará *Single Set of National Indicators* o Sistema Único de Indicadores Nacionales. Contenía, en un inicio, un total de 198 indicadores, agrupados en cinco áreas:

- Comunidades más fuertes y más seguras;
- Infancia y juventud;
- Salud y bienestar de las personas adultas & Prevenir la exclusión y promover la equidad;
- Economía local y sostenibilidad ambiental.

Se trata, como en el caso del sistema Best Value, de un sistema integral, que se basa en buena medida en los indicadores que existían con anterioridad, y que mantiene como objetivo fundamental la posibilidad de comparar los resultados obtenidos por cada autoridad local en el ejercicio de sus responsabilidades. La creación de este nuevo sistema pone de manifiesto la voluntad del gobierno de simplificar y unificar los diversos sistemas existentes, con la finalidad, entre otras, de aligerar la carga administrativa que para los municipios suponía la actualización continua de los mismos. Se trata, en ese sentido, de una racionalización del sistema existente con anterioridad, considerado excesivamente complejo y exigente para las propias administraciones locales.

Los nuevos indicadores se relacionan estrechamente con los objetivos establecidos en los denominados *Local Area Agreements* o Acuerdos Locales, en función de los cuales el Gobierno inglés y las autoridades municipales establecen una serie de objetivos consensuados con relación a las competencias de estas últimas. Los indicadores utilizados también se derivan de los

denominados Acuerdos de Servicios Públicos<sup>11</sup> y de los Objetivos Estratégicos establecidos, al inicio de cada año, por los diferentes Departamentos gubernamentales. Para cada uno de los 198 indicadores se establece el nivel de desagregación territorial para el que deben ofrecerse los datos (municipio, distrito, condado, etc.). Del mismo modo, para cada uno de ellos se establece en qué medida los datos deben desagregarse en función de elementos como el origen étnico, el género o la discapacidad.

El listado siguiente recoge los indicadores del sistema NIS más estrechamente relacionados con el ámbito de los Servicios Sociales. Como puede observarse en él, se trata de casi 70 indicadores, en torno al 40% del total, lo que da cuenta de en qué medida el sistema único de indicadores está estrechamente orientado a las cuestiones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida de la ciudadanía.

**Cuadro 9. Indicadores relativos al ámbito de los Servicios Sociales en el sistema NIS**

Cod.	Indicador
NI 6	Participación frecuente en voluntariado
NI 7	Contexto adecuado para el desarrollo del Tercer Sector
NI 13	Conocimiento y habilidades lingüísticas de lengua inglesa de los inmigrantes
NI 32	Incidentes repetidos de violencia doméstica
NI 34	Violencia doméstica – homicidio
NI 39	Tasas de admisión hospitalarias asociadas a daños provocados por consumo de alcohol
NI 40	Número de personas consumidoras de drogas registradas en tratamientos eficaces
NI 41	% de la población que percibe la conducta escandalosa o en estado de embriaguez como problema
NI 42	% de la población que percibe el consumo o el tráfico de drogas como problema
NI 51	Eficacia de los Servicios de Salud Mental Infantil y Adolescente
NI 54	Servicios para niños/as con discapacidad
NI 58	Salud emocional y conducta de menores en acogimiento
NI 59	Evaluación inicial de la atención social que reciben los menores en el intervalo de siete días laborables desde la derivación del caso
NI 60	Evaluación principal en los servicios de atención a menores que se lleva a cabo dentro de los 35 días laborables desde que se inicia el caso
NI 61	Estabilidad de los menores acogidos tras la decisión oficial de determinar que el menor sea adoptado
NI 62	Estabilidad de los alojamientos de menores acogidos: número de cambios
NI 63	Estabilidad de los alojamientos en menores acogidos: duración del alojamiento
NI 64	Planes de protección infantil de dos o más años de duración
NI 65	Menores que son susceptibles de contar con más de un Plan de Caso

<sup>11</sup> Algunos de esos acuerdos son los siguientes: reducir a la mitad el número de menores en situación de pobreza para el año 2011, de cara a erradicar la pobreza infantil en 2020; reducir las desventajas que las personas experimentan debido a su género, raza, discapacidad, edad, orientación sexual, religión o a sus creencias; incrementar la proporción de personas en situación de exclusión social que reciben servicios de alojamiento, formación o empleo; evitar la pobreza y promover una mayor independencia y bienestar entre las personas mayores; garantizar mejores cuidados a todas las personas; reducir los daños causados por el alcohol y las drogas... A cada uno de esos objetivos nacionales se le asigna uno o varios indicadores.

Cod.	Indicador
NI 66	Casos de menores acogidos que fueron revisados en el intervalo de tiempo necesario
NI 67	Casos de protección infantil que fueron revisados en el intervalo de tiempo necesario
NI 68	Derivaciones de casos a los servicios de protección infantil para una evaluación inicial
NI 69	Menores que han sido víctimas de “bullying”
NI 70	Admisiones hospitalarias causadas por lesiones involuntarias o intencionadas a niños/as y a jóvenes.
NI 71	Menores que se han fugado y han pernoctado fuera de casa o del acogimiento
NI 99	Menores acogidos que obtienen el certificado de educación superior en Lengua Inglesa
NI 100	Menores acogidos que obtienen el certificado de educación superior en Matemáticas
NI 101	Menores acogidos que obtienen el equivalente al certificado LOGSE
NI 106	Jóvenes que proceden de familias con ingresos bajos que alcanzan la enseñanza superior
NI 109	Número de Centros Infantiles “Sure Start”
NI 112	Tasa de embarazos en menores de 18 años
NI 114	Tasa de abandono escolar permanente
NI 115	Consumo de drogas por parte de jóvenes
NI 116	Proporción de niños/as en situación de pobreza
NI 117	Menores de 16 a 18 años que no están en el sistema educativo, que no reciben formación ni se encuentran trabajando
NI 118	Consentimiento de recibir servicios de protección infantil de menores por parte de las familias de bajos ingresos económicos
NI 119	Auto-informe de estado de salud general y bienestar percibido
NI 124	Personas con una discapacidad permanente que reciben apoyo para ser independientes y controlar su situación
NI 125	Nivel de independencia que las personas mayores alcanzan gracias a los servicios de rehabilitación o de nivel intermedio
NI 127	Auto-informe de experiencias de usuarios de servicios de atención social
NI 128	Auto-informe de respeto y dignidad en su tratamiento
NI 129	Fin de la provisión de servicios de atención – acceso a una atención adecuada que permite optar por una muerte en su domicilio
NI 130	Usuarios de servicios sociales que reciben Apoyo Individual Dirigido (Self Directed Support) por 100.000 habitantes
NI 131	Retrasos en la provisión de servicios
NI 132	Tiempo de respuesta para las evaluaciones de atención social (para todos los adultos)
NI 133	Tiempo de respuesta para paquetes de atención social tras realizarse la evaluación
NI 134	El número de noches de estancia en servicios de emergencia por persona en un grupo de población ponderado
NI 135	Cuidadores cuyas necesidades son evaluadas o revisadas y reciben un servicio específico de atención a cuidadores, asesoramiento o información
NI 136	Personas que reciben apoyo para llevar a cabo una vida independiente gracias a servicios sociales (para todos los adultos)
NI 137	Expectativas de vida saludable a los 65 años
NI 138	Satisfacción de las personas mayores de 65 años con su domicilio y con el vecindario
NI 139	En qué medida las personas mayores reciben el apoyo que necesitan para llevar a cabo una vida independiente en su propio domicilio
NI 140	Tratamiento justo por parte de los servicios municipales
NI 141	Porcentaje de personas vulnerables que alcanzan una vida independiente
NI 142	Porcentaje de personas mayores que reciben apoyo para mantener una vida independiente
NI 143	Delincuentes en libertad condicional que residen en alojamientos estables y adecuados en la fase

Cod.	Indicador
	final de su condena
NI 144	Delincuentes en libertad condicional que trabajan en la fase final de su condena
NI 145	Adultos con discapacidad intelectual en alojamiento con apoyo
NI 146	Adultos con discapacidad intelectual que trabajan
NI 147	Personas que abandonan los servicios de atención en alojamientos adecuados
NI 148	Personas que abandonan los servicios de atención que estudian, reciben formación o trabajan
NI 149	Adultos en contacto con servicios de salud mental de tipo secundario en alojamiento reglado
NI 150	Adultos en contacto con servicios de salud mental de tipo secundario que trabajan
NI 151	Tasa global de empleo
NI 152	Personas en edad de trabajar que no reciben prestaciones económicas condicionadas a la ocupación laboral
NI 153	Personas en edad de trabajar que reclaman prestaciones por empleo en barrios desfavorecidos
NI 156	Número de hogares en alojamiento temporal

En lo que se refiere a la estructura de los indicadores, la ficha correspondiente a cada uno de ellos incluye 14 campos distintos, entre los que se cuenta la razón por la que se incluye el indicador en cuestión, su descripción, el método de cálculo, un ejemplo práctico, el criterio de buen resultado establecido, la frecuencia de recogida del dato, la fuente de datos, el formato, la organización responsable de la provisión del dato o el nivel territorial en el que el dato debe desagregarse. En lo que se refiere a los criterios de buen resultado (*good performance*), se tiene en cuenta en general la variación respecto al indicador del periodo anterior (mejor, peor o igual).

Como en el caso del PAF, la mayor parte de los indicadores provienen de los registros administrativos propios de las autoridades locales. Una parte importante proceden, sin embargo, de encuestas epidemiológicas u otras fuentes estadísticas o de encuestas de satisfacción realizadas entre las personas usuarias de los diversos servicios. Entre ellas, cabe destacar la denominada *Adult Social Care Survey*, mediante la cual cada autoridad local con responsabilidad en materia de servicios sociales está obligada a realizar una encuesta de satisfacción a todas las personas usuarias de servicios domiciliarios y residenciales, con capacidad para consentir su participación en la encuesta, a una fecha determinada. En el año 2010, se remitió la encuesta a un total de 150.800 personas (en torno al 0,30% de la población de más de 18 años), con una tasa de respuesta del 40%. También tiene particular interés la denominada *Place Survey*, mediante la cual cada autoridad local debe gestionar una encuesta a una muestra representativa de la población, a partir de un cuestionario común para todo el territorio inglés relativo a su percepción del entorno urbano en el que viven



### 3.3.4. Búsqueda de mayor transparencia: *The Adults Social Care Outcomes Framework*

El Sistema Único de Indicadores Nacionales que acaba de describirse estuvo en vigor durante cuatro años y fue profundamente modificado, en el ámbito de la atención a las personas adultas y mayores, con la llegada al Gobierno británico del Partido Conservador. En noviembre de 2010, el Departamento de Salud, del cual depende la regulación de los Servicios Sociales, puso en marcha el establecimiento de un nuevo sistema de indicadores en el ámbito de la atención a personas adultas y mayores, dejando al margen el subsistema de atención a las personas menores de edad.

Uno de los motivos básicos del cambio, ya apuntado en la reforma anterior, es la simplificación del sistema y el establecimiento, para la administración local, de márgenes de actuación autónoma mucho más amplios. Los documentos de planificación del nuevo modelo insisten, en ese sentido, en la necesidad de garantizar una mayor transparencia mediante un modelo *de abajo hacia arriba*, más participativo que el anterior, y más respetuoso de la autonomía municipal, tanto en lo que se refiere a la definición de los objetivos como a la rendición de cuentas ante la administración central. El modelo establecido en 2011 sigue estando en cualquier caso orientado a supervisar la actividad de los municipios en el ámbito de la atención social, con la vista puesta en tres dimensiones clave: el impacto de los servicios en las condiciones de vida de la ciudadanía, la calidad de los servicios, y la transparencia en lo que se refiere a la rendición de cuentas de las administraciones locales, en un marco general de apuesta gubernamental por una mayor transparencia en la gestión de los servicios públicos.

Los objetivos básicos del nuevo sistema son tres:

- Empoderar a la ciudadanía y apoyar la transparencia;
- Mejorar los resultados para las personas con necesidades de apoyo y cuidados;
- Mejorar la calidad de los servicios sociales.

El nuevo sistema propuesto por el Gobierno inglés se vincula estrechamente al *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), al que se encomienda la publicación de estándares de calidad relativos al ámbito de los Servicios Sociales. Hasta ese momento, el NICE establecía ese tipo de estándares de actuación en el ámbito de la atención sanitaria, a partir de una aproximación basada en la evidencia clínica disponible (*evidence based practice*). En ese marco, los estándares de calidad se definen como “un compendio de entre cinco y diez indicaciones específicas y concisas relativas a la calidad de un procedimiento médico concreto, así como las medidas asociadas que indican una atención coste-efectiva y de alta calidad en un procedimien-

to o ámbito clínico”. El NICE –hasta la fecha centrado exclusivamente en la atención médica– se configura así como el centro responsable de la generación de estándares de calidad y de la intervención basada en la evidencia en el ámbito de los Servicios Sociales.

En lo que se refiere a los indicadores incluidos en el modelo, se establece el denominado *Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOf)* que recoge todos los indicadores considerados imprescindibles en esta nueva etapa. El nuevo sistema renuncia al establecimiento de objetivos de cumplimiento, clasificaciones, puntuaciones y demás elementos comparativos, y se marca como objetivo aligerar la carga que los modelos anteriores imponían a los municipios. Se prevé que en 2012 se procederá a la revisión de los indicadores manejados hasta ahora, al objeto de definir un árbol único y simplificado de indicadores para los próximos años.

Para la edición de 2011/12, el sistema de indicadores recoge, como se observa en la tabla, un total de 17 indicadores, agrupados en cuatro áreas. Cada área o dimensión se divide en medidas de diferente nivel: se establece por un lado uno o varios indicadores generales, y una serie de indicadores de resultados, derivados de una declaración que define el objetivo que pretenden medir los indicadores en cuestión.

**Cuadro 10. Indicadores de calidad de vida en el modelo ASCOF**

<b>1. Mejorar la calidad de vida de las personas con necesidades de cuidado y apoyo</b>
<b>Medida global</b>
1A. Calidad de vida relacionada con la atención social
<b>Medidas de resultado</b>
<b>Las personas gestionan el apoyo que precisan de la forma que desean, de manera que mantienen el control sobre el contenido de los apoyos que reciben.</b>
1B. Proporción de personas usuarias de servicios que consideran que tienen control sobre su vida cotidiana
1C. Proporción de personas usuarias de servicios que reciben prestaciones económicas para el pago de prestaciones o apoyo auto-dirigido;
<b>Los cuidadores disfrutan de un equilibrio adecuado en sus funciones y mantienen la calidad de vida que desean</b>
1D. Calidad de vida percibida por las personas cuidadoras
<b>Las personas son capaces de encontrar empleo cuando lo precisan, mantener una vida social y familiar, contribuir al desarrollo comunitario y evitar la soledad y el aislamiento.</b>
1E. Tasa de ocupación de las personas adultas con discapacidad mental.
1F. Tasa de ocupación de las personas adultas atendidas por los servicios de salud mental.
1G. Proporción de personas con discapacidad mental que viven en su propio domicilio o con su familia.
1H. Proporción de personas atendidas por los servicios de salud mental que viven de forma autónoma, con o sin apoyo.

El primero de los indicadores es un índice sintético elaborado a partir de ocho preguntas concretas de la encuesta Adult Social Care Survey, mientras que el indicador 1B se derivan directamente de esa misma encuesta. El indicador 1C se deriva a su vez de la combinación de una serie de preguntas contenidas en una encuesta realizada a personas cuidadoras (*Careers Survey*). El resto de los indicadores se basan en datos administrativos.

El siguiente bloque de medidas se relaciona fundamentalmente con la necesidad de garantizar la mayor eficiencia posible en la prestación de los servicios. Un número importante de indicadores (los señalados con las iniciales XX) son indicadores todavía no suficientemente formulados y cuya aplicación se pospone al próximo año.

**Cuadro 11. Indicadores de necesidad en el modelo ASCOF**

<b>2. Retrasar y reducir la necesidad de apoyo y cuidados</b>
<b>Medida global</b>
2A. Tasa de admisiones en centros residenciales (por 100.000 habitantes)
<b>Medidas de resultado</b>
<b>Todas las personas tienen la oportunidad de disfrutar de un buen estado de salud y de bienestar a lo largo de su vida, y pueden acceder a la información y el apoyo necesarios para responder a sus necesidades de cuidado.</b> XX. Efectividad de los servicios preventivos
<b>El diagnóstico precoz, la intervención y la rehabilitación implican una menor dependencia respecto a los servicios de carácter intensivo</b> 2B. Proporción de personas de más de 65 años que se mantienen en su hogar 91 días después de ser derivadas de un hospital a un servicio de rehabilitación. XX. Efectividad de los servicios de diagnóstico precoz, intervención y rehabilitación: evitar admisiones hospitalarias.
<b>Cuando las personas presentan necesidad de cuidados, reciben la atención necesaria en el entorno más adecuado, con el objetivo de recuperar los niveles previos de autonomía</b> 2C. Tasa de derivaciones retrasadas desde centros hospitalarios a centros de servicios sociales, con indicación del porcentaje de retrasos debidos a los servicios sociales XX. Efectividad de la rehabilitación: readquirir independencia

Los indicadores recogidos en el tercero de los ámbitos son de carácter estrictamente subjetivo, y se refieren a la percepción de las personas atendidas, y de sus cuidadores/as, en relación con la atención recibida y a su planificación. En la mayor parte de los casos, los indicadores se derivan de la encuesta a las personas usuarias, así como de la encuesta a las personas cuidadoras.

Cuadro 12. Indicadores subjetivos en el modelo ASCOF

<b>3. Asegurar que las personas tienen una experiencia positiva en relación a los servicios prestados</b>
<b>Medida global</b>
<b>Las personas usuarias de los servicios y sus cuidadores/as se muestran satisfechas con los servicios recibidos</b> 3A. Satisfacción general de las personas usuarias de servicios; 3B. Satisfacción general de las personas cuidadoras
<b>Medidas de resultado</b>
<b>Las personas cuidadoras consideran que son tratadas como iguales en el proceso de provisión de los cuidados</b> 3C. Proporción de personas usuarias de servicios y de personas cuidadoras que señalan haber sido incluidas o consultadas en las discusiones sobre la persona a la que cuidan.
<b>Las personas saben qué recursos hay disponibles en la zona en la que residen, a qué recursos tienen derecho y con quién contactar en caso de necesidad.</b> 3D. Proporción de personas usuarias de servicios y de personas cuidadoras que consideran sencillo recibir información sobre la red de cuidados.

Finalmente, el cuarto ámbito analizado se refiere a la seguridad de las personas más vulnerables. Se incluyen únicamente dos indicadores en este área, ambos derivados de las encuestas antes citadas.

Cuadro 13. Indicadores relativos a la protección de las personas vulnerables en el modelo ASCOF

<b>4. Salvaguardar a las personas vulnerables y protegerles de daños evitables</b>
<b>Medida global</b>
4A. Proporción de personas usuarias que se sienten seguras;
<b>Medidas de resultado</b>
<b>Todas las personas disfrutan de seguridad física y se sienten seguras.</b> <b>Las personas no están sometidas a abusos físicos o emocionales, acoso, negligencia o daños autoinfligidos.</b> <b>Las personas estarán protegidas en la medida de lo posible de daños evitables, enfermedades y lesiones.</b> <b>Las personas reciben el apoyo necesario para gestionar los riesgos en la forma que consideran adecuada</b> 4B. Proporción de personas usuarias de servicios y de personas cuidadoras que señalan que los servicios recibidos les hacen sentirse seguras. XX Efectividad de los servicios de protección.

### 3.3.5. Conclusiones

El análisis de la experiencia inglesa puede considerarse uno de los más ilustrativos, debido tanto a los notables cambios que se han ido produciendo como al desarrollo práctico de los mismos y a la reflexión teórica realizada en ese país en torno al significado y el valor de los indicadores de rendimiento en el ámbito de la gestión pública y, en concreto, en el ámbito de los Servicios Sociales. En relación con los modelos anteriores, el sistema que el nuevo Gobierno promueve en la actualidad se caracteriza por los siguientes elementos:

- Se trata de un modelo de la máxima simplicidad, con un número de indicadores mucho menor que en los anteriores modelos. La sencillez del sistema se debe tanto a la necesidad de no imponer una excesiva carga a las autoridades municipales como a una visión diferente de la autonomía municipal. El nuevo modelo supone, en ese sentido, una retirada de la administración central respecto a sus competencias en cuanto a la supervisión de la gestión de las autoridades locales.
- Se trata, por otra parte, de un modelo que tiene escasamente en cuenta los datos administrativos y que se centra muy fundamentalmente en la opinión de las personas usuarias, cuya opinión se recoge mediante encuestas que los municipios deben obligatoriamente realizar de forma autónoma (aunque con el apoyo y la supervisión del Gobierno central).
- El modelo renuncia explícitamente al componente comparativo que tenía en el pasado, renunciando a la realización de *rankings* o similares. El objetivo del sistema no es ya el de comparar o estimular, sino, únicamente, el de informar.

## 3.4. El modelo australiano de revisión de los servicios públicos: RoGS

### 3.4.1. Bases generales del sistema

El Gobierno central australiano viene aplicando desde 1993 un exhaustivo sistema de indicadores orientado a valorar la equidad, la efectividad y la eficiencia con la que son prestados en todo el territorio del país una serie de servicios públicos. El sistema pretende facilitar la comparación entre los diversos territorios del país en lo que se refiere a la prestación de esos servicios y ofrecer a la ciudadanía una información que se considera crucial para valorar el desempeño de cada administración. En ese sentido, para los responsables del sistema, una mejor

información fomenta la responsabilidad pública respecto al cumplimiento de sus funciones y contribuye a mejorar la situación de las personas al facilitar una mejor prestación de servicios.

En su edición de 2011, la decimosexta desde su creación, el sistema de indicadores conocido como *Review of Government Service Provision* o RoGS analiza un catálogo de quince servicios públicos, agrupados en seis grandes áreas. De esos quince servicios, cuatro –servicios para personas mayores, para personas con discapacidad, para personas sin hogar y servicios de protección y apoyo– pertenecen a lo que en la CAPV se consideran como Servicios Sociales, y son por tanto objeto de atención preferente en este informe. La elección de esos servicios se debe a que se pueden establecer en todos ellos objetivos básicos similares para las diferentes unidades territoriales que conforman el Estado australiano y a que se considera que la mejora en esos elementos supondría un potencial de mejora muy importante en la calidad de vida de las personas y las comunidades, así como en la situación económica general.

Como se observa en la tabla siguiente, por otra parte, en la mayor parte de los casos el sistema analiza sistemas o servicios concretos definidos de forma relativamente concreta –policía, emergencias, educación, hospitales públicos, etc.–, si bien, sobre todo en lo que se refiere al ámbito de los Servicios Sociales, el análisis se estructura en función de los colectivos objeto de atención preferente (personas mayores, con discapacidad, sin hogar, etc.).

**Cuadro 14. Áreas y servicios objeto de análisis en el modelo RoGS**

Área	Servicios incluidos en la revisión de 2011
Infancia, educación y formación	Servicios infantiles
	Educación escolar
	Formación profesional
Justicia	Policía
	Tribunales
	Servicios correccionales
Gestión de emergencias	Incendios, ambulancias y servicios de rescate en carretera
Salud	Hospitales públicos
	Atención primaria y salud comunitaria
	Detección y atención al cáncer de pulmón y servicios especializados de salud mental
Servicios a la comunidad	Servicios para personas mayores
	Servicios para personas con discapacidad
	Servicios de protección y apoyo
Vivienda y personas sin hogar	Vivienda pública
	Servicios para personas sin hogar

Los principios teóricos que rigen el sistema son los siguientes:

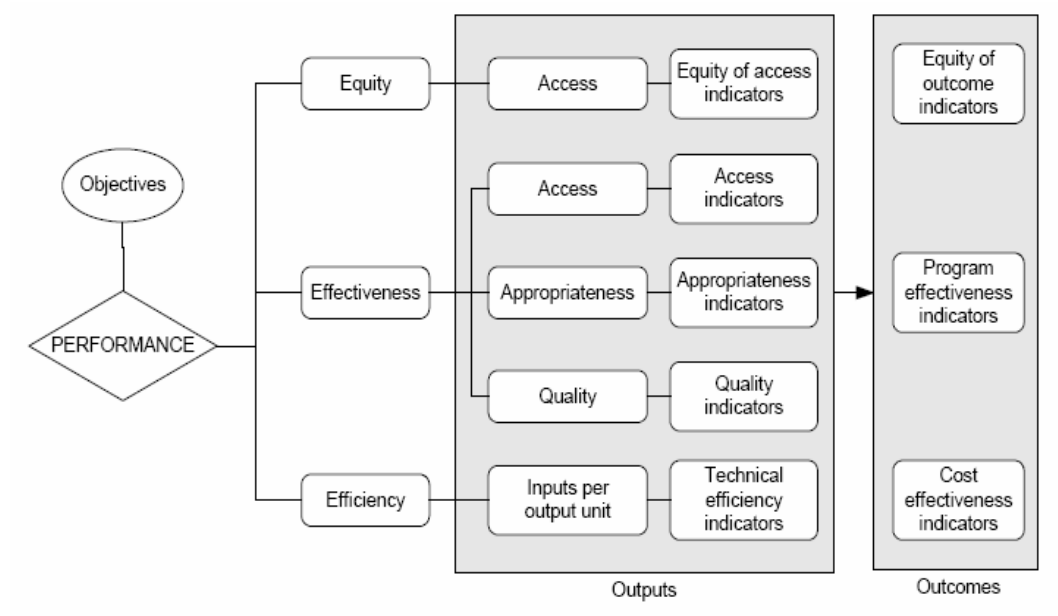
- Énfasis en el impacto de los servicios sobre la población, de forma que se pueda reflejar si los objetivos de los servicios de cara a la población han sido cubiertos;
- Amplitud, valorando el cumplimiento de todos los objetivos relevantes;
- Comparabilidad de los datos en el tiempo y en el conjunto del Territorio, para lo cual se desarrollan todas las tareas de apoyo técnico necesarias.
- Disponibilidad progresiva de datos. El sistema se pone en marcha aun cuando todas las unidades territoriales no pueden ofrecer datos de suficiente calidad, incorporándose las distintas regiones de forma progresiva, en la medida en que van adaptando sus sistemas de recogida de datos
- Actualización adecuada de los indicadores, de forma que los datos recogidos en cada informe sean lo más recientes posible.
- Utilización de indicadores ya utilizados en otros países y/o que pueden ser fácilmente obtenidos de las estadísticas y registros existentes.
- Significatividad de los indicadores y capacidad de ser transmitidos de forma sencilla y fácilmente comprensible a toda la ciudadanía; se pretende además que el significado de los indicadores sea claro y poco ambiguo, al objeto de que la ciudadanía pueda elaborar sus juicios de valor sobre una base suficientemente informada.

Se trata de un sistema básicamente descriptivo –no establece en general objetivos o patrones de referencia para ninguno de sus indicadores–, que parte de un modelo conceptual claramente definido y que diferencia fundamentalmente entre *inputs* (o recursos invertidos), *outputs* (o servicios prestados) y *outcomes* (o impactos). En ese marco, los indicadores de impacto ofrecen información sobre la influencia de un servicio en la situación de una persona o de un grupo, siempre teniendo en cuenta que tales impactos pueden estar condicionados por influencias externas ajenas a la prestación del servicio, y pueden ser intermedios (o a corto plazo) o finales (a largo plazo). Los resultados son los servicios efectivamente prestados, y los inputs serían los recursos invertidos para prestarlos.

Por ello, aunque el sistema recoge fundamentalmente datos relativos a la capacidad de atención del sistema y a la forma en la que se realiza la provisión de servicios, también se incluyen datos relativos a la situación de las personas o, más concretamente, al impacto que los resultados alcanzados tienen en las condiciones de vida de las personas. Por otra parte, la ausencia de objetivos o patrones de referencia no implica que el modelo no preste importancia a estimular la mejora, efecto que se deriva de la comparabilidad de los datos, tanto en el tiempo (desde una perspectiva evolutiva) como en el territorio (comparando la calidad de la intervención en las diversas regiones del país).

Desde el punto de vista de su conceptualización, el RoGS es un sistema derivado del modelo de las 3Es y del modelo IOO y adopta un esquema común que se aplica, con las necesarias adaptaciones, al conjunto de las áreas analizadas. Ese marco general refleja el proceso mediante el cual las entidades prestadoras de un servicio determinado transforman los inputs en resultados e impactos, al objeto de alcanzar los objetivos establecidos, diferentes obviamente para cada uno de los quince servicios analizados.

**Cuadro 15. Esquema general relativo al proceso de prestación de servicios en el que se basa el modelo RoGS**



Como se observa en el cuadro anterior, los ejes sobre los que se articula el conjunto del sistema son tres –la equidad, la efectividad y la eficiencia–, que se desarrollan en cuatro dimensiones concretas: el acceso a los servicios, su adecuación a las necesidades de la población, la cali-



dad de los mismos y el consumo (económico o de otro tipo) que requieren para la consecución de los resultados. El modelo RoGS concede la misma importancia a los conceptos de equidad, efectividad y eficiencia, en la medida en que se basa en la idea en que están estrechamente interrelacionados. Cada uno de esos tres conceptos se define de la siguiente forma:

- **Equidad.** En el marco del RoGS, los indicadores de equidad se refieren a la medida en que los servicios se adaptan a las necesidades de unos grupos sociales que presentan unas necesidades específicas. En ese ámbito, los indicadores pueden referirse a la equidad en el acceso, en virtud de la cual se espera que todas las personas tengan un acceso adecuado a los servicios, o a la equidad en el impacto, en virtud de la cual se espera que el impacto de los servicios sea similar para todas las personas.
- **Efectividad.** Los indicadores de efectividad miden en qué medida los resultados de un servicio logran alcanzar los objetivos establecidos. En la mayor parte de los casos analizados, la efectividad se mide desde el punto de vista del acceso (en qué medida la comunidad puede acceder fácilmente a esos servicios, si se producen retrasos en el acceso al mismo, si resultan económicamente asumibles para la población, etc.), de la adecuación a las necesidades, y de la calidad del servicio.
- **Eficiencia.** En el marco del RoGS, la eficiencia se mide desde el punto de vista de la eficiencia técnica (que requiere que los bienes y servicios se produzcan al coste más bajo posible), de la eficiencia en la selección de los servicios (mediante la cual se da preferencia a los servicios más valorados por las personas destinatarias) y de la adaptación a los cambios, mediante la cual se ofrecen en cada momento los servicios más recientes y que se adaptan mejor a las necesidades de las personas usuarias. El marco del RoGS se centra, fundamentalmente, en la eficiencia técnica.

#### *3.4.2. Indicadores en el ámbito de los servicios sociales*

Como se ha señalado previamente, de los quince paquetes de indicadores disponibles en el modelo RoGS, cuatro hacen referencia directa a servicios o colectivos que, en el contexto de la CAPV, se identifican generalmente con el ámbito de los Servicios Sociales. En este informe se describe con cierto detalle el marco establecido para el análisis de los servicios dirigidos a las personas mayores dependientes, si bien no debe olvidarse que también existe un marco de indicadores para los servicios dirigidos a las personas con discapacidad, a las personas sin hogar y a los servicios de protección y apoyo, dirigidos básicamente a los menores en situación de desamparo y desprotección.

Los indicadores relativos a los servicios para las personas mayores hacen referencia al conjunto de los servicios de atención a las personas mayores dependientes existentes en Australia y financiados al menos parcialmente por la Administración estatal: servicios de valoración; servicios residenciales permanentes o de respiro, y de baja o alta intensidad; servicios de atención comunitaria, que incluyen asistencia domiciliaria y centros de día; y servicios comunitarios de respiro. La tabla siguiente resume el marco general de indicadores de los servicios para las personas mayores.

Cuadro 16. Indicadores relativos a las personas mayores en el modelo RoGS

	RESULTADOS			IMPACTO	
	OBJETIVO	ÁREA	INDICADOR	INDICADOR	
Igualdad	<i>Acceso</i>	Uso por parte de diversos grupos	Personas nacidas en países no angloparlantes	Participación en la comunidad	
			Personas indígenas		
			Veteranos		
			Residentes en áreas remotas o rurales		
			Personas económicamente desfavorecidas		
Efectividad	<i>Acceso</i>	Puntualidad	Tasas de cobertura	Mantenimiento del funcionamiento individual	
			Tiempo de espera en el acceso a residencias		
			Tiempo de espera en el acceso a atención comunitaria		
	<i>Adecuación</i>	Valoración / asignación	Planes de atención que incluyen atención residencial a largo plazo		Capacidad de las personas con necesidad de atención para vivir en la comunidad
			Eficacia horizontal		
		Atención	Necesidades no atendidas		
			Estancias de larga duración de personas mayores en hospitales públicos		
	<i>Calidad</i>	Evaluación independiente / percepción de las personas usuarias	Intensidad de la atención		
			Seguridad		Incidentes específicos en atención residencial
			Cumplimiento de los estándares de atención residencial		
Quejas					
Cumplimiento de los estándares de atención comunitaria					
Eficiencia	<i>Inputs por unidad de resultados</i>	Otros	Evaluación por parte de las personas usuarias		
			Coste por persona valorada		
			Gasto por cápita de la población objetivo		

Los diversos indicadores se detallan de la siguiente manera:

**Cuadro 17. Definición de lo indicadores relativos a las personas mayores en el modelo RoGS**

	INDICADOR	DEFINICIÓN
<b>RESULTADOS</b>	Personas nacidas en países no angloparlantes	1. Diferencia entre la proporción de usuarios de los servicios nacidos en países no angloparlantes y la proporción de personas nacidas en países no angloparlantes en la población potencialmente demandante 2. Tasa de utilización de residencias para el conjunto de la población potencialmente demandante y para las personas nacidas en países no angloparlantes.
	Personas indígenas	3. Diferencia entre la proporción de usuarios de los servicios de procedencia indígena y la proporción de personas de esa procedencia en la población potencialmente demandante. 4. Tasa de utilización de residencias para el conjunto de la población potencialmente demandante y para las personas indígenas
	Veteranos	5. Número de veteranos de más de 70 años en atención residencial dividido por el total de veteranos de más de 70 años potencialmente demandantes de atención.
	Residentes en áreas remotas o rurales	6. Número de horas de atención domiciliaria, y comidas ofrecidas a personas que viven en áreas rurales, en relación a la población potencialmente demandante en función del tipo de hábitat de residencia.
	Personas económicamente desfavorecidas	7. Número de nuevos residentes que reciben apoyo económico para la financiación de las plazas en relación al conjunto de los nuevos usuarios de plazas residenciales.
	Tasas de cobertura	8. Número de plazas de atención operativas por cada 1000 personas mayores de 70 años 9. Número de plazas de atención operativas por cada 1000 personas mayores de 70 años + personas indígenas de 50 a 69 años <sup>12</sup> .
	Tiempo de espera en el acceso a residencias	10. Porcentaje de personas que acceden a una plaza residencial en un plazo inferior a los tres meses a partir de la fecha de realización o revisión de su plan de atención.
	Tiempo de espera en el acceso a atención comunitaria	11. Porcentaje de personas que acceden a un servicio de atención comunitaria en un plazo inferior a un mes a partir de la fecha de realización o revisión de su plan de atención y porcentaje que lo hace en un plazo inferior a tres meses.
	Planes de atención que incluyen atención residencial a largo plazo	12. Porcentaje de valoraciones o planes de atención que incluyen atención residencial, permanente o de respiro, y porcentaje de valoraciones que incluyen atención comunitaria.
	Eficacia horizontal	13. Indicador pendiente de definir. Pretende establecer si los servicios son asignados a las personas con mayor grado de necesidad.
	Necesidades no atendidas	14. Distribución de las personas con necesidades para las actividades de la vida diaria en función del grado de recepción de ayuda para el desarrollo de esas actividades (total, parcial o nula).
	Estancias de larga duración de personas mayores en hospitales públicos	15. Proporción de estancias hospitalarias de más de 35 días de personas de más de 70 años o de indígenas de 50 a 69 años debido a la falta de plazas en centros residenciales o la carencia de cuidadores informales.
Intensidad de la atención	16. Proporción de personas que se mantiene en el mismo centro residencial al pasar de recibir una atención de baja intensidad a otra de alta intensidad; 17. Proporción de plazas de baja intensidad ocupadas por personas con necesidad de cuidados de alta intensidad;	

<sup>12</sup> El marco de regulación y planificación australiano establece una tasa de 113 plazas operativas por cada 1.000 personas de más de 70 años, de las cuales 44 deben ser residenciales de alta intensidad, 44 residenciales de baja intensidad, 25 de atención comunitaria, de las cuales 4 de alta intensidad.

	INDICADOR	DEFINICIÓN
<b>RESULTADOS</b>	Incidentes específicos en atención residencial	18. Número de hospitalizaciones por caídas en centros de atención residencial por cada 10.000 días de ocupación;
	Cumplimiento de los estándares de atención residencial	19. Proporción de servicios acreditados que reciben una re acreditación para tres años por cumplir los estándares de calidad; 20. Proporción de servicios para personas mayores que cumplen los requisitos establecidos en materia de edificación, seguridad anti-incendios e intimidad de las habitaciones.
	Quejas	21. Número de incumplimientos de la normativa de atención a las personas mayores detectado por el Sistema de Investigación de Quejas por cada 1.000 residentes como consecuencia de una queja o reclamación por parte de las personas usuarias.
	Cumplimiento de los estándares de atención comunitaria	22. Proporción de agencias de atención domiciliar que son sometidas a inspecciones en relación a los estándares de calidad; 23. Distribución de las agencias inspeccionadas en función de los resultados de la inspección;
	Evaluación por parte de las personas usuarias	24. Indicador pendiente de definir
	Coste por persona valorada	25. Gasto del Gobierno en valoración dividido por el número de valoraciones realizadas;
	Gasto por cápita de la población objetivo	26. Gasto total en servicios para la población mayor dividido por el número de personas de más de 75 años + las personas indígenas de 50 a 69 años
<b>IMPACTO</b>	Participación en la comunidad	27. Indicador pendiente de definir
	Mantenimiento del funcionamiento individual	28. Variación en la puntuación media de la escala Barthel modificada al inicio y al final del programa de atención provisional.
	Permitir personas con necesidad de atención vivir en la comunidad	29. Indicador pendiente de definir

### 3.4.3. Fuentes, difusión y utilización

Las fuentes de datos que se utilizan para estos indicadores son de dos tipos: datos administrativos remitidos por las entidades prestadoras o gestoras de los servicios, en la mayor parte de los casos, y datos provenientes de estadísticas, en algunas ocasiones.

La revisión de indicadores se hace con periodicidad anual, habiéndose publicado en 2011 datos referentes a 2010, en la mayor parte de los casos. El informe se difunde de forma gratuita en la página web del Gobierno y la ciudadanía puede acceder tanto al informe como a los archivos de datos. Los datos se presentan desagregados para cada una de las ocho regiones australianas (seis estados y dos territorios).

Además de los indicadores establecidos, el informe anual ofrece algunos datos de contexto sobre la organización de los servicios, el gasto realizado, o los factores relativos a las necesidades sociales (como las tasas de dependencia de la población, la estructura demográfica, etc.).

#### 3.4.4. Otros indicadores

El sistema RoGS que se acaba de describir se vincula estrechamente con otros sistemas de indicadores existentes en Australia y, particularmente, con los denominados Acuerdos Nacionales de cumplimiento, que se derivan de una serie de acuerdos económicos alcanzados entre las diversas administraciones australianas. Básicamente, se trata de una serie de indicadores de calidad que las administraciones estatales y locales deben cumplir para la percepción de financiación específica por parte del Gobierno central. En la actualidad, existen seis acuerdos nacionales, relativos a los servicios de salud, de educación, de formación y empleo, de vivienda, de atención a la población indígena y de atención a las personas con discapacidad.

Cada uno de los acuerdos nacionales contiene una serie de objetivos, impactos esperados, resultados e indicadores de cumplimiento, y clarifica las funciones y competencias de cada nivel administrativo en esos ámbitos de intervención. A diferencia de lo que ocurre en el caso del sistema RoGS, los acuerdos nacionales establecen una serie de indicadores de cumplimiento, como forma de incentivar la adopción de reformas en cada uno de esos ámbitos de acción, si bien se trata, en la mayor parte de los casos, de orientaciones genéricas relativas a la conformación de la red de servicios. En los demás aspectos, los acuerdos nacionales adoptan el mismo esquema conceptual que el RoGS, con información relativa a la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema.

Desde el punto de vista conceptual, el sistema establece un objetivo, al que se vincula un impacto determinado y, a éste, una serie de resultados, indicadores de cumplimiento y valores de referencia o *benchmark*. El objetivo del Acuerdo Nacional sobre Discapacidad se formula del siguiente modo: “Las personas con discapacidad y sus familias disfruten de una mejor calidad de vida y participan como miembros valorados de la comunidad”. La tabla siguiente recoge los *benchmarks* o patrones de referencia, las medidas establecidas para cada uno de ellos, y los indicadores de cumplimiento con los que se relacionan:

Cuadro 18. Sistema de indicadores del Acuerdo Nacional sobre Discapacidad en Australia

Objetivo	Definición	Indicador de cumplimiento asociado
Incremento en la proporción de las personas con discapacidad empleadas;	Número de personas con discapacidad de 15 a 64 años de edad empleadas a jornada parcial o completa dividido por el número de personas con discapacidad de ese tramo de edad.	Tasa de actividad laboral de las personas con discapacidad de 16 a 64 años
Reducción en la proporción de personas potencialmente demandantes de servicios cuyas necesidades no han sido atendidas;	Pendiente de definir	Proporción de personas potencialmente demandantes de servicios de apoyo cuyas necesidades no han sido atendidas <sup>13</sup> .
Incremento en la proporción de personas con discapacidad que acceden a servicios y cuentan con un plan individual de atención;	Pendiente de definir	Ninguno
Incremento en la proporción de personas jóvenes institucionalizadas, o en riesgo de serlo, a las que se ofrecen otras alternativas de atención;	Indicadores provisionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa de personas de 0 a 64 años que acceden a servicios residenciales en relación a las personas de ese tramo de edad con discapacidad severa;</li> <li>- Número de personas con discapacidad de 0 a 64 años de edad que reciben servicios para personas mayores;</li> <li>- Número de personas con discapacidad de 0 a 64 años des institucionalizadas.</li> </ul>	Ninguno
Incremento en la proporción de personas indígenas con discapacidad que reciben servicios de atención para personas con discapacidad;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporción de personas indígenas con discapacidad moderada o severa de 0 a 64 años que reciben servicios especializados de atención a la discapacidad.</li> <li>- Proporción de personas indígenas con discapacidad moderada o severa de 0 a 64 años que reciben servicios de empleo en el mercado ordinario.</li> <li>- Proporción de personas indígenas con discapacidad moderada o severa de 0 a 64 años que reciben servicios de empleo protegido.</li> </ul>	Número de personas indígenas con discapacidad que reciben servicios especializados en relación a la población indígena potencialmente demandante de los mismos <sup>14</sup> .
Todos los servicios están sujetos a sistemas de mejora de la calidad acordes a las especificaciones contenidas en el Acuerdo Nacional.	Pendiente de definir	Ninguno

Además de los indicadores de cumplimiento señalados, el sistema tiene en cuenta los siguientes:

- Proporción de personas con discapacidad que participan en actividades comunitarias y sociales;

<sup>13</sup> La población potencialmente demandante se establece a partir de encuestas epidemiológicas y censos de población que se realizan, respectivamente, cada seis y cinco años.

<sup>14</sup> La población potencialmente demandante se establece a partir de encuestas epidemiológicas y censos de población que se realizan, respectivamente, cada seis y cinco años.

- Proporción de personas con discapacidad satisfechas con la gama de servicios disponibles y con la calidad del apoyo que reciben;
- Tasa de actividad de las personas cuidadoras de 15 a 64 años de edad;
- Proporción de personas cuidadoras que reciben servicios de apoyo;
- Proporción de personas cuidadoras satisfechas con la gama de servicios disponibles y con la calidad del apoyo que reciben;
- Proporción de personas con discapacidad que perciben prestaciones de garantía de ingresos.

### 3.4.5. Conclusiones

Desde el punto de vista de la construcción de un sistema de indicadores de Servicios Sociales en la CAPV, el modelo de indicadores australiano resulta de gran interés. El modelo se caracteriza por:

- Desarrollo de un marco de indicadores a partir de un marco teórico sólido y de la definición de una serie de prioridades técnicas y políticas en cuanto a la atención prestada a cada colectivo;
- Inclusión de indicadores relacionados tanto con el funcionamiento del sistema (*outputs*) como con su impacto sobre la población (*outcomes*);
- Actualización anual y utilización de fuentes indirectas (registros administrativos y encuestas epidemiológicas);
- Desagregación de los indicadores a nivel regional;
- Consideración, de forma agregada, de indicadores de calidad asistencial.
- Construcción progresiva de los indicadores, partiendo de un esquema básico inicial.
- También resulta particularmente interesante la utilización, en el ámbito de la discapacidad, de un sistema de indicadores paralelo al general, que se vincula a la financiación que el Gobierno central ofrece a los gobiernos regionales en este ámbito.

## 3.5. El sistema de indicadores sociales de Sotka.net en Finlandia

### 3.5.1. Programas genéricos de indicadores sociales

Con cinco millones de habitantes, 20 regiones y 342 municipios, Finlandia cuenta con un completo sistema estadístico que ofrece datos sobre las condiciones de vida y los servicios sociales y de salud al alcance de la población. La página web del Instituto Nacional de Salud y



Bienestar ofrece indicadores, desagregados a nivel municipal y completamente actualizados, tanto del contexto demográfico, como de las necesidades sociales y de las características de los servicios sociales y sanitarios disponibles.

En ese contexto, el Instituto ofrece a través de la página Sotka.net un subgrupo de indicadores considerados de control o evaluación (*Seurantaindikaattorit*), agrupados en cuatro áreas:

- Indicadores de atención a las personas mayores (48 indicadores en total)
- Indicadores del programa KASTE 2008-2011(17 indicadores)
- Indicadores del programa PARAS (29 indicadores)
- Indicadores de salud pública 2015 (57 indicadores)

Los programas Kaste y Paras recogen diversos indicadores relacionados con las necesidades sociosanitarias de la población y con la cobertura de diversos servicios. En ninguno de los dos casos se establecen objetivos de referencia, y todos ellos se derivan de diversas fuentes estadísticas públicas.

Los 17 indicadores del programa Kaste se dividen, como se observa en la tabla, en tres bloques relativos a la exclusión social, la equidad en el acceso a la salud y el bienestar, la calidad de la atención y las desigualdades territoriales.

**Cuadro 19. Indicadores del programa Kaste en Finlandia**

Area	Indicadores
Incrementar la inclusión, reducir la exclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de la población de 0 a 17 separada de su hogar;</li> <li>- % de la población de 17 a 24 que no recibe servicios educativos;</li> <li>- % de la población de 17 a 24 perceptores de prestaciones de asistencia social durante más de diez meses en un mismo año;</li> <li>- % de parados de larga duración respecto al total de personas desempleadas;</li> <li>- % de personas solas sin hogar en relación al conjunto de la población.</li> </ul>
Mejorar la salud y el bienestar, reducir las desigualdades en salud y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo total de alcohol (en litros de alcohol puro)</li> <li>- Venta de bebidas alcohólicas por habitante</li> <li>- % de personas de 15 a 64 años con sobrepeso</li> <li>- % de personas de 15 a 64 años con obesidad</li> <li>- % de fumadores diarios entre el alumnado de 8º y 9º curso.</li> <li>- Tasa de pobreza infantil;</li> <li>- Periodos de hospitalización por accidentes domésticos o durante el tiempo de ocio</li> <li>- Mortalidad por accidentes domésticos o durante el tiempo de ocio.</li> </ul>
Mejorar la calidad, el impacto y la accesibilidad de los servicios, reduciendo las desigualdades territoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de personas de más de 75 años usuarias de servicios residenciales.</li> <li>- % de personas de más de 75 años usuarias de servicios de atención domiciliaria;</li> </ul>

Area	Indicadores
	- Plazas de dentistas vacantes en los centros de salud municipales en relación al total de plazas;

A su vez, el programa PARAS se centra fundamentalmente en la recolección de datos socio-demográficos y de contexto, en el ámbito sociolaboral y sociosanitario.

**Cuadro 20. Indicadores del programa PARAS en Finlandia**

Area	Indicadores
Factores relacionados con la necesidad de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa de desempleo;</li> <li>- Desempleo de larga duración en relación al conjunto de personas desempleadas;</li> <li>- Tasa de desempleo juvenil (18 a 24)</li> <li>- Tasa de delitos contra la vida y la salud;</li> <li>- Venta de bebidas alcohólicas por habitante;</li> <li>- % de personas perceptoras de asistencia social;</li> <li>- Tasa de morbilidad, ajustada por edad;</li> <li>- % de población con derecho a reembolso por la compra de medicamentos;</li> <li>- % de población mayor de 40 años con derecho a reembolso por la compra de medicamentos contra la diabetes;</li> <li>- % de población perceptora de pensiones por discapacidad y problemas de salud mental;</li> </ul>
Gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gasto municipal por habitante en salud y bienestar social;</li> <li>- Gasto por habitante en atención primaria de salud, incluyendo salud mental;</li> <li>- Gasto por habitante en atención secundaria de salud;</li> <li>- Gasto por habitante en servicios de atención a personas drogodependientes.</li> </ul>
Necesidad de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas médicas domiciliarias de atención primaria por cada 1.000 habitantes;</li> <li>- Visitas médicas domiciliarias de atención secundaria por cada 1.000 habitantes;</li> <li>- Pacientes atendidos por médicos de atención primaria en relación al conjunto de la población;</li> <li>- Reembolsos por utilización de servicios médicos privados en relación al conjunto de la población;</li> <li>- Visitas a médicos dentistas en los centros de salud por cada 1.000 habitantes;</li> <li>- Visitas a médicos dentistas privados por cada 1.000 habitantes;</li> <li>- Días de hospitalización por cada 1.000 habitantes;</li> <li>- Días de hospitalización psiquiátrica por cada 1.000 habitantes;</li> <li>- % de población mayor de 75 años que reside en su domicilio;</li> <li>- % de población mayor de 75 años que recibe atención domiciliaria</li> <li>- % de niños/as de 1 a 6 años que reciben servicios de atención infantil financiados por el Ayuntamiento;</li> <li>- % de jóvenes de 0 a 17 separados de sus familias;</li> <li>- % de jóvenes de 0 a 17 que reciben servicios de apoyo en la comunidad como parte de una intervención especializada.</li> </ul>

### 3.5.2. Marco nacional de servicios de alta calidad para personas mayores

A diferencia de los dos sistemas descritos previamente, el marco nacional de servicios para las personas mayores sí establece, en lo que se refiere a la cobertura mínima de los servicios, determinadas referencias u objetivos de cumplimiento. El catálogo de indicadores orientados a los servicios para las personas mayores se vincula al denominado Marco Nacional para Servicios de Alta Calidad a las Personas Mayores. Se trata de un programa establecido en 2008 y mediante el cual se establecen un plan de desarrollo de servicios y centros para las personas mayores en todos los municipios de Finlandia.

El Plan establece, por una parte, la necesidad de elaborar en cada municipio una estrategia local de atención a las personas mayores que incluya una serie determinada de servicios y prestaciones (atención domiciliaria, apoyo a los cuidadores informales, vivienda tutelada y atención residencial). Los planes deben también incluir otros servicios como centros de orientación, información y valoración, visitas domiciliarias de carácter preventivo o servicios de rehabilitación. El plan establece, además, una serie de requisitos en cuanto al alcance o la cobertura que en cada municipio ha de alcanzar la red de servicios. En ese sentido, se establece como objetivo que, para 2012, la población mayor de 75 años debe distribuirse de la siguiente manera:

- 91% a 92% de la población reside en sus hogares de forma independiente o utilizando los servicios sanitarios y sociales adecuados para sus necesidades;
- 13% a 14% de la población recibe atención domiciliaria periódica,
- 5% a 6% de la población recibe servicios de apoyo a las personas cuidadoras, incluyendo prestaciones económicas.
- 5% a 6% de la población reside en viviendas asistidas con apoyo de 24 horas;
- 3% viven en centros residenciales o en hospitales de larga estancia.

El Plan establece también algunas orientaciones en relación con las ratios de atención directa y sobre las condiciones físicas y materiales de los recursos. El compendio de indicadores accesible en [Sotka.net](http://Sotka.net) recoge las cinco tasas de cobertura señaladas, con datos que se remontan hasta el año 2000 y que pueden desagregarse a nivel regional o municipal.

Además, los indicadores relativos a las personas mayores ofrecen los siguientes indicadores (para los cuales no se establecen, el Marco Nacional antes citado, objetivos de referencia).

Cuadro 21. Indicadores de atención a las personas mayores en Finlandia

Area	Indicadores
Promoción de la salud y el bienestar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de la población mayor de 75 años que vive sola</li> <li>- % de la población mayor de 65 años que recibe la pensión completa</li> <li>- % de la población mayor de 65 años con derecho a reembolso del gasto en medicamentos;</li> <li>- % de la población mayor de 65 años con derecho a reembolso del gasto en medicamentos antipsicóticos;</li> <li>- tasas de personas de 65 y más años atendidas por heridas y envenenamientos;</li> <li>- tasa de mortalidad de la población de 65 y más años.</li> </ul>
Gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gasto en atención institucional a personas mayores</li> <li>- gasto en servicios de atención a personas mayores</li> <li>- gasto en otros servicios para personas mayores y con discapacidad</li> </ul>
Necesidad de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura de población (24 indicadores)</li> <li>- Proyecciones de población (siete indicadores)</li> <li>- Personas mayores que viven solas (2 indicadores)</li> <li>- Perceptores de pensiones no contributivas (1 indicador)</li> </ul>

### 3.6. Iniciativas para mejorar la calidad de los servicios municipales en Suecia

#### 3.6.1. El proyecto de Calidad (*Kvalitetsprojektet*)

Hace aproximadamente una década surgió con fuerza en Suecia el debate sobre la necesidad de crear un sistema de evaluación, seguimiento y comparación (*benchmarking*) para todos los municipios suecos. La Asociación de Municipios y Provincias (*Sveriges Kommuner och Landsting*) decidió, a raíz de aquel debate, poner en marcha un proyecto llamado *Kvalitetsprojektet* (El proyecto de calidad). Las actividades que se han llevado a cabo dentro del marco de este proyecto forman parte, desde el año 2003, de las actividades permanentes de la Asociación de Municipios y Provincias. A lo largo de los años, la asociación ha apoyado las entidades locales en su trabajo sistemático para mejorar la calidad de los servicios que prestan. Los principales objetivos de este proyecto son los siguientes:

- desarrollar la gobernanza y el liderazgo;
- mejorar la calidad de los servicios municipales;
- elaborar nuevos indicadores de calidad.

Se trata, concretamente, de encontrar métodos y modelos que puedan ayudar a aclarar la relación entre el coste y la calidad de los servicios prestados por los municipios suecos. En 2007 la junta de la Asociación de Municipios y Provincias tomó la decisión de dar prioridad a los asuntos relacionados con “mejora de la eficiencia” durante el periodo 2007-2011. Desde entonces,

el trabajo que se ha llevado a cabo en el ámbito de mejora de calidad se ha centrado, sobre todo, en crear una visión completa (enfoque holístico) de la gobernanza, el seguimiento y los resultados cuantitativos y cualitativos.

Lo que ha caracterizado este trabajo a lo largo de los años ha sido la estrecha colaboración con los miembros de la Asociación de Municipios y Provincias. Los modelos y métodos que se han probado fueron creados e implantados con ayuda de los representantes de los Ayuntamientos participantes. El trabajo –que se ha llevado de manera voluntaria y en forma de redes– ha contado con una amplia participación por parte de los Ayuntamientos, lo cual ha contribuido a fomentar la legitimidad de la tarea. A pesar de que los proyectos se llevan a cabo a nivel nacional, la Asociación de Municipios y Provincias hace hincapié en la importancia de no perder de vista que se trata de un instrumento que funciona para el autogobierno local, por lo que debe basarse en las necesidades e intereses locales.

Dentro de las diferentes iniciativas realizadas para mejorar la calidad, destaca el trabajo para desarrollar y aplicar un enfoque comparativo de los resultados municipales. Esta comparación es necesaria para que los Ayuntamientos puedan hacerse una idea de cuáles son sus principales potencialidades y debilidades. La comparación ha de funcionar como un impulso para el cambio. Para poder llevar un análisis comparativo es necesario crear indicadores de carácter cuantitativo y cualitativo. Las principales directrices para llevar a cabo este trabajo han sido:

- En la medida de lo posible se ha de evitar que se genere una *selva* de datos. Usar indicadores sencillos y claros para detectar diferencias en costes y calidad. Es bueno utilizar muchos datos y variables para entender el contexto particular de cada municipio pero es fácil perderse entre tanta información. Por ello, se ha optado por la idea del *quick benchmarking* (comparaciones rápidas). Se seleccionan los componentes más importantes, que nos aportan un 80% de la visión total, suficiente para hacerse una idea de la situación.
- El enfoque que se usa debe ser el del ciudadano y el del Gobierno municipal. Los indicadores deben poder utilizarse a la hora de tomar decisiones y fijar prioridades. Para los ciudadanos es importante poder ver lo que se hace con su dinero y compararlo con lo que sucede al respecto en otros municipios. Si se seleccionan los indicadores teniendo en cuenta la visión de los usuarios se prepara el camino para un debate democrático.

- Se deben comparar los resultados y localizar ejemplos de buena práctica para facilitar el intercambio de ideas. A la hora de identificar estas buenas prácticas se debe tener en cuenta únicamente el resultado, no el proceso que ha dado origen al resultado. Eso sí, una vez encontradas las buenas prácticas se puede analizar qué recursos y/o procesos han dado lugar al resultado deseado.
- Analizar si existe una relación entre el coste y la calidad de los servicios (medida de manera cuantitativa y cualitativa). Se debe diferenciar entre los indicadores de calidad que son cuantitativos (por ejemplo ratios) y los indicadores utilizados para medir resultados cualitativos. No obstante, los “indicadores operativos” (por ejemplo los ratios) pueden ser importantes para entender el origen de determinados resultados cualitativos. Solamente de esta manera se consigue convertir las conclusiones del análisis en práctica.

A la hora de desarrollar el trabajo para comparar la calidad de los servicios municipales, se ha optado, como en casi todos los proyectos relacionados con calidad que ha organizado la Asociación de Municipios y Regiones, por trabajar en redes de pequeño tamaño, formados por siete u ocho municipios. Los municipios que forman parte de una red deben tener un tamaño parecido y no estar muy alejados geográficamente (otros aspectos, como, por ejemplo, la estructura poblacional, son secundarios). Cada red tiene un grupo de líderes constituidos por los representantes de cada municipio que, a su vez, cuentan con su propio grupo de proyecto municipal para llevar adelante la iniciativa. La experiencia demuestra que el grupo de líderes debe estar compuesto por políticos y funcionarios con cargos de responsabilidad en el municipio. El grupo de líderes que se reúne tres o cuatro veces al año elige los aspectos a analizar. Cuando se ponen a prueba nuevos métodos o modelos, es su responsabilidad analizar los resultados y hacer el seguimiento. El grupo de proyecto municipal tiene la responsabilidad de elaborar indicadores y métodos. Durante los años que funcionaron las redes creadas para comparar la calidad de los municipios se compararon los resultados de diferentes servicios municipales, a mencionar entre ellos:

- los servicios de asistencia domiciliaria
- la atención a la infancia
- las viviendas tuteladas para personas mayores
- la atención personalizada a personas con discapacidad
- la educación primaria y secundaria

### 3.6.2. *Jämförelseprojektet* (Proyecto de comparación)

El balance del trabajo de las redes de comparación de calidad fue positivo y se abrió paso para un proyecto nacional ambicioso llamado *Jämförelseprojektet* o Proyecto de Comparación. Se trata de una iniciativa conjunta de la Asociación de Municipios y Regiones, el Ministerio de Finanzas, y el Consejo de Fomento de Análisis Municipal. Los municipios que eligieron participar recibían ayudas para financiar su participación en el mismo. En el proyecto participaron 190 Ayuntamientos (en torno al 60% del total), divididos en 28 grupos o redes con entre cinco y diez municipios cada uno.

El objetivo principal de este proyecto, que tuvo su fase más activa entre 2007 y 2010, fue desarrollar indicadores de calidad que sirvieran para mejorar la calidad en los servicios municipales. Al igual que las demás redes creadas para la realización de análisis comparativos intermunicipales, el centro de la atención era la relación entre coste-calidad de los servicios prestados. La idea de la Asociación de Municipios y Provincias era que cada red realizara investigaciones en dos ámbitos diferentes (por ejemplo atención a personas mayores y educación primaria y secundaria) al año. Cada red tenía la libertad de decidir con qué indicadores preferían trabajar. No obstante, la asociación de Municipios y Regiones asistía a las redes proporcionándoles una serie de indicadores propuestos. La colección de indicadores se divide en las siguientes categorías:

- atención preescolar;
- educación obligatoria;
- educación post obligatoria;
- soluciones residenciales para personas mayores;
- servicios de asistencia domiciliaria (para personas con discapacidad y personas mayores);
- atención a personas con discapacidad;
- intervención familiar;
- actividades de cultura y ocio;
- escala de satisfacción del usuario;
- escala de información;
- accesibilidad física.

Se recogen, a título de ejemplo, los indicadores utilizados en el ámbito de las soluciones residenciales.

**Cuadro 22. Indicadores residenciales en el sistema de comparación sueco**

<b>Índice de soluciones residenciales</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se ofrece más de un plato durante la comida principal (no cuentan las excepciones hechas para personas con alergia)? Sí/ No</li> <li>2. ¿Las y los usuarios tienen la posibilidad de decidir a qué hora se levantan? Sí/ No</li> <li>3. ¿Las y los usuarios tienen la posibilidad de decidir a qué hora se acuestan? Sí/ No</li> <li>4. ¿Todas y todos los usuarios tienen una habitación/ apartamento con cuarto de baño (ducha e inodoro)? Sí/ No</li> <li>5. ¿Se ofrece a todas y todos los usuarios la posibilidad de pasar tiempo al aire libre (paseo o estancia en terraza) todos los días? Sí/ No</li> <li>6. ¿Se sirve una comida por la tarde/ noche (la intención es ver si la persona mayor pasa más de once horas sin comer)? Sí/ No</li> <li>7. ¿Se ofrecen cuidados personales (maquillaje, peluquería y/o masaje) a las y los usuarios todas las semanas? Sí/ No</li> <li>8. ¿Se ofrece a las y los usuarios un mínimo de dos actividades organizadas (no necesariamente con la participación del personal del servicio residencial) cada día de lunes a viernes? Sí/ No</li> <li>9. ¿Se ofrece a las y los usuarios actividades organizadas (no necesariamente con la participación del personal del servicio residencial) durante los fines de semana? Sí/ No</li> <li>10. ¿Se ofrece a las y los usuarios la posibilidad de realizar actividades según su propio deseo (charlar, crucigramas, cuidado de plantas etc. etc.) todos los días? Sí/ No</li> <li>11. ¿Todas y todos los usuarios (no se incluye a las personas que no saben manejar una cerradura) tienen su propia llave a su habitación/ apartamento? Sí/ No</li> <li>12. ¿Todas y todos los usuarios cuentan con su propio buzón? Sí/ No</li> <li>13. ¿Ofrece el servicio residencial cuidados paliativos? Sí/ No</li> </ol>	
<p>Las respuestas de estas preguntas se presentan de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número total de plazas residenciales para personas mayores en el municipio:...</li> <li>- Número total de unidades residenciales para personas mayores.</li> <li>- Cada pregunta tiene dos posibles respuestas (sí o no). En una tabla se enseña, por cada pregunta, cuántas unidades contestan que sí o no y el % en relación al número total de unidades residenciales.</li> <li>- La misma tabla recoge datos, por cada pregunta, sobre cuántas personas viven en las soluciones residenciales que contestan que sí o que no y el % que suponen en relación al número total de usuarios.</li> </ul>	
<b>Índice de eficacia</b>	
<p>Se relacionan los resultados del índice (escala) de soluciones residenciales con el coste de cada plaza residencial. Se trata, por lo tanto, de una medida del coste relacionado con el nivel de calidad de la solución residencial.</p> <p>Para obtener este índice, el coste total de una plaza en la solución residencial se divide por el número total de "puntos" de calidad (obtenidos con ayuda del índice de soluciones residenciales). El resultado es el coste por punto de calidad.</p>	
<b>Índice de satisfacción de las y los usuarios de las soluciones residenciales</b>	
<p>Se lleva a cabo una encuesta entre las y los usuarios de las soluciones residenciales. La encuesta consta de las siguientes tres preguntas:</p> <p>a) ¿Está usted satisfecho/a con la atención recibida? Para responder hay una escala de 1-10. 1=No estoy nada contento/a 10=Estoy muy contento/a</p> <p>b) ¿La solución residencial cumple con tus expectativas? Para responder hay una escala de 1-10. 1= Nada 10=Mucho</p> <p>c) Imagínese una solución residencial perfecta. Describa, por favor, cuánto se asemeja la solución residencial donde vive ahora a la perfecta. Para responder hay una escala de 1-10. 1= Nada 10=Mucho</p>	



La fórmula que se utiliza para hacer el cálculo es la siguiente:  $(\text{la suma de las respuestas a las preguntas a+b+c}) / (3 - 1) / 9) * 100$

### Tiempo de espera para acceder a una plaza residencial

El indicador hace referencia al tiempo medio y mediano transcurrido entre la solicitud de la plaza y la admisión en el servicio residencial. Para cada ingreso se registra: fecha de solicitud, fecha de resolución y fecha de admisión. Los resultados se presentan de la siguiente manera:

- Número medio de días que pasan entre la solicitud de la plaza y el acceso a la plaza
- Mediana del número de días que pasan entre la solicitud de la plaza y el acceso a la plaza
- Número de solicitudes que no se han atendido en un plazo de tres meses

### Información

Para determinar la eficacia de la información municipal sobre soluciones residenciales se solicita a una persona ajena al ayuntamiento que revise la información escrita o electrónica referente a las mismas, comprobando los siguientes ítems:

- ¿Aparece información sobre cómo hacer la solicitud para recibir prestaciones sociales y económicas?
- ¿Aparece información sobre los diferentes tipos de soluciones residenciales existentes que se dirigen a las personas mayores?
- ¿Aparece información sobre la atención que puedan ofrecer los servicios de asistencia domiciliaria?
- ¿Aparece información sobre las diferentes unidades residenciales con datos de contacto (teléfono, dirección de correo electrónico, dirección postal) del encargado y de otras personas que ocupan puestos de trabajo de responsabilidad (enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.)?
- ¿Aparece información sobre las características de las diferentes unidades residenciales (actividades, etc.)?
- ¿Aparece información sobre la ubicación geográfica de las diferentes unidades residenciales?
- ¿Aparece información sobre el tiempo de espera (desde la solicitud al acceso al servicio)?
- ¿Aparece información sobre cómo recurrir la decisión sobre la admisión a la solución residencial?
- ¿Aparece información sobre las tarifas?
- ¿Aparece información sobre cómo debe funcionar el contacto con los familiares?
- ¿Aparece información sobre cómo y a quién se puede presentar una queja sobre la solución residencial?
- ¿Aparece información sobre el derecho de elegir solución residencial?
- ¿Aparece información sobre la carta de servicio?
- ¿Aparece información sobre la calidad de los servicios (por ejemplo encuestas realizadas entre los usuarios)?
- ¿Aparece información suficiente sobre los resultados de las diferentes unidades de soluciones residenciales como para poder hacer un análisis comparativo?
- ¿Aparecen los formularios (en formato imprimible) para hacer la solicitud de acceso al servicio residencial/ servicio de asistencia domiciliaria?
- ¿Hay información en varios idiomas?
- ¿Hay información en texto "accesible" (fácil de leer)?

Para cada pregunta, hay tres opciones de respuesta: No=0 punto; Parcialmente cierto=1 punto; Sí=3 puntos

En el caso de la revisión de la página web se debe localizar la información en menos de dos minutos para poder poner una respuesta afirmativa.

### Quejas y recursos presentados en el juzgado regional

Se contabiliza el número de recursos resueltos favorablemente por el juzgado regional durante el último año. Se recogen los siguientes datos:

- Número total de decisiones sobre el acceso a servicios residenciales durante el último año
- Número total de recursos presentados a decisiones sobre el acceso a servicios residenciales durante el último año.
- Tasa de reclamación de decisiones sobre acceso a servicios residenciales durante el último año (en %).
- Número total de recursos resueltos favorablemente por el juzgado regional.

<b>Tiempo de atención médica</b>
<p>Los datos que se recogen son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número total de horas durante las que están disponibles las y los médicos al mes</li> <li>- Número de minutos de atención médica que reciben las y los usuarios de las soluciones residenciales al mes</li> </ul>
<b>Tiempo de atención de enfermera</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número total de horas durante las que están disponibles las y los enfermeros al mes</li> <li>- Número de minutos de atención de enfermería que reciben las y los usuarios de las soluciones residenciales al mes</li> </ul>
<b>Coste generado por retrasos de alta médica del hospital</b>
<p>Se pretende averiguar cómo funciona la coordinación sociosanitaria en los casos en lo que las personas mayores que han estado hospitalizadas necesitan una plaza en una solución residencial. Se pretende también ver qué disponibilidad tienen las soluciones residenciales para recibir a las personas con alta médica. Para ello se recogen los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coste total que reclama Sanidad al Ayuntamiento para financiar la estancia de personas mayores que en realidad han recibido alta médica pero no pueden mudarse debido a la falta de plazas en soluciones residenciales.</li> <li>- Número de personas afectadas</li> <li>- Coste/ persona afectada</li> <li>- Número de días hospitalarias que reclama Sanidad al Ayuntamiento para financiar la estancia de personas mayores que en realidad han recibido alta médica pero no pueden mudarse debido a la falta de plazas en soluciones residenciales.</li> <li>- Número de días/ persona afectada</li> </ul>
<b>Informes sobre incidencias</b>
<p>Se pretende contabilizar el número de incidencias producidas en lo que se refiere a las caídas y el manejo de fármacos. Se recogen los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número total de incidencias en el manejo de fármacos en las soluciones residenciales</li> <li>- Número total de personas usuarias de las soluciones residenciales</li> <li>- Número de incidencias en el manejo de fármacos por usuario/a</li> <li>- Número total de incidencias relacionadas con caídas en las soluciones residenciales</li> <li>- Número total de personas usuarias de las soluciones residenciales</li> <li>- Número de incidencias relacionadas con caídas por usuario/a</li> </ul>

Como se ha señalado previamente, la opción por trabajar en redes responde a varias razones. Una de ellas es la de establecer una buena estructura y cultura para seguir haciendo comparaciones continuas en el futuro. Este último objetivo se ha cumplido, puesto que si bien la financiación estatal para el desarrollo del proyecto ha finalizado, se ha mantenido un número importante de las redes de comparación creadas en el marco del mismo. Otro objetivo del proyecto fue que algunas de las medidas utilizadas para evaluar la calidad se convirtieran en indicadores nacionales de calidad. Este último propósito también se ha cumplido, ya que entre otros productos resultantes del proyecto se encuentra una nueva base de datos nacional que recoge los datos municipales que se refieren a estos indicadores.

Los resultados de las investigaciones se presentan en informes municipales de carácter semestral. El Consejo Municipal discute los resultados obtenidos y decide si hay que tomar medidas de mejora. Las decisiones de los Consistorios se revisan en la red de proyecto. Año y medio después de implantar medidas dirigidas a mejorar los servicios municipales en un determinado ámbito se llevan a cabo evaluaciones. Los informes elaborados sirven para que el Ayuntamiento vaya aprendiendo de su propia experiencia y para que los municipios que participan en una misma red puedan intercambiar sus ideas. La página web del proyecto de comparación que recopila todos los informes municipales permite además que los Ayuntamientos puedan buscar experiencias, en el ámbito de trabajo en el que están activos, de otros municipios que no forman parte de la red a la que pertenecen. En la página web del proyecto se han clasificado los informes según el ámbito que abordan:

- programas de integración laboral;
- atención preescolar ;
- alumbrado público y carreteras;
- educación obligatoria;
- educación post obligatoria;
- atención a personas con discapacidad;
- desarrollo sostenible;
- intervención familiar;
- información y asesoramiento;
- servicios de comidas;
- actividades de cultura y de ocio;
- fomento;
- infraestructuras;
- atención a personas mayores;
- otros.

### **3.7. Marco Común europeo para la Calidad de los Servicios Sociales de Interés General (MCC-SSIG)**

Esta propuesta de marco común europeo, creado por una red europea de entidades que trabajan en el ámbito de los servicios sociales y financiada a través de la Comisión Europea y el

proyecto Prometheus<sup>15</sup>, pretende establecer las bases para un modelo común de calidad para los servicios sociales de interés general.

Los objetivos de este marco son: a) facilitar la planificación, implementación, monitorización, evaluación y mejora de la calidad en los servicios sociales y b) reforzar la colaboración internacional en el intercambio del conocimiento y de buenas prácticas, y permitir la comparación del rendimiento de los servicios sociales en los estados miembro de la UE (*benchmarking*). El marco pretende servir como modelo a los legisladores, financiadores y proveedores de servicios sociales a la hora de evaluar su rendimiento y su contribución a la mejora de la calidad de estos servicios, así como establecer una referencia a partir de la cual las personas usuarias conozcan al estándar de atención al que debieran poder acceder.

Desde el punto de vista conceptual, el Marco se basa en el modelo de *Inputs-Outputs-Outcomes* (IOO) antes mencionado, aunque tiene la particularidad de incorporar, al mismo tiempo, un enfoque garantista, centrado en la equidad, la justicia y el respeto a los derechos de las personas usuarias. En este sentido, los objetivos a los que se considera que deben aspirar los servicios sociales son:

- Incrementar la cohesión social;
- Mejorar la inclusión social y la participación;
- Respetar los derechos humanos de las personas usuarias;
- Promover un mejor acceso a los servicios, especialmente para las personas más desfavorecidas.

Estos objetivos se hacen operativos mediante seis dominios, ocho condicionantes de la calidad y nueve principios que se concretan, a su vez, en una serie de criterios cualitativos para la garantía de la calidad. Los ocho condicionantes de la calidad se refieren a aspectos contextuales tales como el marco legislativo, organizativo y financiero, considerados requisitos esenciales para que los proveedores desarrollen su actividad y, en ese sentido, son condiciones previas y esenciales de la calidad. Estos son:

- Políticas sociales basadas en una comprensión transversal de la problemática social y basadas en la evidencia cuantitativa y cualitativa. Los proveedores de servicios no pueden operar en un vacío político.

---

<sup>15</sup> El proyecto Prometheus se inscribe en las acciones de la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Unión Europea para promover una estrategia para la definición, evaluación y mejora de la calidad de los servicios sociales de interés general, financiado a través del programa PROGRESS.

- Marco legislativo. Las políticas sociales mencionadas deben desarrollarse y concretarse en un marco legislativo adecuado en el ámbito europeo, nacional y regional. Este marco legislativo debe prevenir los efectos negativos que pueden tener el mercado libre y la creciente competitividad del sector de los servicios sociales en un acceso universal a los servicios sociales de calidad.
- Financiación sostenible, que posibilite la continuidad en la provisión de servicios de calidad.
- Comunicación entre los distintos agentes del sistema. Un contexto en el que la comunicación y la cooperación entre los diversos agentes del sistema de servicios sociales se circunscribe a reglas y regulaciones burocratizadas, puede limitar las oportunidades de las personas usuarias, de los proveedores de servicios y de los profesionales para cumplir ciertos requisitos de calidad.
- Accesibilidad económica. Es esencial que los servicios sociales se ofrezcan basándose en los principios de solidaridad y acceso universal. Los servicios sociales sujetos a copago deben ser económicamente accesibles para toda la población.
- Accesibilidad. Se refiere tanto a la accesibilidad física como administrativa, así como a la información disponible sobre los servicios. Las administraciones y los proveedores de servicios deben ocuparse de eliminar todas las barreras que dificulten a las personas usuarias el acceso a los servicios.
- Disponibilidad. Debería proveerse una amplia gama de servicios de cara a garantizar las posibilidades de elección de las personas usuarias y una adecuada cobertura de las necesidades existentes.

Además de estos ocho condicionantes referidos al contexto en el que se prestan los servicios, los principios y los criterios cualitativos que contempla el Marco Común para la Calidad se recogen en la siguiente tabla:

Cuadro 23. Indicadores del Marco Común para la calidad de los Servicios Sociales de Interés General

Aspectos	Domínios	Principios de calidad	Criterios de calidad
Organiza-tivo	Requisi-tos para provee-dores de servicios	Calidad en la gobernanza	Calidad en la gestión <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios clarifica las funciones y las relaciones entre quienes gestionan, diseñan, proporcionan y evalúan la provisión del servicio.</li> <li>El proveedor de servicios recoge información sobre los resultados de los planes individuales de atención y evalúa de forma continuada la satisfacción de las personas usuarias con el servicio.</li> <li>Los proveedores de servicios ofrecen información continuada a la persona usuaria de forma proactiva.</li> </ul>
			Responsabilidad y transparencia <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios tiene mecanismos para llevar a cabo evaluaciones periódicas e independientes de sus resultados financieros y no financieros, incluyendo mecanismos de evaluación participativa y pone esta información a disposición del público.</li> </ul>
			Planificación anual <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios establece y documenta un plan anual y un proceso de revisión del mismo.</li> </ul>
			Feedback <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios dispone de mecanismos para recoger el feedback de las personas usuarias, financiadores y otros agentes relevantes sobre los servicios proporcionados.</li> </ul>
			Mejora continuada de la calidad <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios dispone de mecanismos para la mejora continuada de la calidad del servicio.</li> </ul>
			Confidencialidad <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios dispone de mecanismos para definir, documentar, monitorizar y evaluar los procedimientos para garantizar la confidencialidad de los datos sobre las personas usuarias y el servicio que se les proporciona.</li> </ul>
		Colabora-ción <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios trabaja en colaboración con las personas usuarias, ya sea de forma individual o a través de sus representantes, con los financiadores, con los políticos y con otros agentes relevantes en la identificación de necesidades, en la planificación, en la investigación, en el desarrollo y en la definición de la oferta de servicios, monitorizando y evaluando, y garantizando que los servicios contribuyen a una sociedad inclusiva.</li> </ul>	
Provisión de servi-cios	Necesidades de la persona usuaria	Derechos	Carta de derechos <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios garantizan los derechos de la persona usuaria tal y como se recogen en un documento, basado en las convenciones internacionales de derechos humanos, fácilmente accesible a la persona usuaria, sus familiares y organizaciones que los representan.</li> </ul>
			No discriminación <ul style="list-style-type: none"> <li>La persona usuaria recibe servicios basados en la igualdad de oportunidades, sin discriminación por ninguna causa.</li> </ul>
			Gestión de quejas <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios pone a disposición de las personas usuarias, de sus clientes y otros agentes relevantes, un procedimiento de quejas y reclamaciones de fácil uso.</li> </ul>
			Libertad de elección <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios ofrece opciones a la persona usuaria en cuanto a los servicios que le proporciona y cómo se prestan esos servicios.</li> </ul>
			Autodeterminación <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios respeta el derecho fundamental de las personas usuarias a la autodeterminación. La persona usuaria tiene derecho a ejercer su opción política y a su desarrollo económico, social y cultural.</li> </ul>
			Acceso a asesoramiento legal y apoyo <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios facilita que las personas usuarias puedan tener acceso y elección en lo que se refiere al asesoramiento legal y personal de apoyo.</li> </ul>
		Participación	Información <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios proporciona información completa la gama de servicios disponibles, sus objetivos, su función y su calidad, así como so-</li> </ul>

Aspectos	Domínios	Principios de calidad	Criterios de calidad
			<p>bre la participación de las personas usuarias.</p> <p>Se involucra a la persona usuaria en la toma de decisiones y en la evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de servicios dispone de mecanismos para la participación de las personas usuarias en la definición de las necesidades y de los servicios, así como en la evaluación de la calidad.</li> <li>• El proveedor de servicios facilita, a través de información comprehensiva y procesos efectivos y transparentes la inclusión de la persona usuaria como una parte activa en el diseño, el desarrollo, la decisión, la planificación y la revisión independiente de los servicios y sistemas de servicios.</li> </ul> <p>Empoderamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de servicios dispone de instrumentos específicos para incrementar su empoderamiento y mejorar su situación personal, y la de la comunidad, incluyendo mecanismos para crear un entorno de empoderamiento. Estos mecanismos deberían favorecer la independencia y la autodeterminación de la persona usuaria en la medida de lo posible.</li> </ul>
	Requisitos del personal	Competencia del personal	<p>Profesionales cualificados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La contratación de personal se basa en una política de selección y retención del personal que promueve la selección del personal con los conocimientos, habilidades y competencias adecuadas.</li> </ul> <p>Condiciones de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de servicios respeta la legislación vigente y garantiza un salario digno e igual para un mismo trabajo, así como unas condiciones dignas de trabajo.</li> </ul> <p>Formación y desarrollo del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros del personal reciben la formación adecuada sobre las características de la población atendida y sobre el respeto a los derechos humanos.</li> <li>• Se identifican y evalúan las competencias, habilidades y las necesidades de apoyo del personal.</li> </ul> <p>Ratio de profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de servicios opera los servicios con unas ratios de profesionales adecuadas y previamente acordadas.</li> </ul> <p>Voluntarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se promueve el voluntariado y se valora adecuadamente a las personas valoradas. Se ofrece a los voluntarios/as la formación adecuada para desarrollar sus tareas y se garantiza que tienen la supervisión necesaria. El código ético aplicable a los profesionales también se aplica a las personas voluntarias.</li> </ul>
		Ética	<p>Respeto a la dignidad humana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de servicios define y monitoriza su código ético, que respeta y garantiza la dignidad de la persona usuaria, su familia y las personas cuidadoras, y las protege de posibles abusos a la vez que promueve la justicia social.</li> </ul> <p>Código ético para profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La actuación del personal está gobernada por una serie de principios y valores que contemplan aspectos de la confidencialidad, el rigor, la exactitud, la privacidad y la integridad, así como los derechos de las personas usuarias.</li> </ul> <p>Garantizar la protección y la seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proveedor de servicios dispone de mecanismos para prevenir el abuso físico psicológico y financiero de las personas usuarias.</li> <li>• El proveedor de servicios proporciona los servicios de una forma segura y en un entorno seguro para garantizar la protección de las personas usuarias.</li> </ul>
	Requerimientos para el servicio	Servicios centrados en la persona	<p>Servicios individualizados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios sociales, ofrecidos como parte de una gama de servicios, se prestan de forma coordinada y se adecúan a las necesidades de las personas usuarias, de forma que cubren sus múltiples necesidades, las de sus familiares y cumplen con los objetivos del servicio.</li> </ul> <p>Proximidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios sociales se ofrecen desde la mayor proximidad posible, de forma que favorecen la (re)integración de la persona en su entorno.</li> </ul> <p>Accesibilidad económica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios sociales se ofrecen a precios que son asumibles para las</li> </ul>

Aspectos	Domínios	Principios de calidad	Criterios de calidad
			personas que necesitan el servicio.
		Integralidad	<p>Abordaje integral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios sociales se proporcionan desde un abordaje integral adecuado a las necesidades, expectativas y capacidades de la persona usuaria y tienen como finalidad el bienestar de la misma.</li> </ul> <p>Promoción de la calidad de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios sociales promueven la calidad de vida de las personas.</li> </ul> <p>Atención continuada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios sociales se coordinan ya sea mediante la integración o la colaboración entre proveedores de servicios y tienen una actitud proactiva en promover el acceso a estos servicios.</li> <li>El proveedor de servicios invierte en ofrecer servicios continuados y sostenibles.</li> </ul> <p>Acceso a servicios y apoyos de equipos multidisciplinares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los proveedores de servicios facilitan el acceso a servicios y apoyos multidisciplinares adecuados a las necesidades y demandas de las personas usuarias.</li> </ul>
Beneficios y resultados	Beneficios y resultados de los servicios	Orientación a resultados	<p>Beneficios para las personas usuarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios evalúa el impacto de los servicios en la calidad de vida de las personas usuarias.</li> <li>El proveedor de servicios recoge información sobre el impacto de los servicios recibidos en la persona usuaria</li> </ul> <p>Registro de los beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios proporciona información comprensible y fácilmente accesible sobre los resultados, incluyendo la percepción de las personas usuarias, a la vez que se protegen la privacidad y los datos personales.</li> </ul> <p>Revisión de los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El proveedor de servicios lleva a cabo revisiones independientes y periódicas de los sistemas y procedimientos para conseguir los resultados que se propone.</li> </ul> <p>Transparencia de los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los resultados financieros y no financieros se ponen a disposición de las personas usuarias, las entidades financiadoras y otras partes interesadas.</li> <li>El proveedor de servicios revisa la responsabilidad que, a título personal, han tenido en los resultados obtenidos, todas las personas involucradas en el servicio.</li> </ul>

Este marco común para la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sociales de interés general puede ser aplicado tanto a nivel del sistema como del servicio y, si bien supone una propuesta interesante en la medida en la que establece un concepto común de lo que debe ser la calidad en los servicios sociales y las bases para un futuro ejercicio de *benchmarking* frente a otros países de la UE, evidentemente, su aplicación no es obligatoria. Al tratarse de una propuesta, tampoco se han desarrollado instrumentos de publicación y difusión de los resultados.

### 3.8. Indicadores específicamente aplicados en el ámbito de la atención a las personas mayores en situación de dependencia

La mayor parte de los sistemas de indicadores de rendimiento analizados hasta ahora se refieren al sistema de servicios sociales, ya sea en el marco del conjunto de los servicios públicos, ya



sea en el marco de los servicios de atención social y/o sociosanitaria. Sin embargo, también son frecuentes los modelos de indicadores centrados en el análisis de un colectivo determinado –como las personas menores de edad o las personas mayores en situación de dependencia– o de un tipo concreto de recursos, como pueden ser, fundamentalmente, los centros residenciales para personas mayores. En este punto se describen dos propuestas de sistemas de indicadores planteados recientemente tanto para la atención residencial a las personas mayores como al conjunto de los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

### 3.8.1. *La gestión de la calidad en el seguro de dependencia de Alemania*

El Seguro de Dependencia alemán está muy orientado a la prestación de servicios por parte de proveedores privados, cuyos servicios son financiados por las correspondientes Cajas del seguro de dependencia y enfermedad. En el marco de ese sistema, y a partir de la constatación durante sus primeros años de ciertos déficits en cuanto a la calidad de la atención prestada, a partir de la reforma normativa realizada en 2008, el seguro de dependencia alemán se ha dotado de un amplio dispositivo orientado a la garantía de la calidad y el control de los indicadores de rendimiento en los centros que prestan servicios de atención a la dependencia.

El modelo se apoya fundamentalmente en dos elementos (Buscher, 2010): de un lado, la minuciosa elaboración de guías, protocolos o estándares de calidad orientados a la intervención en los centros residenciales en aspectos muy específicos de la intervención; por otro, la publicación –en el marco de los procesos regulares de inspección– de los resultados cosechados por de todos los centros residenciales y las empresas proveedoras de atención domiciliaria.

Se resumen a continuación los elementos principales de cada uno de los dos modelos.

- a) Los estándares de expertos/as de la *Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*

La Red de Trabajo para Mejora de la Calidad de los Cuidados (*Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*) es una asociación nacional de profesionales cuyo objetivo es mejorar la atención hospitalaria y residencial que se presta a las personas mayores con dependencia. Creada en 1992 por la Universidad de Ciencias Aplicadas de Osnabrück, la red está compuesta por personas expertas (investigadores, personal docente y profesionales de centros residenciales y hospitalarios) en cuidados en el ámbito sociosanitario.

Uno de los objetivos de la red es la investigación de métodos e instrumentos para la promoción y la medición de la calidad en los cuidados. El segundo objetivo de la red es consiste en el

desarrollo e implementación de estándares de calidad asistencial consensuados y basados en la evidencia clínica disponible. Los estándares señalados hacen referencia a la atención hospitalaria y los cuidados de larga duración y se elaboran en estrecha colaboración con el Consejo Nacional de Cuidados (*Deutschen Pflegerat*) y con apoyo económico del Ministerio de Sanidad.

Desde el año 1999 se han elaborado siete documentos de estándares relacionados con otros tantos aspectos de la atención:

- Prevención de úlceras;
- Gestión de altas;
- Gestión del dolor;
- Prevención de caídas;
- Promoción de continencia urinaria;
- Cuidados de las personas con heridas crónicas;
- Gestión de la nutrición para asegurar y promover la nutrición oral;

Los estándares de expertos se utilizan para definir, implementar y evaluar la calidad de la atención. Aunque están fundamentalmente orientados a los profesionales, también sirven para concienciar a las y los usuarios de los servicios y a sus familiares sobre el nivel de calidad y las características de la atención que reciben. Las principales funciones de los estándares de expertos son las siguientes:

- Definición y de actividades y responsabilidades profesionales;
- Promoción de innovaciones;
- Promoción de práctica profesional, identidad profesional y movilidad profesional basada en la evidencia;
- Servir como plataforma para el intercambio de opiniones sobre la calidad de la atención.

El proceso de elaboración de los estándares se articula en seis fases:

- Selección de la temática. Las propuestas pueden venir de las asociaciones de profesionales o de las entidades del ámbito sanitario y social. Se hace una revisión de la literatura para ver qué relevancia tiene la elaboración de unos estándares sobre este determinado tema. Posteriormente se realiza una valoración de la literatura científica para ver si existe suficiente información para elaborar unos estándares.

- Creación de grupo de expertos. Se crea un grupo de trabajo con ocho a doce miembros. En el grupo de trabajo hay profesionales (preferiblemente con experiencia de implementación de estándares) y personas que representan los intereses de los usuarios. El grupo de trabajo del proyecto es coordinado por un equipo científico (cuyos miembros son nombrados por el Comité Directivo de la red de forma oficial y reclutados a través de Internet y los medios de comunicación especializados).
- Elaboración de un borrador de estándares. El equipo científico es responsable de la selección de la metodología y de la revisión de la literatura existente en la materia que sirve para encontrar evidencia empírica. No obstante, en el proceso de elaboración de los estándares participan el equipo científico, el grupo de trabajo y el comité directivo de la red. El grupo de trabajo es el principal responsable del contenido del borrador pero en ocasiones se pide el asesoramiento de profesionales externos. Una persona del comité directivo de la red o del equipo científico suele hacer de moderadora durante las discusiones en el grupo de trabajo. Después de tener claro qué incluir en el borrador el equipo científico se encarga de su redacción. El borrador que se elabora contiene estándares sobre la calidad de estructura, el proceso y los resultados de los cuidados, según el modelo de Donabedian. En términos generales, las decisiones sobre el contenido del borrador han de tomarse de manera consensuada pero en algunos casos las decisiones se toman por mayoría. Los estándares deben reunir una serie de características, a saber: reflejar el estado actual de conocimiento en la materia; ser claros y medibles; establecer medidas de acción, ámbito de actuación y entidades responsables; mostrar posibilidades de colaboración con otros actores y entidades; diferenciar entre la calidad de estructura, proceso y resultados; estar orientadas a las necesidades de los usuarios objetivos y, por último, ser viables en la práctica.
- Conferencia de consenso. La versión provisional de los estándares es llevada a una conferencia de consenso durante la que se debate el contenido recogido. Tras la conferencia, en la que participan expertos (científicos y profesionales activos) en cuidados, personas expertas en el ámbito de los estándares de calidad (no necesariamente del ámbito sociosanitario), representantes de organizaciones que defienden los intereses de los usuarios y representantes institucionales y entidades de referencia en el ámbito de los cuidados sociosanitarios, el grupo de expertos y el equipo científico valoran la discusión llevada a cabo e incorporan eventuales modificaciones en el borrador.
- Aplicación experimental. Cuatro semanas después de la celebración de la conferencia, el equipo científico selecciona 25 unidades de cuidados (establecimientos hospitalarios

o de cuidados de larga duración) en las que se implementará la nueva versión de los estándares de forma experimental. El objetivo de la implementación es valorar la funcionalidad práctica de los estándares y estimar qué posibilidades hay que las unidades de cuidado cumplan con futuros estándares. Para poder implementar los estándares provisionales se crean grupos de proyecto locales en los que toman parte miembros del equipo científico y representantes de las entidades participantes. El proceso de implementación se inicia con un periodo de formación de cuatro semanas de duración. Las ocho semanas seguidas son dedicadas a adaptar los estándares al contexto concreto en el que se implantarán (teniendo en cuenta características especiales de los usuarios o condiciones particulares de la unidad de cuidados). A esta fase preparatoria siguen ocho semanas durante las que se llevan a cabo la implementación, presentando el instrumento a la mayor parte del personal. Durante las cuatro últimas semanas del proceso se implanta el instrumento de auditoría. Al final del proceso se organiza un taller durante el que se hacen públicos los resultados de la implementación. Después de incorporar eventuales modificaciones, fruto de esta reunión final, se publica la versión definitiva del documento. Se difunden los estándares a través de la página web de la red, mediante la implantación de cursos de información y durante seminarios.

- Actualización de los estándares. Los estándares son actualizados al menos una vez cada cinco años.

Casi todos los estándares que han sido publicados por red de trabajo para mejora de la calidad de los cuidados tienen la misma estructura. Constan de:

- Un informe que describe el desarrollo, el proceso de consenso y la implementación del estándar en cuestión. También se publica junto a este informe, o por separado, los resultados de la revisión de la literatura.
- El instrumento de auditoría. Uno de los cuestionarios del instrumento va dirigido a los usuarios y el otro se dirige a los profesionales.

Desde la entrada en vigor de la ley de desarrollo de los cuidados (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes*) el 1 de julio de 2008, la responsabilidad de elaborar y financiar los estándares de expertos ha pasado al Seguro de Dependencia. Esta reforma de la normativa ha convertido los estándares de expertos en un reglamento de obligado cumplimiento para todas las unidades de cuidados en Alemania. Se prevé que en el futuro la red de trabajo para mejora de la calidad de los cuida-

dos incorporará nuevas tareas entre las actividades que llevan a cabo para mejorar la calidad de los cuidados, entre ellas:

- Prestar apoyo a las entidades que implementan los estándares;
  - Elaborar indicadores de calidad a partir de los estándares de expertos;
  - Desarrollar material informativo sobre los estándares de expertos para los usuarios y sus familiares.
- b) El sistema de inspecciones e informes públicos

El servicio médico de las asociaciones de las cajas de la Seguridad Social (*Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen*) tiene la obligación de recopilar y publicar cada tres años los resultados de las evaluaciones anuales llevadas a cabo por el servicio médico de la Seguridad Social en las entidades responsables de los cuidados (residenciales, de atención diurna y de atención domiciliaria) incluidos en el ámbito del Seguro de Dependencia. En el caso de que el servicio médico de la Seguridad Social encuentre problemas de calidad en algún centro de cuidados de larga duración recomiendan la implantación de unas medidas dirigidas a mejorar la calidad del centro fijando al mismo tiempo un plazo para la realización de las modificaciones. En el caso de que el centro en cuestión no tome las medidas necesarias dentro del plazo establecido el servicio médico, de la Seguridad Social puede reducir las subvenciones dirigidas al centro o incluso obligarlo a cesar con su actividad. Se trata por tanto de la aplicación de un estricto sistema de inspección orientado a velar por el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos por la legislación en el ámbito de los cuidados de larga duración.

Uno de los cambios legislativos introducidos en el 2008 en este sistema de inspección consistió en una creciente exigencia de transparencia en relación a los resultados de estas inspecciones. Ello tuvo como consecuencia que, además de los informes de resultados creados por y para los profesionales de los cuidados de larga duración, los resultados de las evaluaciones de cada centro deben ser presentados de una manera fácilmente accesible y comprensible para un público más amplio. El objeto prioritario de las intervenciones, además, pasa a ponerse en los resultados de la intervención realizada y el efecto de estos resultados en la calidad de vida de los usuarios/as de los servicios. Así, durante la realización de las inspecciones regulares de acreditación de centros residenciales y servicios de asistencia domiciliaria, los inspectores deben recoger también una serie de datos que sirvan para ser difundidos entre un público amplio. Para ello se utilizan dos cuestionarios diferentes: uno para la inspección oficial y otro para

la inspección que tiene como objetivo informar a los usuarios y sus familiares sobre la calidad de la atención.

El cuestionario utilizado para recoger información destinada a una difusión amplia sobre la calidad en los centros residenciales recoge 64 indicadores o criterios de calidad, agrupados en torno a cuatro ámbitos diferentes:

- cuidados de enfermería y atención médica (35 elementos);
- atención a residentes con demencia (10 elementos);
- apoyo para la vida diaria y relaciones sociales (10 elementos);
- aspectos residenciales (vivienda, comida, higiene personal, limpieza) (9 elementos).

En el caso de la asistencia domiciliaria se han seleccionado 37 indicadores de calidad . Estos 37 criterios miden la calidad en cuatro ámbitos:

- cuidados personales y de enfermería (17 elementos);
- actividades prescritas por un médico (10);
- calidad de la organización y nivel de atención (10).

**Cuadro 24. Cuestionario para evaluar la calidad de los servicios de asistencia domiciliaria en el marco del Seguro de Dependencia alemán**

Dimensiones	Indicadores de evaluación
<b>Cuidados personales y de enfermería</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se tienen en cuenta las preferencias individuales de los usuarios a la hora de llevar a cabo los cuidados personales?</li> <li>2. ¿Se tienen en cuenta las preferencias individuales de los usuarios a la hora de servir comida y bebida?</li> <li>3. ¿Se sirven las suficientes (según instrucciones) bebidas a los usuarios?</li> <li>4. ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de proporcionar bebidas?</li> <li>5. ¿Se le informa al usuario y/o a sus familiares cuando se detecta una falta de hidratación?</li> <li>6. ¿Se proporciona una nutrición adecuada (según instrucciones) al usuario?</li> <li>7. ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de servir comida?</li> <li>8. ¿Se le informa al usuario y/o a sus familiares cuando se detecta una falta en la nutrición?</li> <li>9. ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de prestar ayuda para la eliminación?</li> <li>10. ¿Se presta la ayuda necesaria (según instrucciones) para eliminación/ incontinencia?</li> <li>11. ¿Se presta atención a riesgos individuales de los usuarios para contraer escaras?</li> <li>12. ¿Se toman las medidas preventivas necesarias para prevenir las escaras?</li> <li>13. ¿Se tienen en cuenta eventuales riesgos individuales de contraer contracturas a la hora de prestar la atención?</li> <li>14. ¿Se toman las medidas necesarias (según instrucciones) para promover la movilidad?</li> </ol>

Dimensiones	Indicadores de evaluación
	15. A la hora de atender a personas con demencia, ¿se tienen en cuenta sus características biográficas? 16. ¿Se les informa a los familiares de las personas con demencia sobre la atención que reciben? 17. En los casos cuando sea necesario aplicar restricciones físicas, ¿se cuentan con los permisos y consentimientos necesarios?
Actividades prescritas por un médico	18. ¿Está el tratamiento de las escaras basado en evidencia empírica? 19. ¿La prescripción de fármacos se ajusta al reglamento médico? 20. ¿Se toma la tensión con regularidad (según instrucciones)? ¿En los casos cuando sea necesario se toman medidas para compensar hipertensión/ hipotensión? 21. ¿Se toman medidas para prevenir: la aparición de infecciones de hongos en la mucosa bucal; las inflamaciones de la parótida y neumonía entre los usuarios que tienen respiración artificial? 22. ¿Se analiza el nivel de glucosa sanguínea con regularidad (según instrucciones)? ¿En los casos cuando sea necesario se toman medidas para compensar hiperglucemia/ hipoglucemia? 23. A la hora de dar inyecciones, ¿se llevan a cabo y se documentan de manera adecuada (según instrucciones)? ¿Se le avisa al médico si hay alguna complicación? 24. ¿Se utilizan los calcetines de compresión de una manera adecuada (según instrucciones)? 25. A la hora de cateterizaciones de la vejiga urinaria, ¿se llevan a cabo y se documentan de manera adecuada (según instrucciones)? ¿Se le avisa al médico si hay alguna complicación? 26. A la hora de tratar a pacientes ostomizados, ¿se llevan a cabo y se documentan de manera adecuada (según instrucciones)? ¿Se le avisa al médico si hay alguna complicación? 27. ¿Existe una comunicación fluida con el médico durante los cuidados?
<b>Calidad de la organización y nivel de la atención</b>	28. ¿Consta en la documentación que se llevó a cabo una reunión inicial? 29. ¿Se presentó un presupuesto aproximado antes de firmar el contrato de atención? 30. ¿Se aplica un reglamento que respeta la normativa de protección de datos personales? 31. ¿Hay instrucciones escritas sobre cómo actuar en caso de emergencia? 32. ¿El personal participa, de manera regular, en cursos de formación continua en materia de primeros auxilios? 33. ¿Hay instrucciones escritas de cómo manejar quejas? 34. ¿Existe un plan de formación que asegura que todos los empleados participan en las actividades de formación continua? 35. ¿Hay descripciones de los puestos de trabajo (responsabilidades y actividades profesionales) de los cuidadores? 36. ¿Hay descripciones de los puestos de trabajo (responsabilidades y actividades profesionales) de los profesionales de asistencia doméstica? 37. ¿Está asegurado la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales?

El sistema de asignación de puntuación a cada centro no es sencillo. En la práctica totalidad de los casos, el instrumento (el cuestionario) contempla respuestas en una escala que va de 0 a 10 y en la que 0 es la peor valoración y 10 la mejor. No obstante, y tal y como veremos más adelante, muchas preguntas solamente permiten respuestas en forma de “sí” (10) y “no” (0), con lo que la escala pierde su virtualidad. En los párrafos siguientes se explica cómo se asigna la “puntuación” de los diversos criterios.

- Para contestar a las preguntas 1 a 28 se seleccionan, de manera aleatoria, entre 5 y 15 usuarios (normalmente 10) y se responde a cada pregunta pensando en cada caso particular. En los casos cuando la pregunta no es relevante para el usuario en cuestión la

respuesta no procede (es decir no se incluye en el cálculo de la media). Si se cumple con el criterio citado en la pregunta se da un 10 y si no se cumple es un 0. Para cada pregunta hay instrucciones para poder decidir si se cumple o no con el criterio, es decir, si la puntuación ha de ser de “10” o de “0” (Ejemplo: el criterio se cumple en ocho de diez casos. El valor de la escala es 8).

Para juzgar si se cumple o no el criterio en cuestión (preguntas 1-28) se emplea una serie de indicaciones, que se recogen en el siguiente cuadro:

**Cuadro 25. Criterios de cumplimiento de los indicadores de calidad en el ámbito de los cuidados personales y de enfermería\***

Criterios de cumplimiento	
1.	Las preferencias individuales vienen reflejadas en la documentación y se aplican medidas prácticas en acuerdo con ellas.
2.	Ídem.
3.	Ídem.
4.	Se reflejan en la documentación y se tienen en cuenta a la hora de prestar la atención.
5.	Se ha producido una falta de hidratación y el usuario y/o sus familiares han sido informados sobre ello.
6.	Se lleva a cabo en la práctica y además se refleja en la documentación.
7.	Se reflejan en la documentación y se tienen en cuenta a la hora de prestar la atención.
8.	Se ha producido una falta de nutrición y el usuario y/o sus familiares han sido informados sobre ello.
9.	Se reflejan en la documentación y se tienen en cuenta a la hora de prestar la atención.
10.	Se lleva a cabo en la práctica y además se refleja en la documentación.
11.	Se detecta y documenta el riesgo de escaras y se toman las medidas necesarias en forma de una evaluación de riesgos y modificaciones del contenido y/o horario de la atención.
12.	Se aplican técnicas de movimiento y para estar encamada y se utilizan las eventuales ayudas técnicas necesarias para prevenir las escaras.
13.	Se detecta y documenta el riesgo de contracturas y se toman las medidas necesarias en forma de una evaluación de riesgos y modificaciones del contenido y/o horario de la atención.
14.	Se reflejan en la documentación y se tienen en cuenta a la hora de prestar la atención.
15.	Se tienen en cuenta preferencias, aversiones y costumbres a la hora de prestar la atención.
16.	Los familiares han recibido consejos para el trato con un familiar con diagnóstico de demencia y cuando se les ha informado sobre los recursos disponibles para ellos (material informativo, grupos de autoayuda y/o direcciones de Internet).
17.	Existe un consentimiento firmado por el usuario o, en su defecto, hay decisiones judiciales al respecto. En los casos cuando se trata de una situación de emergencia se considera que el criterio se cumple en el caso de haber aplicado la restricción y haber informado a la entidad competente en la materia (el Juez de Tutela).
18.	El tratamiento sigue las directrices médicas vigentes, se aplican los principios sobre alivio de presión, se curan las heridas según el estándar fisiológico e higiénico. Se considera también que este criterio se cumple en los casos cuando el médico responsable ha sido informado sobre el problema pero no ha tomado las medidas adecuadas.
19.	La prescripción de recetas médicas sigue las directrices médicas vigentes y se refleja en la documentación. Debe haber información sobre qué fármaco se receta, cuándo se receta y en qué dosis ha de ser administrada.
20.	Se lleva a cabo de acuerdo (manera y frecuencia) con las directrices médicas vigentes y se documenta. Para que se cumpla el criterio también hay que tomar las medidas necesarias en el caso de encontrar problemas de hipertensión/ hipotensión.
21.	Se llevan a cabo las intervenciones preventivas según las directrices/ estándares de los cuidados a domicilio.
22.	Se lleva a cabo de acuerdo (manera y frecuencia) con las directrices médicas vigentes y se documenta. Para que se cumpla el criterio también hay que tomar las medidas necesarias en el caso de encontrar problemas de hiperglucemia/ hipoglucemia.
23.	Se lleva a cabo de acuerdo con las directrices médicas vigentes y se documenta. En el caso de que haya complicaciones el médico ha de ser avisado.
24.	Se utilizan en el caso de venas que se obstruyen y tienen como consecuencia piernas hinchadas. Se tiene cuidado de que no haya pliegues a la hora de aplicar la venda/ el calcetín de compresión. El cri-



<p>terio también se considera como “cumplido” en los casos cuando no se aplica el tratamiento por un deseo expreso por el usuario incluso después de haber sido informado sobre las posibles consecuencias de no someterse al tratamiento.</p> <p>25. Se lleva a cabo la intervención de acuerdo con las directrices médicas vigentes y se documenta. En el caso de que haya complicaciones el médico ha de ser avisado.</p> <p>26. Se lleva a cabo la intervención de acuerdo con las directrices médicas vigentes y se documenta. En el caso de que haya complicaciones el médico ha de ser avisado.</p> <p>27. El médico ha de ser notificado cuando hay cambios importantes en el estado de salud de los usuarios y cuando se producen situaciones de emergencia.</p> <p>28. Hay algún documento escrito que confirme que esa reunión se llevó a cabo.</p>
--

\*La numeración corresponde a cada pregunta.

- Las preguntas 29 a 37 permite únicamente respuestas de “sí” (10) y no (0). Es decir, tal y como en el caso de las preguntas 1 a 29, hay una dicotomía en las respuestas. No obstante, en el caso de las preguntas 29 a 37 no se recoge una respuesta por usuario (seleccionados de manera aleatoria para formar parte del muestreo) sino hay una respuesta por centro/ servicio. Para juzgar si se cumple o no el criterio en cuestión (preguntas 29-37) se emplea una serie de indicaciones. El cuadro siguiente recoge en qué casos se cumplen los criterios señalados:

**Cuadro 26. Criterios de cumplimiento de los indicadores de calidad en el ámbito de las actividades prescritas por un médico\***

Criterios de cumplimiento	
29.	La unidad que presta los servicios puede demostrar que de manera habitual presentan presupuestos a los potenciales clientes. Como prueba valen documentos modelo de presupuestos, borradores de contratos de cuidados o cualquier otro documento en el que se indique el dinero que ha de ser aportado por el usuario.
30.	Los datos personales estén a buen recaudo. En archivadores cerrados con llave o en ordenadores con claves solamente conocidas por las personas autorizadas a manipular este tipo de datos.
31.	Hay instrucciones escritas que expliquen qué hacer en situaciones de emergencia (por ejemplo en caso de caídas, pérdida de conocimiento o cuando un usuario no abre la puerta, etc.).
32.	Deben pasar un máximo de 24 meses entre los cursos de formación.
33.	Hay un manual de procedimiento para acogida y trámite de quejas.
34.	Hay un plan de formación y un reglamento que garantice que todos los empleados reciban formación. En determinados casos y de manera excepcional se pueden excluir a profesionales del plan de formación por ejemplo cuando su nivel de conocimiento ya es muy elevado.
35.	La descripción ha de ser realizada de acuerdo con la normativa vigente en la materia (referencia a una ley).
36.	Haya una descripción que se refiera a estos puestos en concreto.
37.	Haya alguien disponible (para contactar) en todo momento. Se lleve a cabo el trabajo acordado de manera prevista. Disponibilidad a todas horas NO se alcanza mediante el uso de direcciones de correo electrónico o contestadores automáticos.

\*La numeración corresponde a cada pregunta.

Tras recoger las respuestas a todas estas preguntas se obtiene una media relativa a todos los usuarios y para cada uno de los tres ámbitos considerados.

Además de los criterios e indicadores ya señalados, tanto la evaluación de la calidad en los centros residenciales como la evaluación de los servicios de asistencia domiciliaria se comple-

menta con una encuesta realizada entre los usuarios. En el caso de la atención residencial la batería consta de 18 preguntas y en el caso de la asistencia domiciliaria de doce. Se recogen a continuación estas doce cuestiones:

1. ¿Ha firmado por escrito un contrato de asistencia?
2. ¿Se le informó sobre las tarifas antes de firmar el contrato?
3. ¿Se le consulta a la hora de fijar las horas/ el horario de atención?
4. ¿Se le preguntan los cuidadores qué ropa quiere llevar?
5. ¿El número de cuidadores que le atiende es razonable(mente pequeño)?
6. ¿En los casos cuando se presenta alguna necesidad (fuera de lo normal) le ha resultado fácil localizar al personal y recibir la ayuda que precisaba?
7. ¿Los cuidadores suelen animarle a lavarse solo (parcialmente o todo el cuerpo)?
8. ¿Los cuidadores le ayudan con consejos para su cuidado?
9. ¿Ha notado alguna mejora después de quejarse?
10. ¿Le parece que los cuidadores respetan su esfera privada?
11. ¿Los cuidadores que a atienden son educados y amables?
12. ¿Está contento con la realización de las tareas domésticas?

Las preguntas 1, 2, 5 y 8 han de ser contestadas con un sí (10) o con un no (0). Para contestar a las preguntas 3, 4, 6, 7, 9-12 los usuarios disponen de cuatro opciones (siempre, a menudo, a veces, nunca), a la que corresponden unas puntuaciones determinadas (respectivamente, 10, 7,5, 5 y 0). En cualquier caso, a la hora de presentar los resultados de la evaluación llevada a cabo en cada centro, los resultados de la encuesta realizada entre las personas usuarias no se suman al resto de resultados, fundamentalmente debido a que los usuarios tienden a valorar siempre muy positivamente el servicio que utilizan, sin que esa valoración se relacione objetivamente con la mayor o menor calidad del servicio prestado. Para facilitar la comprensión de los indicadores de calidad se utiliza una escala que, al igual que las notas en el sistema educativo, va desde 1 a 5, siendo el 1 la mejor puntuación y cinco la peor.

Los resultados de las evaluaciones realizadas se presentan a nivel de centro y en forma de estadísticas regionales y nacionales<sup>16</sup>. La base de datos denominada *Pflegelotze*<sup>17</sup> ofrece información sobre los centros residenciales y las entidades que prestan servicios de asistencia domiciliaria. Los datos del centro siempre son comparados con la media nacional. En el directorio también

---

<sup>16</sup> [www.transparenzberichte-pflege.de](http://www.transparenzberichte-pflege.de)

<sup>17</sup> [www.pflegelotze.de](http://www.pflegelotze.de)

hay información sobre las tarifas, datos de contacto y resultados de las evaluaciones llevadas a cabo. La base de datos permite hacer comparaciones entre un centro y otro.

c) *Der Grüne Haken (el sello verde)*

Existe por otra parte, al margen de este sistema, un sello o certificación de calidad denominado *Der Grüne Haken*, directamente basado en la publicación de indicadores de calidad. Se trata de un instrumento promovido por la Asociación Nacional de Usuarios de Soluciones residenciales para personas mayores y personas con discapacidad (*Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung*) y el Instituto de Infraestructuras Sociales (*Institut für Soziale Infrastruktur*), para medir la calidad en centros residenciales desde la perspectiva de los usuarios. En el cuestionario hay 200 preguntas y la mayoría de ellas se refieren a aspectos relacionados con la participación, la promoción de la autonomía y la dignidad. Las evaluaciones son llevadas a cabo por un inspector externo que durante su visita al centro entrevista a representantes de la dirección, el personal de atención directa, y los miembros del consejo de personas usuarias (una junta que existe en todos los centros residenciales y cuya principal función es promover la participación de los usuarios en la toma de decisiones). Los resultados de estas evaluaciones se presentan en una base de datos accesible en Internet<sup>18</sup> y ha sido financiada con ayuda del Ministerio de Alimentación, Agricultura y Protección de los Consumidores (*Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz*).

### 3.8.2. El modelo estadounidense de evaluación de los usuarios de residencias: MDS

a) *Desarrollo del sistema de indicadores MDS*

El Departamento de Salud del Gobierno de los Estados Unidos gracias al Ley de Seguridad Social (*Social Security Act*) cuenta desde 1965 con dos programas de atención social y sanitaria a personas mayores, a personas con discapacidad permanente y a personas en riesgo de exclusión. El primer programa, denominado *Medicare*, proporciona una cobertura de la atención social a personas mayores de sesenta y cinco años y a personas con gran dependencia. El programa *Medicaid*, por su parte, específicamente dirigido a personas y familias con bajos ingresos, es la fuente de financiación de los servicios médicos y sanitarios de dicho colectivo.

En relación al tipo de servicios que financian estos dos programas, cabe destacar que gran parte de su presupuesto anual se destina a la cobertura de los servicios residenciales para per-

---

<sup>18</sup> [www.heimverzeichnis.de](http://www.heimverzeichnis.de)

sonas mayores y personas con discapacidad. En este sentido, las residencias que reciben financiación de estos dos programas han de estar acreditadas por el Gobierno central y han de cumplir una serie de requisitos. Uno de los requisitos de obligado cumplimiento por parte de estos centros residenciales es el de evaluar a todas las personas usuarias haciendo uso del sistema de indicadores *Minimum Data Set* (MDS) como instrumento de evaluación individual.

Este sistema de indicadores fue desarrollado en Estados Unidos a partir de una regulación federal en 1987 (*Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA 87*) y es un conjunto de variables que componen una evaluación exhaustiva de las capacidades funcionales de cada residente. En el siguiente cuadro se presentan las categorías en las que se engloban esta serie de indicadores de evaluación. Se trata de una herramienta de gran valor ya que permite, por un lado, a cada centro identificar problemas de salud en las personas usuarias, establecer indicadores de proceso y resultado y utilizar la información que proporciona este sistema de evaluación para desarrollar un plan de atención individual. Además, el MDS permite comparar la situación de las personas usuarias tanto a escala estatal como nacional.

**Cuadro 27. Categorías del Minimum Data Set (MDS)**

Categorías del Minimum Data Set	
1.	Estado cognitivo
2.	Comunicación y audición
3.	Visión
4.	Funcionamiento físico y problemas estructurales
5.	Continencia
6.	Bienestar psicosocial
7.	Humor y comportamiento
8.	Estado físico y funcional
9.	Diagnóstico clínicos
10.	Otras condiciones de salud
11.	Estado nutricional
12.	Problemas dentales
13.	Problemas de la piel
14.	Medicación
15.	Tratamientos o procedimientos

*b) Recogida de datos y difusión*

La recogida de datos inicial de este sistema de indicadores se realiza en el momento de la admisión en el centro residencial y los responsables de evaluar a los usuarios son profesionales cualificados en atención sanitaria que forman parte del personal de las residencias y están en contacto directo con los usuarios. Tal y como se ha descrito anteriormente, todos los centros

residenciales que reciben financiación de los programas *Medicare* y *Medicaid* están obligados a realizar una evaluación a todas personas usuarias al inicio de la intervención y de manera periódica según se establezca en cada caso.

Estos formularios de evaluación individual son completados en cada centro residencial con carácter trimestral y se envían de manera telemática a una base de datos estatal. Una vez que todos los centros han enviado sus datos a este registro estatal, los datos son derivados a una base de datos general a escala nacional. A partir de estos datos nacionales, el Gobierno central estadounidense publica una serie de informes que se difunden de manera gratuita en la página electrónica de los *Centers for Medicare & Medicaid Services* (Servicios de Centros de *Medicare* y *Medicaid*<sup>19</sup>). Los datos que se presentan en dichos informes permiten calcular indicadores de calidad (*QIs*, que se utilizan para detectar posibles problemas en la atención que reciben los residentes), grupos de utilización de recursos (*RUGs*, que permiten clasificar a las personas usuarias en grupos que se caracterizan por su homogeneidad en cuanto a los recursos que consumen) y protocolos de evaluación de residentes (*RAPs* que permiten identificar los puntos fuertes, débiles y necesidades de los residentes). Además de la difusión pública de estos datos, cada centro que participa en la recogida de datos recibe un informe específico con los datos de su residencia y los datos generales a escala estatal, lo cual permite al centro comparar las características de la población que atienden con la de otros centros o Estados.

El primero de dichos informes públicos que permite calcular indicadores de calidad, resume, a escala estatal y nacional, el porcentaje medio de residentes que cumplen alguno de los indicadores de la siguiente tabla. Este documento no es una evaluación de la calidad de la atención que reciben los usuarios de los servicios residenciales, pero sí permite conocer la proporción de personas que cumplen alguno de los indicadores, a la par que permite identificar posibles áreas que han de ser nuevamente revisadas o investigadas.

**Cuadro 28. Indicadores del MDS Quality Measure/Indicator Report**

Dimensiones	Indicadores de evaluación
1. Accidentes	1. <u>Incidencia de nuevas fracturas</u> – Residentes con nuevas fracturas en el momento de la evaluación
	2. <u>Prevalencia de caídas</u> – Residentes que han sufrido alguna caída en los últimos 30 días
2. Patrones de conducta o emocionales	3. <u>Residentes que pasan a estar más depresivos o más ansiosos</u> – Residentes cuya puntuación en escalas de evaluación del estado de ánimo son mayores en el momento de la evaluación en comparación con evaluaciones previas. La puntuación en la escala de evaluación es el total de las ocho siguientes condiciones en el momento de la evaluación: - Cualquier expresión verbal de malestar

<sup>19</sup> <https://www.cms.gov/MDSPubQIandResRep/>

Dimensiones	Indicadores de evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Señales de llanto, tristeza</li> <li>- Agitación motora</li> <li>- No comer toda la comida proporcionada</li> <li>- Quejas reiteradas sobre su salud</li> <li>- Verbalizaciones repetitivas y recurrentes</li> <li>- Afirmaciones negativas</li> <li>- Estado de ánimo difícilmente alterable</li> </ul> <p>4. <u>Prevalencia de conducta que afecta a otros – Global</u> – Residentes con conductas que afectan a otros en el momento de la evaluación. Conductas como maltrato verbal, maltrato físico o conductas socialmente inapropiadas.</p> <p>5. <u>Prevalencia de síntomas de conducta que afectan a otros – Alto riesgo</u> – Residentes con uno o más trastornos psicóticos o depresión de tipo maníaca que se consideran como de alto riesgo de presentar problemas de conducta.</p> <p>6. <u>Prevalencia de síntomas de conducta que afectan a otros – Bajo riesgo</u> – El bajo riesgo se define como todos aquellos residentes que no están en alto riesgo</p> <p>7. <u>Prevalencia de síntomas depresivos sin terapia antidepresiva</u> – Residentes con síntomas depresivos y que no están en terapia antidepresiva en el momento de la evaluación. Los síntomas considerados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malestar (afirmaciones negativas realizadas por el residente)</li> <li>- Agitación o actividad nula (movimientos físicos repetitivos o resistencia a ser atendido o abstenerse de mantener actividad social o que ésta sea muy reducida)</li> <li>- Despertar de mal humor o no despertarse en gran parte del día o estar despierto durante la noche y no encontrarse en estado comatoso</li> <li>- Pensamientos recurrentes de suicidio o de muerte</li> <li>- Síntomas de pérdida de peso</li> </ul>
3. Medicación	8. <u>Consumo de nueve o más medicamentos</u> – Residentes que reciben nueve o más medicamentos en el momento de la evaluación
4. Patrones cognitivos	9. <u>Incidencia de discapacidad cognitiva</u> – Residentes que están cognitivamente discapacitados en el momento de la evaluación y cuya discapacidad no fue valorada en una evaluación anterior. La discapacidad de tipo cognitivo se define como aquella dificultad para la toma de decisiones cotidiana y problemas de memoria a corto plazo.
5. Incontinencia	<p>10. <u>Residentes de bajo riesgo que pierden control del intestino o vejiga</u> – Residentes frecuentemente incontinentes en el momento de la evaluación y que no fueron considerados como de alto riesgo (con discapacidad cognitiva en la evaluación o totalmente dependientes en movilidad en el momento de la evaluación)</p> <p>11. <u>Residentes que tienen o han tenido un catéter insertado y que permanece en el interior de su vejiga</u> – Residentes con catéteres en el momento de la evaluación</p> <p>12. <u>Prevalencia ocasional o continua de incontinencia intestinal o de vejiga sin un plan para acudir al baño</u> – Residentes que no cuentan con un programa de entrenamiento para acudir al baño en el momento de la evaluación o que bien tienen incontinencia urinaria y fecal frecuente.</p> <p>13. <u>Prevalencia de “impacto fecal”</u> – residentes con “impacto fecal” en la última y más reciente evaluación.</p>
6. Control de infecciones	14. <u>Prevalencia de infecciones urinarias</u> – Residentes con infecciones urinarias en el momento de la evaluación
7. Nutrición/alimentación	<p>15. <u>Residentes que pierden mucho peso</u> – Residentes que han experimentado pérdida de peso de un 5% o más en los últimos treinta días o de un 10% en los últimos seis meses.</p> <p>16. <u>Prevalencia de alimentación por sonda</u> – Residentes con alimentación por sonda en el momento de la evaluación</p> <p>17. <u>Prevalencia de deshidratación</u> – Residentes con deshidratación: el output excede el input en el momento de la evaluación o con un diagnóstico de deshidratación en el momento de la evaluación.</p>
8. Manejo del dolor	18. <u>Residentes que tienen dolor de moderado a severo</u> – Residentes que habitualmente sufren un dolor moderado o tienen un dolor severo con cualquier frecuencia en el momento de la evaluación
9. Funcionamiento físico	<p>19. <u>Residentes cuya necesidad para realizar las últimas actividades de la vida cotidiana ha incrementado</u> – Residentes con empeoramiento en la realización de las últimas actividades de la vida cotidiana en comparación con una evaluación previa. Las últimas actividades de la vida cotidiana son aquellas que se dejan de realizar en último término: movilidad en la cama, transferencias, alimentarse e ir al baño.</p> <p>20. <u>Residentes que pasan gran parte de su tiempo en la cama o en un silla</u> – Residentes que están postrados en la cama en el momento de la evaluación</p> <p>21. <u>Residentes cuya habilidad para moverse en y fuera de su dormitorio ha empeorado</u> –</p>

Dimensiones	Indicadores de evaluación
	Residentes cuya capacidad locomotora autónoma es mayor en el momento de la evaluación en relación a una evaluación previa.
	22. <u>Incidencia del aumento de la limitación en la autonomía de movimiento</u> – Residentes con aumento en las limitaciones funcionales en la autonomía de movimiento respecto a una evaluación previa
<b>10. Consumo de drogas psico-trópicas</b>	23. <u>Prevalencia de consumo de antipsicóticos, en ausencia de condiciones psicóticas o relacionadas – Global</u> – Residentes en tratamiento antipsicótico en el momento de la evaluación
	24. <u>Prevalencia de consumo de antipsicóticos, en ausencia de condiciones psicóticas o relacionadas – Alto riesgo</u> – Residentes con discapacidad cognitiva y problemas de conducta en la evaluación más reciente que son considerados como de alto riesgo para recibir medicación antipsicótica
	25. <u>Prevalencia de consumo de antipsicóticos, en ausencia de condiciones psicóticas o relacionadas – Bajo Riesgo</u> – El bajo riesgo se define como todos aquellos residentes que no están en alto riesgo. Los residentes con uno o más trastornos psicóticos están excluidos de este indicador
	26. <u>Prevalencia de consumo de medicamentos hipnóticos o ansiolíticos</u> – Residentes que reciben ansiolíticos o hipnóticos en el momento de la evaluación.
	27. <u>Prevalencia de consumo de hipnóticos en más de dos ocasiones a lo largo de la última semana</u> – Residentes que reciben hipnóticos más de dos veces en la última semana en el momento de la evaluación.
<b>11. Calidad de vida</b>	28. <u>Residentes que tienen restricciones físicas</u> – Residentes que tienen restricciones físicas en el momento de la evaluación
	29. <u>Prevalencia de actividad escasa o nula</u> – Residentes con poco o escasa actividad en el momento de la evaluación
<b>12. Cuidado de la piel</b>	30. <u>Residentes con alto riesgo de padecer úlceras de presión</u> – Residentes con heridas de presión (en estadios 1-4) en el momento de la evaluación definidos como alto riesgo. Los residentes considerados de alto riesgo cumplen con alguno de los siguientes criterios en el momento de la evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidad para moverse de la cama o realizar transferencias.</li> <li>- Estado comatoso.</li> <li>- Malnutrición.</li> </ul>
	31. <u>Residentes con bajo riesgo de padecer úlceras de presión</u> – Residentes con heridas de presión (en estadios 1-4) en el momento de la evaluación definidos como bajo riesgo. Los residentes considerados de bajo riesgo no cumplen con los criterios de alto riesgo.
<b>13. Atención post-agudos</b>	32. <u>Residentes con una corta estancia por delirio</u> – Residentes de corta estancia durante la evaluación de 14 días con al menos un síntoma de delirio que provoca el abandono del funcionamiento normal.
	33. <u>Residentes con una corta estancia con dolor de moderado a severo</u> - Residentes de corta estancia durante la evaluación de 14 días con dolor horrible/espantoso al menos diario en cualquier momento.
	34. <u>Residentes con una corta de estancia con úlceras de presión</u> - Residentes de corta estancia durante la evaluación de 14 días que cumplen cualquiera de las dos siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la evaluación de 5 días, el paciente no tiene heridas por presión y en la evaluación de 14 días el paciente tiene al menos una herida de presión en estadio 1.</li> <li>- En la evaluación de 5 días, el paciente tiene heridas por presión y en la evaluación de 14 días dichas heridas han empeorado o no han mejorado.</li> </ul>

Por otra parte, destaca un segundo informe, el *MDS Quality Indicator Report*, que se trata de una versión abreviada del informe anterior y presenta datos, a escala estatal y nacional, de 24 indicadores de calidad. En tercer lugar, otro de los informes públicos recoge datos sobre el número de evaluaciones realizadas, la periodicidad con la que han sido completadas, los cambios detectados en el estatus del residente y la continuidad en el recurso residencial. Un cuarto in-

forme presenta el porcentaje de residentes, a escala estatal, que muestra su preferencia por abandonar el recurso residencial y regresar a su domicilio.

Por último, dos informes recogen datos, extraídos de las evaluaciones individuales a los residentes, de las frecuencias nacionales y porcentajes que permiten establecer las categorías del sistema *Resource Utilization Groups* (RUG III). Este sistema de clasificación RUGIII fue creado en los años 90 para funcionar como un sistema de financiación pública de los centros residenciales en EEUU. El RUG clasifica a las personas usuarias en 44 grupos que se caracterizan por su homogeneidad en cuanto a los recursos que consumen (de ahí el nombre *Resource Utilization Groups*). Esta característica del sistema RUG facilita la financiación de los centros residenciales, financiados por los programas *Medicare* y *Medicaid*, y permite establecer tarifas fijas para cada grupo, de manera que se puede financiar a los centros en función del número de personas usuarias en cada uno de los grupos.

### 3.8.3. *Gestión de calidad mediante indicadores orientados a resultados. Hacia una evaluación comparativa de los cuidados residenciales a las personas mayores*

El *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, de Viena, ha coordinado recientemente, con el apoyo de la Unión Europea, la realización de un estudio sobre indicadores de calidad comunes para ser aplicados en el ámbito de las residencias para personas mayores. El proyecto se elaboró con la colaboración de más de 70 expertos de Alemania, Austria, Italia, Reino Unido, Eslovenia, Países Bajos y Luxemburgo y se basó tanto en un estudio Delphi, orientado a la búsqueda de indicadores consensuados, como en la realización de una serie de talleres en los que participaron expertos de 25 residencias de Alemania, Austria y Luxemburgo.

El resultado final del proyecto ha sido la elaboración de 94 indicadores, divididos en cinco áreas o dominios: calidad de los cuidados, calidad de vida, liderazgo, rendimiento económico y contexto. El modelo se basa en algunas aproximaciones previas a los indicadores de calidad en el ámbito residencial desarrolladas en Holanda (*Marco de calidad para una asistencia responsable*), Alemania (*Modelo de referencia* en Renania del Norte-Westfalia) o Inglaterra (*National Minimum Standards* y *Key Lines of Regulatory Assessment*). Se trata de un modelo estrechamente vinculado a la calidad asistencial y, en ese marco, a la calidad de vida de las personas residentes, y muy centrado en los resultados que el proceso de atención tiene en las personas usuarias. El cuadro siguiente recoge la totalidad de los indicadores propuestos, agrupados por ámbitos:



**Cuadro 29. Propuesta de indicadores de calidad en el ámbito de la atención residencial a personas mayores**

Ámbito	Definición
Calidad de los cuidados	Porcentaje de residentes que sufren escaras nivel 2 – 4 y que se originaron en la residencia
	Porcentaje de residentes que tienen intertrigo
	Porcentaje de residentes con errores en la medicación informados en los últimos 30 días
	Porcentaje de residentes que han sufrido una relativa pérdida de peso en el último mes, sin que sea intencionada o forme parte del tratamiento del residente.
	Porcentaje de residentes con síntomas de deshidratación
	Porcentaje de residentes que han tenido una caída en los últimos 30 días
	Porcentaje de residentes que fueron físicamente inmovilizados en los últimos siete días
	Porcentaje de residentes que tienen incontinencia urinaria al menos una vez a la semana
	Porcentaje de residentes con un catéter de larga duración insertado durante más de 14 días.
	Porcentaje de residentes que sufren dolor en los últimos 30 días
	Porcentaje de residentes que utilizan medicación antipsicótica.
	Porcentaje de residentes con demencia que utilizan neurolépticos
	Porcentaje de residentes que utilizan antidepresivos
	Porcentaje de residentes a los que se les ha diagnosticado depresión en un momento determinado.
	Porcentaje de residentes con deficiencias dentales y orales.
	Porcentaje de residentes diagnosticados con necesidades de cuidados debido a enfermedades geronto-psiquiátricas
	Porcentaje de residentes que están satisfechos con sus cuidados personales
	Porcentaje de residentes que sufren trombosis
	Porcentaje de residentes que sufren contracturas.
	Porcentaje de residentes que están permanentemente encamados
Porcentaje de residentes que son alimentados con una sonda enteral	
Porcentaje de residentes que han sido evaluados, con autonomía para alimentarse y/o los riesgos relacionados.	
Calidad de vida	Porcentaje de residentes que se sienten emocionalmente apoyados para manejar su sensación de pérdida
	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten emocionalmente apoyados
	Porcentaje del personal que se siente emocionalmente apoyado en el contacto continuo que tienen en su puesto de trabajo con la pérdida y el luto
	Porcentaje de residentes que creen que el personal de su unidad conoce la historia de su vida
	Porcentaje de familiares y amigos que cree que el personal sabe quiénes son
	Porcentaje del personal que siente que sus colegas reconocen sus capacidades
	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten bienvenidos en la residencia
	Porcentaje de residentes, familiares y empleados que creen que la residencia es parte de su comunidad local.
	Porcentaje de decisiones implementadas por la dirección de la residencia basándose en las decisiones del consejo de residentes.
	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten implicados en la toma de decisiones acerca de los cuidados que recibe su familiar residente.
	Porcentaje de empleados que creen que pueden asumir riesgos calculados en la atención a los residentes.
	Porcentaje de residentes que creen que se fomenta su salud para optimizar su calidad de vida.
	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que su residente tiene un acceso adecuado a los servicios sanitarios.
	Porcentaje de empleados que opinan que su propia salud y bienestar se valoran en el trabajo.
Porcentaje de residentes que se sienten capaces de hablar con el personal sobre la muerte y el	

Ámbito	Definición
	proceso de morir, cuando lo deseen.
	Porcentaje de familiares y amigos que han comentado con el personal los planes para cuando muera su residente.
	Porcentaje de empleados que se sienten emocionalmente apoyados cuando muere un residente.
	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que el personal es competente para cuidar a su familiar residente
	Porcentaje del personal que opina que se atienden sus necesidades de formación para cuidar adecuadamente a los residentes.
	Porcentaje de residentes que opinan que hay un ambiente positivo en la residencia
	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que sus sugerencias son bienvenidas por el personal.
	Porcentaje de residentes que se sienten seguros, protegidos y a salvo en la residencia
	Porcentaje de residentes que opinan que el personal es amable con ellos.
	Porcentaje de residentes que creen que pueden tener visitantes cuando lo deseen.
	Porcentaje de residentes que creen que el personal les anima a ser autosuficientes
	Porcentaje de residentes que creen que el personal les concede tiempo para que hagan cosas por sí mismos.
	Porcentaje de residentes que opinan que el personal respeta sus pertenencias
	Porcentaje del personal que cree que las familias de los residentes confían en ellos
	Porcentaje de familiares y amigos que creen que el personal responde rápidamente cuando su familiar pide ayuda.
	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que su residente parece feliz en la residencia.
	Porcentaje de familiares y amigos que opinan que la residencia huele bien
	Porcentaje de familiares y amigos que se sienten implicados en las decisiones acerca de los cuidados de su residente.
	Porcentaje de familiares y amigos que creen que el personal valora su aportación a los cuidados del residente.
	Porcentaje de familiares y amigos que creen que se les mantiene informados sobre los cambios que afectan a su residente.
	Número de iniciativas que hacen participar positivamente a los residentes, a los familiares y al personal en las actividades de la comunidad externa en el último año
	Porcentaje de participación voluntaria de los residentes en actividades sociales organizadas durante un periodo determinado.
	Porcentaje de residentes que creen que su privacidad está adecuadamente protegida
	Porcentaje de familiares con quienes se mantuvieron, al menos, dos reuniones de revisión de los cuidados durante el transcurso de un año.
	Porcentaje de residentes (y sus familiares) con un trabajador asignado específicamente
	Porcentaje de residentes que recibieron cuidados paliativos profesionales durante el transcurso del último año.
	Porcentaje de residentes cuyas necesidades y preferencias culturales están satisfechas
	Porcentaje de residentes que tienen un plan de cuidados al día y acorde con sus preferencias para el final de su vida.
	Porcentaje de residentes que están satisfechos con el sabor y la calidad de las comidas
	Porcentaje de residentes que creen que tienen suficiente control sobre su vida cotidiana
Liderazgo	Porcentaje de quejas de las partes interesadas que han sido adecuadamente atendidas en el marco del sistema de gestión de quejas
	Porcentaje de residentes que han tenido planes definidos de cuidados que se actualizan con regularidad y que se evalúan con medidas específicas de acuerdo con las necesidades individuales
	Estimación de los familiares, amigos y representantes en relación a su satisfacción con la calidad de los cuidados.
	Porcentaje promedio de las horas extras de trabajo (incluidas las horas no remuneradas).
	Promedio de recursos financieros directos disponibles, para la promoción de la salud, para la

Ámbito	Definición
	formación, las reuniones y las infraestructuras, por cada miembro de la plantilla.
	Número de horas promedio de formación por cada miembro de la plantilla, por profesiones.
	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la afirmación de que en la residencia se practican unos estándares elevados de movilización y actuación
	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la afirmación de que sus compañeros trabajan con ellos como parte de un equipo
	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la afirmación de que los historiales se mantienen actualizados en su residencia.
	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la afirmación de que es un objetivo de su residencia el proporcionar los mayores estándares de calidad en la asistencia.
	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la afirmación de que se valoran por igual las funciones específicas desempeñadas por los distintos miembros del organigrama.
	Porcentaje de residentes, familiares y amigos que están de acuerdo con la afirmación de que se proporcionó información relevante al ingresar en la residencia.
	Porcentaje del personal que está de acuerdo con la afirmación de que en sus residencias las decisiones se adoptan basándose en la calidad de los cuidados en vez de en los recursos económicos solamente.
	Porcentaje del personal por grupos de edad (grupos profesionales)
Rendimiento económico	Coste por residente en la residencia, por año.
	Costes de personal por días de cuidados
	Promedio de tiempo utilizado en los cuidados por día y por residente.
	Grado de utilización de la capacidad de la residencia
Contexto	Promedio de horas aportadas por los voluntarios a la residencia (por año y por residente)
	Promedio de tiempo (días) que se necesita para cubrir una plaza con el mismo nivel de cualificación.

El modelo propuesto carece de valores orientativos de referencia y no se establece con claridad cuál es la fuente de datos a partir de los cuales extraer la información necesaria. En ese sentido, se trata de una propuesta orientativa que cada red de residencias debe adaptar a sus registros, fuentes de datos y características organizativas.

#### 3.8.4. Propuesta de Edad & Vida

En un sentido parecido, la Fundación Edad y Vida planteó en mayo de 2008 una batería de indicadores para los diversos centros o servicios incluidos en el catálogo de la Ley de Dependencia para las personas mayores. El modelo propuesto parte del establecimiento en el articulado de esa Ley de la necesidad de establecer estándares de calidad para cada uno de los servicios que conforman el catálogo, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. El modelo se vincula por otra parte a la necesidad de acreditar la calidad de los servicios que han de ser prestados en el marco de esa Ley e incluso a los requisitos establecidos por las diversas CC.AA para la autorización y homologación de los centros privados que intervienen en el ámbito de la atención a las personas mayores en situación de dependencia. Se trata, en ese sentido, de un modelo de calidad que implica un

proceso de acreditación a través de una empresa auditora externa, encargada de certificar el cumplimiento de los estándares de calidad, con dos niveles diferentes de acreditación (básico y avanzado), a los que en teoría correspondería un valor diferente.

En lo que se refiere al esquema de indicadores, se establece por una parte una serie de indicadores comunes y, por otra, una batería de indicadores para cada tipo de servicios (teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de día y de noche y residencias). Estos, a su vez, se dividen en al menos tres tipos de indicadores: los asociados a los procesos, los de resultados y los asociados a los recursos materiales y humanos.

La siguiente serie de cuadros recoge la totalidad de los indicadores propuestos en este modelo:

**Cuadro 30. Indicadores comunes en el modelo Edad & Vida**

<b>Personal: indicador de estructura</b>
Total ratio de atención directa: Número de personal de atención directa/Número total de personas usuarias
Ratio de atención al usuario
- Número total de personal de Residencias de personas mayores / Número de plazas ocupadas
- Número total de personal de centros de día y noche / Número de plazas ocupadas
- Número total de personal del Servicio de ayuda a domicilio / Total personas atendidas
- Ratio total de personal de Servicio de Teleasistencia / Total personas atendidas.
- Porcentaje de personas de la organización que han participado en actividades formativas.
- Media de horas de formación/trabajador.
- Índice de rotación del personal de atención directa
<b>Resultados clave</b>
Número de personas usuarias con medición de su satisfacción / Total de personas

**Cuadro 31. Indicadores relativos al Servicio de Teleasistencia en el modelo Edad & Vida**

<b>Indicadores asociados a los procesos</b>
Tiempo medio (horas) de inicio del servicio en una solicitud de alta normal.
Tiempo medio (horas) de inicio del servicio en una solicitud de alta urgente (si procede).
Tiempo medio (en segundos) de respuesta de la persona operadora a una llamada, una vez ha entrado en el Centro de Atención.
Tiempo medio (en minutos) desde que se recibe una llamada al Centro de Atención hasta la movilización del recurso especializado (bomberos, fuerzas de seguridad, ambulancias, servicios sanitarios, etc.).
Tiempo medio (en minutos) desde que se recibe una llamada al Centro de Atención hasta la movilización de otros recursos (familiares, amigos, vecinos, etc.).
Tiempo medio (en minutos) de llegada de la unidad móvil al domicilio (si procede).
Número de llamadas de seguimiento por persona usuaria al mes.
Número usuarios con situaciones de emergencia con llamada de seguimiento antes de 15 días /Número de usuarios con situación de emergencia * 100.
Número de personas usuarias a las que se ha realizado encuesta de satisfacción / Total de personas usuarias (la periodicidad de medición y seguimiento de este indicador es anual).
Número personas usuarias con quejas del servicio/número total de personas usuarias.
Número incidencias relacionadas con la custodia y manipulación de llaves por parte de la entidad /Total de usuarios con servicio de unidad móvil (si procede).

Número de bajas voluntarias por insatisfacción con el servicio / Total de bajas
<b>Indicadores de resultados</b>
Número casos con movilización de recursos personales con respuesta del recurso / Total de casos en los que se ha solicitado la movilización del recurso personal.
Número casos con movilización de recursos públicos no sanitarios con respuesta del recurso / Total de casos en los que se ha solicitado la movilización de los recursos públicos no sanitarios.
Número casos con movilización de recursos sanitarios con respuesta del recurso / Total de casos en los que se ha solicitado la movilización del recurso sanitario.
<b>Indicadores asociados a los recursos humanos y materiales</b>
Número de usuarios con operador asignado de referencia / Total de usuarios.
Número de averías en el equipamiento de la persona usuaria que impiden la comunicación de ésta con el centro de atención / Total de terminales instalados.
Tiempo medio (en horas) de la resolución de averías del terminal que impiden la comunicación de la persona usuaria con el centro de atención.
Número de averías en el sistema del servicio que produce la pérdida de capacidad de respuesta del centro de atención, que activa el sistema de respaldo.
<b>Otros indicadores</b>
<b>De índice</b>
Número de personas usuarias en situaciones críticas que afecta a su integridad física (agresión o malos tratos, caídas, fallecimientos o parada cardiorrespiratoria) / Total de personas usuarias.
Número de personas usuarias con llamada por situación de soledad / Total de personas usuarias.
<b>Centinela</b>
Porcentaje de llamadas entrantes no contestadas desde el centro de atención en los primeros 30 segundos / Total llamadas.
Número de veces de pérdida de líneas telefónicas.

Cuadro 32. Indicadores relativos al SAD en el modelo Edad &amp; Vida

<b>Indicadores asociados a los procesos</b>
Número de usuarios con visita de valoración / Número de nuevos usuarios (si procede).
Número de usuarios con visitas de presentación de auxiliar / Total de nuevos usuarios (si procede).
Tiempo medio de revisión de la valoración de seguimiento (si procede).
Número de PAI revisados / Total de PAI.
Número de visitas de seguimiento a usuarios con más de 6 meses de antigüedad / Total de visitas a usuarios con más de 6 meses de antigüedad.
Número de cambios en un año de auxiliar en el servicio al usuario.
Número de sugerencias / Número de usuarios totales.
Número de quejas y reclamaciones / Número de usuarios totales.
Número de horas no cubiertas / Total horas del servicio.
Número de facturas con errores / Total facturas mensuales.
Número de auxiliares que participan en las reuniones / Total reuniones.
Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas totales.
Número de jornadas completas de coordinación / Número de horas de prestación totales.

Cuadro 33. Indicadores relativos al Centro de Día y Centro de Noche en el modelo Edad &amp; Vida

<b>Indicadores asociados a los procesos</b>
Número de no conformidades en alimentación / Número de personas usuarias.
Número de quejas o reclamaciones de los usuarios en transporte / Número de personas usuarias en servicios de transporte.
Número de no conformidades de limpieza / Número total de no conformidades.
Número de reclamaciones en temas de lavandería / Número de residentes del centro.
Número de usuarios con PAI en el primer mes de alta / Número total de usuarios de alta en el periodo.
Número de usuarios de 6 meses de antigüedad con revisión del PAI / Total de usuarios de más de 6 meses de antigüedad.
Número de usuarios en programas con incontinencia urinaria / Número de usuarios totales con incontinencia urinaria.

Número de usuarios con caídas en el centro / Número de usuarios totales (ligar con niveles de dependencia).
Número de usuarios con quejas / Número total de usuarios.
Número usuarios con sujeciones / Número usuarios totales.
Número de residentes con deterioro cognitivo con programas de estimulación cognitiva / Número de residentes totales con deterioro cognitivo
Número de sugerencias de usuarios / Número de usuarios totales.
Número de comunicaciones escritas con los familiares de los usuarios / Número de usuarios con familias.
Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas (excepto por fallecimiento).
Número usuarios en los que se ha retirado el absorbente / Número de residentes incluidos en el programa de incontinencia.
Número de usuarios con fracturas año / Número de usuarios totales.
Número de usuarios que empeoran en ABVD (según escala de Barthel) / Número de residentes.
Número de usuarios con alteraciones de conducta según escala NPIQ / Número de usuarios totales
Número de comunicaciones escritas con los familiares de los usuarios / Número de usuarios con familias.
Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas (excepto por fallecimiento).
Número usuarios en los que se ha retirado el absorbente / Número de residentes incluidos en el programa de incontinencia.
Número de usuarios con fracturas año / Número de usuarios totales.
Número de usuarios que empeoran en ABVD (según escala de Barthel) / Número de residentes.
Número de usuarios con alteraciones de conducta según escala NPIQ / Número de usuarios totales
<b>Indicadores asociados a los recursos materiales</b>
Número de camas articuladas eléctricas con elevador / Número total de usuarios con severa y gran dependencia
Número de colchones antiescaras / Número total de usuarios

**Cuadro 34. Indicadores relativos a residencias en el modelo Edad & Vida**

<b>Indicadores asociados a los procesos</b>
Número de residentes con profesional o equipo de referencia desde el ingreso / Total de residentes de alta.
Número de residentes con PAI en el primer mes de alta / Número total de residentes de alta en el periodo.
Número de residentes de 6 meses de antigüedad con revisión del PAI / Total de residentes de más de 6 meses de antigüedad.
Número de residentes con $\geq 6$ fármacos / Número total de residentes.
Número de residentes en programas con incontinencia urinaria / Número residentes totales con incontinencia urinaria.
Número de residentes con caídas año / Número de residentes totales
Número de úlceras por presión originadas en el centro / Número total de residentes con riesgo de úlceras.
Número de residentes con quejas / Número total de residentes.
Número de residentes en programas de estimulación cognitiva / Número de residentes totales
Número de residentes con sujeciones / Número residentes totales.
Número de residentes con empeoramiento del estado cognitivo (medido con métodos validados) / Total residentes con deterioro cognitivo
Número de no conformidades de limpieza / Número total de no conformidades.
Número de reclamaciones en temas de lavandería / Número de residentes del centro.
Número de bajas voluntarias por disconformidad con el servicio / Número de bajas (excepto por fallecimiento).
Número de residentes en los que se ha retirado el absorbente / Número de residentes totales incluidos en el programa de incontinencia.
Número de residentes con fracturas año / Número de residentes totales.
Número de residentes con sonda nasogástrica / Número de residentes totales (ligar con niveles de dependencia).
Número de residentes que empeoran en ABVD (según escala de Barthel) / Número total de residentes.
Número de residentes con disminución en las escala MNA (Valoración nutricional) / Número residentes valorados con escala MNA
Número residentes con alteraciones de conducta según escala NPIQ / Número de residentes totales

Número de residentes con depresión según escala de SABAS / Número de residentes totales
Número de comunicaciones escritas con los familiares de los residentes / Número de usuarios
<b>Indicadores asociados a los recursos materiales</b>
Número de camas articuladas eléctricas con elevador / Número de residentes con severa y gran dependencia (ligar con niveles de dependencia).
Número de colchones antiescaras / Total de residentes
Número de residentes con empeoramiento del estado cognitivo (medido con métodos validados) / Total residentes con deterioro cognitivo

Cabe señalar que la propuesta de Edad & Vida no contempla valores estándares o de referencia, debido, según se señala en la propuesta, a que no se dispone de datos representativos para el conjunto del sector que permitan establecer con claridad el valor estándar. La determinación de esos valores, en la propuesta realizada, se atribuye a las administraciones.

### 3.9. Otros sistemas: UNICEF y Udalmap

#### 3.9.1. Indicadores de Unicef relativos a los servicios de atención precoz a la infancia en los países de la OCDE

El centro *Innocenti Research Centre* de UNICEF planteó en 2008 un esquema de indicadores relativos a los servicios de atención precoz a la infancia, que se caracteriza por su simplicidad. Se trata de un ejemplo interesante de indicadores aplicables a escala internacional –está orientado a los países de la OCDE–, lo que implica la necesidad de establecer indicadores de carácter más genérico, aplicables en contextos sociales, culturales, políticos y económicos muy diferentes. Además de su carácter genérico y su alcance internacional, el modelo de los indicadores de UNICEF se caracteriza por no incluir indicadores relacionados con el impacto de las diversas políticas y servicios en la situación de los menores, renunciando por ejemplo a la introducción de indicadores relativos a la capacidad cognitiva de los niños/as de los diversos países<sup>20</sup>. La razón de la no inclusión de este tipo de indicadores radica en que se considera que pueden existir factores contextuales –sociales, políticos y económicos– que influyan en este tipo de resultados y que no pueden ser tenidos en cuenta a la hora de la establecer este tipo de indicadores.

En el modelo de UNICEF, los *benchmarks* o patrones de referencia se consideran como requisitos mínimos que los respectivos Gobiernos deberían garantizar de cara a establecer o mantener una calidad aceptable en sus sistemas de atención a la infancia. Estos requisitos mínimos se

<sup>20</sup> UNICEF publica en cualquier caso una serie de informes en los que describe la situación de la infancia en una serie de países desarrollados en relación a una amplia gama de indicadores relacionados con el bienestar y la calidad de vida.

diferencian por tanto de los *targets* u objetivos hacia los cuales se recomienda tender, y que son utilizados, en el ámbito de la atención a la infancia, por entidades como la Unión Europea. En una primera propuesta, el *Innocenti Research Centre* propuso una batería de quince indicadores, divididos en cuatro grandes áreas: Salud infantil y apoyo familiar; Gobernanza de los servicios de atención infantil; Acceso a los servicios; y Calidad de los programas. Finalmente sin embargo, al objeto de facilitar la medición de los indicadores y su difusión social, se optó por una versión más reducida, eliminándose aquellos indicadores considerados más cualitativos o abstractos y manteniéndose los de carácter más cuantitativo. El esquema de indicadores finalmente adoptado es el siguiente:

**Cuadro 35. Indicadores UNICEF de atención a la infancia**

<b>1. Derecho a una baja por maternidad/paternidad retribuida mínima</b>
El estándar mínimo propuesto es que en el momento del nacimiento del niño/a uno de los progenitores tenga derecho a una baja por paternidad/maternidad de al menos un año de duración (incluida la baja pre-natal), y que esta baja esté retribuida en un 50 por ciento de su sueldo (sujeto a unas cuantías mínimas y máximas). Para los progenitores desempleados o autónomos, el salario al que tendrían derecho no debería de ser inferior al salario mínimo o un nivel básico de asistencia social. Además, se debería reservar al menos un mínimo de dos semanas para la baja parental de los padres.
<b>2. Plan nacional de atención infantil, con prioridad para niños/as desfavorecidos/as</b>
Todos los países que estén en la fase de implementación de un sistema de servicios de cuidado infantil deberían llevar a cabo una amplia investigación y desarrollar una estrategia nacional coherente que asegure que los beneficios de una educación infantil temprana y de unos servicios de atención infantil estén totalmente disponibles, especialmente para los niños más desfavorecidos. En la actualidad estos servicios de atención temprana a la infancia no pueden ser correctamente evaluados ni comparados. A pesar de las dificultades intrínsecas de evaluación y comparación de este tipo de servicios, los gobiernos deberían de diseñar como mínimo un plan nacional que contemple la organización y financiación de servicios de atención infantil temprana.
<b>3. Nivel mínimo de provisión de servicios de cuidado infantil para niños/as menores de tres años</b>
El mínimo propuesto es que los servicios de atención infantil financiados y regulados por organismos oficiales deberían estar disponibles al menos para el 25 por ciento de los niños menores de tres años.
<b>4. Nivel mínimo de acceso a servicios de educación infantil para niños/as de 4 años</b>
El mínimo propuesto es que el 80 por ciento de los niños de 4 años participen en servicios educativos subvencionados y acreditados por organismos oficiales durante un mínimo de 15 horas semanales.
<b>5. Nivel mínimo de formación para el personal</b>
El mínimo propuesto es que al menos el 80 por ciento del personal que tenga un contacto significativo con niños/as pequeños, incluidas aquellas personas que cuidan de un grupo reducido de niños/as en sus domicilios, deberían tener un nivel básico de formación específica. Como mínimo, todo el personal debería completar un curso básico de iniciación en este ámbito. Además, se recomienda que las condiciones de trabajo y el salario estén en la línea de otras profesiones de carácter pedagógico o de atención social.
<b>6. Proporción mínima de personal con niveles de formación superior en educación y experiencia</b>
El mínimo propuesto es que al menos el 50 por ciento del personal de los centros de educación infantil temprana, que deberían estar controlados y acreditados por organismos oficiales, cuente con un mínimo de tres años de formación superior en educación o con una cualificación reconocida en estudios en atención a la infancia temprana o especialidades similares.
<b>7. Ratio mínima de cuidadores/as</b>
El mínimo propuesto es que haya una persona cuidadora formada (educadora y/o auxiliar) por cada grupo de quince niños en edad preescolar (de tres a cinco años de edad). También se recomienda que el número de niños/as por grupo no sea superior a quince menores.
<b>8. Nivel mínimo de financiación pública</b>
El mínimo propuesto es que la financiación pública de servicios educativos y de atención temprana a la infancia (para niños de cero a seis años de edad) no sea inferior al 1 por ciento del PIB.



9. Nivel bajo de pobreza infantil
De manera específica, la tasa de pobreza infantil debería ser inferior al 10 por ciento. La definición de pobreza infantil es la utilizada por la OCDE; por ejemplo, el porcentaje de los niños/as en familias en las que los ingresos, para un tamaño de familia ajustado, sean inferiores al 50 por ciento de los ingresos medios.
10. Cobertura universal
Con el fin de reforzar uno de los principios básicos de este informe –los servicios de atención infantil temprana deberían también ser disponibles para niños de familias desfavorecidas o marginadas– este último punto de referencia intenta medir y comparar que la obligación nacional se acerque a ese ideal. En la actualidad no se cuenta con los suficientes mecanismos de evaluación para los servicios de educación infantil temprana por lo que la medida de evaluación propuesta se refiere al nivel de acceso las familias más marginadas, desfavorecidas y alejadas de los servicios públicos a los servicios de salud. De manera específica, el punto de referencia de la “cobertura universal” se considera satisfecho si un país cumple con dos de los tres siguientes requisitos: a) la tasa de mortalidad infantil es menor al 4 por 1000 de nacidos vivos, b) la proporción de bebés nacidos con bajo peso (menos de 2500 gramos) es menor a un 6 por ciento y c) la tasa de inmunización para bebés de 12 a 23 meses (vacunas de sarampión, polio y la DTP3 (difteria, tétanos y pertussis) es superior al 95 por ciento.

### 3.9.2. Udalmap

El modelo de indicadores de Udalmap es, en la mayor parte de sus características, distinto de los analizados hasta ahora, pero se incorpora a este informe en la medida en que constituye un buen ejemplo de las baterías de indicadores orientados a conocer la situación del conjunto de la población en una serie de ámbitos determinados. Se trata, como en muchos de los ejemplos analizados hasta ahora, de un marco integral de indicadores referidos a la realidad municipal.

En este caso concreto, se analizan en torno a 165 indicadores agrupados en tres ámbitos generales y 22 subámbitos específicos:

**Cuadro 36. Ámbitos y subámbitos considerados en el modelo de indicadores de Udalmap**

Ámbitos	Subámbitos
Economía y competitividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura económica</li> <li>- Mercado de Trabajo</li> <li>- Tejido empresarial</li> <li>- Dinamismo económico</li> <li>- Recursos económicos de la población</li> <li>- Vitalidad turística y comercial</li> <li>- Formación</li> <li>- Gestión económico financiera municipal</li> </ul>
Cohesión social y calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demografía</li> <li>- Movimiento natural de la población y migraciones</li> <li>- Vivienda</li> <li>- Urbanismo</li> <li>- Bienestar social</li> <li>- Infraestructuras básicas</li> <li>- Equipamientos de uso colectivo</li> <li>- Seguridad ciudadana</li> <li>- Participación ciudadana</li> </ul>
Medioambiente y movilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Residuos</li> </ul>

Ámbitos	Subámbitos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agua y aire</li> <li>- Energía</li> <li>- Concienciación medioambiental</li> <li>- Transporte y movilidad</li> <li>- Zonas verdes y áreas protegidas</li> </ul>

Los indicadores de Udalmap que hacen referencia al ámbito de los Servicios Sociales, o cercanos, son los siguientes:

- Unidades convivenciales perceptoras de Renta Básica (‰ habitantes)
- Unidades convivenciales perceptoras de Ayudas de Emergencia Social (‰ habitantes)
- Índice de infancia: Población de 0-14 años (%)
- Índice de envejecimiento: Población de 65 y más años (%)
- Índice de sobre-envejecimiento: Población de 75 y más años (%)
- Índice de dependencia demográfica (%)
- Población inmigrante extranjera (%)
- Equipamientos y edificios municipales accesibles (%)
- Gasto corriente del presupuesto municipal per cápita en Servicios Sociales (€)
- Gasto total per cápita en Servicios Sociales (€)
- Grado de ocupación de los centros de día (3ª edad y personas con discapacidad)
- Grado de ocupación de los centros residenciales (3ª edad y personas con discapacidad) (%)
- Plazas en centros de día para la 3ª edad (‰ habitantes de 65 y más años)
- Plazas en centros residenciales para la 3ª edad (‰ habitantes de 65 y más años)
- Plazas en centros de día para personas discapacitadas (‰ habitantes)
- Plazas en centros residenciales para personas discapacitadas (‰ habitantes)

La mayor parte de los indicadores se obtienen de encuestas ajenas al propio sistema y/o de la información administrativa que obra en poder de las diversas administraciones.

Una de las principales ventajas del modelo es la existencia de un mecanismo de difusión relativamente avanzado, que permite la realización *on line*, por parte de cualquier persona, de tablas evolutivas, seleccionando diversos indicadores para uno o varios municipios de la CAPV. En ese sentido, si bien el sistema no establece patrones o valores de referencia, sí permite una comparabilidad intermunicipal rápida e interactiva. El sistema de difusión se complementa con la edición de un informe anual que recoge los datos más significativos de cada municipio.

## **4. DEFINICIÓN DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA CAPV**

### **4.1. Introducción**

El análisis realizado en torno a los sistemas de indicadores existentes en los países de nuestro entorno, tanto en el ámbito específico de los Servicios Sociales como en el ámbito más genérico del conjunto de la gestión pública, permite no sólo describir los elementos básicos que caracterizan cada uno de los modelos analizados, sino, sobre todo, identificar cuáles son los elementos clave que conforman cualquier modelo de indicadores y, desde ese punto de vista, identificar las cuestiones que, antes de elaborar cualquier propuesta concreta de cuadro de mando, deben ser resueltas por la institución que quiera promover un sistema de estas características. En ese sentido, la determinación de un modelo propio para la CAPV requiere, antes de proceder a la selección de indicadores concretos, optar por las diferentes alternativas presentadas, a la luz de la experiencia internacional, en función de las necesidades existentes en la CAPV y de las prioridades técnicas y políticas que se considere conveniente adoptar.

Para poder definir esas prioridades, en este último punto del informe se recoge por una parte un cuadro sintético en el que se señalan los elementos clave de este tipo de sistemas de medición del rendimiento y la opción por la que se ha optado en cada uno de los modelos analizados. Presentada esta información, el segundo punto analiza los principales elementos u alternativas que deben determinarse con anterioridad a la formulación de los indicadores, las opcio-

nes existentes y los argumentos que pueden existir a favor o en contra de cada una de ellas, de acuerdo a la realidad de los Servicios Sociales vascos, y del conjunto de los servicios públicos de la CAPV, y a las competencias atribuidas a la Alta Inspección de Servicios Sociales en el actual marco institucional.

#### **4.2. Indicadores de servicios sociales: elementos básicos de los diversos modelos**

La información recogida al analizar los diversos modelos presentados se ha dividido en 17 áreas o dimensiones.

- Alcance. Indica si se trata de un modelo integral, que tiene en cuenta indicadores relacionados con diversas áreas de intervención pública, o si se trata de un modelo sectorial, exclusivamente centrado en el ámbito de los Servicios Sociales o equivalentes.
- Orientación municipal. Indica fundamentalmente si se trata de un modelo orientado a la mejora de la acción municipal, teniendo en cuenta, en cualquier caso, las diferencias internacionales en lo que se refiere al tamaño medio y a las competencias de las entidades locales.
- Tipo de Servicios Sociales. Indica fundamentalmente si analiza los servicios sociales de atención primaria, los servicios sociales de atención secundaria o ambos, teniendo en cuenta, en cualquier caso, que este tipo de división no siempre tiene sentido en los países de nuestro entorno.
- Participación. Indica si la participación en el sistema es voluntaria u obligatoria.
- Ámbito territorial. Indica cuál es el ámbito territorial al que se refiere la información, en los casos en los que la información proporcionada es de carácter territorial.
- Dimensiones. Indica si los indicadores que integran el cuadro de mando se agrupan en más de una dimensión, y, en ese caso, cuáles son las dimensiones consideradas.
- Indicadores de contexto. Indica si el cuadro de mando incluye indicadores sociodemográficos o de necesidad, no estrictamente vinculados al impacto de los servicios.

- Indicadores de impacto. Indica si se incluyen indicadores relacionados con el impacto de los servicios en la población objetivo.
- Indicadores de proceso. Indicadores relacionados con los procesos organizativos.
- Indicadores relacionados con la atención directa. Indica si el modelo incluye estándares de calidad relacionados con la prestación de servicios de atención directa o con sus resultados.
- Indicadores específicos. Señala si existen indicadores especialmente orientados a centros o colectivos específicos.
- Indicadores subjetivos. Establece si el modelo incluye indicadores subjetivos derivados de la opinión expresada por las personas usuarias, sus familiares y/o el conjunto de la población.
- Objetivos. Indica si el modelo establece patrones, *benchmarks* u objetivos de referencia.
- Fuentes. Establece qué tipo de fuentes se utilizan en cada modelo para la recogida de información.
- Trabajo en red. Establece si el modelo incluye trabajo en redes, talleres de formación, grupos de trabajo u otras dinámicas participativas similares.
- Difusión. Indica de qué forma se difunden los resultados y, fundamentalmente, si se dan a conocer al público los resultados individuales recogidos.
- Vinculación a elementos de financiación. Indica si el modelo prevé que los resultados de la evaluación del rendimiento se vinculen a un sistema de financiación condicionada, incluyendo su vinculación a elementos relacionados con la acreditación para la prestación de servicios.

Como se acaba de señalar, el cuadro siguiente resume los elementos básicos de cada uno de los modelos analizados en este informe:

Cuadro 37. Elementos básicos de los modelos de indicadores analizados

Área	CCI Cataluña	ASCOF Inglaterra <sup>21</sup>	Australia	Suecia <sup>22</sup>	MCCSSIG	Alemania	Finlandia <sup>23</sup>	Estados Unidos	ECSWPR	Edad & Vida <sup>24</sup>	Unicef	Udalmap
<b>Alcance</b>	Integral	Sectorial	Integral	Integral	Sectorial	Sectorial	Sectorial	Sectorial	Sectorial	Sectorial	Sectorial	Integral
<b>Orientación municipal</b>	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	Sí
<b>Tipo de servicios sociales</b>	Atención primaria <sup>25</sup>	Atención primaria y secundaria	Atención primaria y secundaria	Atención primaria y secundaria	Atención primaria y secundaria	Atención primaria y secundaria	Atención primaria y secundaria	Residencias para personas mayores	Servicios para personas mayores	Servicios de atención a personas mayores dependientes	Servicios de atención temprana a la infancia	Atención secundaria
<b>Participación</b>	Voluntaria	Obligatoria	Obligatoria	Voluntaria	Voluntaria	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	-	Obligatoria	-	-
<b>Ámbito territorial</b>	Municipios de más de 10.000 habitantes	Autoridades locales	Territorios	Municipios	-	-	Municipios	-	-	-	-	Municipios
<b>Dimensiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encargo político-estratégico</li> <li>• Usuario / cliente</li> <li>• Organización / recursos</li> <li>• Aspectos económicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Necesidades sociales</li> <li>• Experiencia del servicio</li> <li>• Protección de personas vulnerables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad (acceso)</li> <li>• Efectividad (acceso, adecuación, calidad)</li> <li>• Eficiencia (coste efectividad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de la atención;</li> <li>• Eficacia;</li> <li>• Satisfacción;</li> <li>• Listas de espera;</li> <li>• Información;</li> <li>• Quejas y recursos</li> <li>• Atención médica y de enfermería</li> <li>• Coordinación sociosanitaria</li> <li>• Incidencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizativo</li> <li>• Provisión de servicios</li> <li>• Beneficios y resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados personales y de enfermería</li> <li>• Actividades prescritas por un médico</li> <li>• Calidad de la organización y nivel de la atención<sup>26</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la salud y el bienestar;</li> <li>• Gasto</li> <li>• Necesidad de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de los cuidados;</li> <li>• Calidad de vida;</li> <li>• Liderazgo;</li> <li>• Rendimiento;</li> <li>• Contexto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• Procesos</li> <li>• Resultados</li> <li>• Recursos humanos y materiales;</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economía y competitividad;</li> <li>• Cohesión social y calidad de vida;</li> <li>• Medioambiente y movilidad</li> </ul>	

<sup>21</sup> Hace referencia al modelo actualmente en vigor, el modelo ASCOF.

<sup>22</sup> Se refiere de forma específica al denominado Proyecto de Comparación y, dentro de ese marco, a las soluciones residenciales para las personas mayores;

<sup>23</sup> Hace referencia, específicamente, al Marco Nacional de Servicios de Alta Calidad para las Personas Mayores

<sup>24</sup> A la hora de valorar este modelo ha de tenerse en cuenta que se trata de una propuesta no aplicada en la realidad.

<sup>25</sup> Cataluña cuenta, en paralelo, con un modelo de estándares de calidad orientados a la gestión de centros especializados.

<sup>26</sup> Las tres dimensiones se refieren concretamente a los indicadores relativos a la atención domiciliaria;

Área	CCI Cataluña	ASCOF Inglaterra <sup>21</sup>	Australia	Suecia <sup>22</sup>	MCCSIG	Alemania	Finlandia <sup>23</sup>	Estados Unidos	ECSWPR	Edad & Vida <sup>24</sup>	Unicef	Udalmap
Incluye indicadores de contexto	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí
Incluye indicadores de impacto	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Incluye indicadores de proceso	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Incluye indicadores relacionados con estándares de atención directa	No <sup>27</sup>	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Indicadores específicos para los diversos tipos de centros o poblaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios Sociales básicos</li> <li>• Equipos básicos de Servicios Sociales</li> <li>• Servicios de atención domiciliaria</li> <li>• Centros abiertos</li> </ul>	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas mayores</li> <li>• Personas con discapacidad</li> <li>• Protección y apoyo</li> <li>• Vivienda (personas sin hogar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios residenciales para personas mayores;</li> <li>• Atención domiciliaria;</li> <li>• Intervención familiar;</li> <li>• Servicios para personas con discapacidad</li> </ul>	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios residenciales para personas dependientes;</li> <li>• Atención domiciliaria para personas dependientes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viviendas tuteladas;</li> <li>• Servicios y prestaciones de apoyo a personas cuidadoras;</li> <li>• Atención domiciliaria</li> <li>• Centros residenciales</li> </ul>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teleasistencia;</li> <li>• Centros de día y de noche;</li> <li>• Asistencia domiciliaria;</li> <li>• Centros residenciales</li> </ul>	-	-
Incluye objetivos o patrones de referencia	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No

<sup>27</sup> Cataluña cuenta, en paralelo, con un modelo de estándares de calidad orientados a la gestión de centros especializados en los que su.

Área	CCI Cataluña	ASCOF Inglaterra <sup>21</sup>	Australia	Suecia <sup>22</sup>	MCCSSIG	Alemania	Finlandia <sup>23</sup>	Estados Unidos	ECSWPR	Edad & Vida <sup>24</sup>	Unicef	Udalmap
<b>Incluye indicadores subjetivos</b>	No	Sí	Sí, pero están pendientes de definición	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No
<b>Fuentes utilizadas</b>	Registros internos	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Encuestas a personas usuarias</li> <li>•Encuestas de población</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Estadísticas oficiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Encuesta a personas usuarias</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Resultados de inspecciones</li> <li>•Encuesta a personas usuarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Estadísticas oficiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Encuesta a personas usuarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Estadísticas oficiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Registros internos</li> <li>•Estadísticas oficiales</li> </ul>
<b>Trabajo en red</b>	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
<b>Difusión</b>	Informes anuales, en los que no se ofrecen públicamente datos a nivel municipal	Pendiente de definir	Informe anual, con datos a nivel territorial	Informe semestral relativo a cada municipio	-	Banco de datos; Informes periódicos	Banco de datos con explotaciones evolutivas para todos los ámbitos territoriales contemplados	Informe anual y página web	-	-	-	Banco de datos accesible a través de la web
<b>Vinculación a elementos de financiación</b>	No	No	Sí	No	No	Sí (acreditación)	No	Sí (acreditación)	No	Sí (acreditación)	No	No



### 4.3. Hacia la construcción de un cuadro de mando de indicadores de servicios sociales en la CAPV: opciones a determinar

La conformación para la CAPV de un cuadro de mando de indicadores de calidad en el ámbito de los Servicios Sociales exige optar por las diversas alternativas planteadas en cada uno de los elementos planteados en la tabla anterior. Para poder optar entre las diversas alternativas, en el punto siguiente se describen las implicaciones –posibilidades, ventajas y desventajas– que podría suponer cada una de ellas teniendo en cuenta en la medida de lo posible la realidad actual del sistema vasco de Servicios Sociales.

Aunque los elementos sobre los que es preciso decidir se han dividido en una decena de categorías, es obvio que algunas de ellas está estrechamente interrelacionadas y que optar en algunos aspectos por una alternativa concreta determina las opciones que podrán adoptarse posteriormente en otra. Es obvio, por otra parte, que no todas las cuestiones tienen el mismo grado de relevancia y que, mientras algunas pueden considerarse básicas o esenciales de cara a la formulación del sistema, otras resultan más secundarias. Por último, debe señalarse que el texto no se posiciona, en general, a favor o en contra de opciones concretas, en la medida en que se considera que esas opciones deben ser determinadas por la Alta Inspección y/o por el conjunto de las instituciones con competencias en el ámbito de los Servicios Sociales.

#### 4.3.1. Alcance y orientación general

Como se ha señalado anteriormente, los modelos de verificación y promoción de la calidad utilizados en el ámbito internacional se pueden clasificar en función del nivel en el que se aplican: a) nivel sistémico; b) nivel de organización o institución; y c) nivel de programa, servicio o departamento (Klassen et al, 2009). Por tanto, el primer elemento que es necesario determinar es el alcance del sistema de indicadores que quiere desarrollarse y su orientación general. De forma muy esquemática, los sistemas que se han analizado se dividen en dos grandes grupos:

- Por una parte, los modelos dirigidos a impulsar, supervisar y/o garantizar la calidad de los servicios prestados por parte de las administraciones locales en el ejercicio de sus competencias en el ámbito de los Servicios Sociales. Se trata, en general, de modelos impulsados desde las respectivas administraciones centrales, se caracterizan por prestar una especial atención a los elementos relacionados con los factores organizativos (tasas de cobertura, equidad en el acceso, adecuación de las ratios profesionales, eficiencia en el gasto, etc.) e inciden en escasa medida en las cuestiones más estrictamente relacionadas con la atención directa o los estándares de calidad asistencial. Corres-

ponden claramente a esta orientación los modelos identificados en Cataluña (CCI), Finlandia, Suecia e Inglaterra, así como el de Australia, si bien en este caso el ámbito administrativo supervisado es el territorial o subestatal, y no estrictamente el municipal.

- Por otra parte, los modelos más estrechamente vinculados a la calidad asistencial, en uno o en varios tipos de servicios. En estos casos, los procesos, resultados o impactos que se tienen en cuenta se relacionan con la atención que reciben las personas usuarias de los diversos servicios, en aplicación de una serie de estándares de calidad o buena práctica. Se corresponden con este tipo de modelos los identificados en Estados Unidos y Alemania, o las propuestas realizadas por la Fundación Edad y Vida en España.

Aunque no necesariamente ha de ser así, parece obvio que el primer modelo se centra más en lo que en el marco de la CAPV se entiende como servicios de atención primaria, mientras que el segundo se centra fundamentalmente en los servicios de atención secundaria (aunque también, en muchos casos, en la atención domiciliaria). En todo caso, la alternativa no radica en optar entre un modelo orientado a la atención primaria u otro orientado a la atención secundaria, sino en dar respuesta a las dos disyuntivas siguientes:

- Un modelo orientado exclusivamente a la supervisión de los servicios municipales (o de atención primaria) frente a un modelo orientado a la supervisión del conjunto de los servicios (forales y municipales, en el caso de la CAPV). El modelo catalán corresponde a la orientación municipalista, debido entre otras razones a las competencias de la entidad promotora (la Diputación provincial de Barcelona) y al modelo competencial vigente en Cataluña. El resto de los modelos no resultan aplicables en nuestro entorno ya que, en la mayor parte de los países analizados, las administraciones locales son competentes tanto para la prestación de servicios de atención primaria como de atención secundaria.

En nuestro entorno, una orientación exclusivamente municipalista podría estar justificada por el papel esencial que este nivel administrativo juega en la prestación de servicios sociales de atención primaria, especialmente en el marco de la Ley 12/2008, su actual atomización organizativa, y el comparativamente menor desarrollado de los servicios sociales municipales.

- Un modelo centrado en los aspectos organizativos o sistémicos (acceso, equidad, eficiencia, tasas de cobertura, etc.) frente a un modelo más centrado en la calidad asis-

tencial, a partir de la identificación de una serie de estándares de calidad y/o criterios de buena práctica. El caso alemán es un buen exponente de este tipo de enfoques. Aunque no sean elementos sencillos de separar, parece obvia en ese sentido la necesidad de diferenciar entre los modelos más estrictamente orientados a la calidad asistencial de los orientados a los aspectos organizativos o de gestión.

Obviamente, es posible crear un modelo mixto que tenga en cuenta ambos tipos de elementos, si bien podría pensarse que priorizar uno de ellos permitiría un desarrollo más sencillo y coherente de cualquier modelo que se quiera desarrollar. La atribución de funciones realizada mediante el Decreto 238/2010 y mediante la propia Ley 12/2008 a la Alta Inspección de Servicios Sociales –contribuir al funcionamiento armónico y coordinado del sistema de Servicios Sociales, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras instituciones en el ámbito de la inspección–, invita quizá a conceder mayor importancia a los aspectos organizativos frente a los estrictamente relacionados con la calidad asistencial.

#### *4.3.2. Integralidad frente a sectorialidad*

El análisis realizado pone también de manifiesto la existencia de: a) un modelo integral (Cataluña, Australia, algunos de los modelos ingleses...) en el que la situación de los servicios sociales se analiza junto a la de otros servicios públicos; y b) un modelo sectorial, monográficamente centrado en el ámbito de los servicios sociales (o, en algunos casos, la dependencia, la atención a las personas mayores, etc.).

Obviamente, el hecho de que un sistema de este tipo sea impulsado por la Alta Inspección de Servicios Sociales permite pensar en una orientación sectorial, exclusivamente centrada en el ámbito de los Servicios Sociales y sin relación con otros servicios públicos. Con todo, cabría también valorar si un esquema de este tipo no debería insertarse en un proceso más amplio de indicadores relativos a los servicios públicos y, dentro de estos, a los servicios prestados por las administraciones locales.

#### *4.3.3. Obligatoriedad de participar en el modelo y vinculación con elementos económicos*

El análisis realizado ha identificado tanto modelos en los que la participación es estrictamente voluntaria (como el catalán o el sueco), como otros en los que la participación es obligatoria (caso de los ingleses, el finlandés, el alemán o el norteamericano, en cuyo caso la participación en el sistema se establece además como condición impuesta a los centros para poder prestar

servicios). Cada uno de las dos opciones presenta ventajas e inconvenientes y determina claramente las características y el alcance del modelo.

Estrechamente relacionado con el nivel de obligatoriedad del sistema, aparece la cuestión de la vinculación del cuadro de mando de indicadores al modelo de financiación de los servicios sociales. El análisis realizado no permite afirmar que este tipo de vinculación resulte frecuente. Sin embargo, cabe pensar que la participación en un sistema de indicadores de rendimiento –y, en ese sentido, el cumplimiento de una serie de umbrales mínimos de calidad previamente establecidos– podría vincularse a la participación en un sistema de financiación condicionada (similar al Plan Concertado de Servicios Sociales, establecido en el territorio de financiación común del Estado español) orientado a la sostenibilidad económica de los servicios sociales municipales en la CAPV.

#### 4.3.4. Determinación de objetivos y difusión de los resultados

Otro de los aspectos relevantes del modelo, estrechamente relacionado con el anterior, es la inclusión de objetivos o patrones de referencia en el mismo y, en caso afirmativo, el modelo de cálculo elegido para su determinación.

La experiencia inglesa, una de las más dilatadas y ricas de todas las analizadas, ha concluido con la renuncia al establecimiento de objetivos o referencias y, sobre todo, al uso de clasificaciones, *rankings*, *ratings* y demás sistemas comparativos y/o competitivos. Tampoco cuentan con este tipo de sistemas modelos como el catalán. Sin embargo, por otra parte, cabe pensar que es necesario establecer umbrales, valores o referencias que permitan determinar en qué medida los diversos servicios públicos se acercan o no al rendimiento considerado como mínimo, razonable u óptimo, ya sea en nombre de una mayor transparencia o con la intención de promover e incentivar la mejora de quienes estén más alejados de esos valores. Aceptada la necesidad de establecer este tipo de referencias, la decisión se refiere a dos elementos, estrechamente relacionados entre sí:

- el carácter de la referencia, que puede establecerse como un umbral mínimo de cumplimiento, como una referencia intermedia o como una referencia de máximos, orientativa, hacia la que es preciso o conveniente avanzar.
- la forma de cálculo, que en cualquier caso puede ser diferente para cada indicador. Los ejemplos analizados optan en general por dos sistemas: la elección de un indicador absoluto considerado adecuado de una forma más o menos convencional, por una parte,

y la elección de un indicador relativo, como, por ejemplo, la media, la mediana o el valor correspondiente al quinto quintil.

Tan importante como esta cuestión es la relativa a la difusión de los resultados, desde dos puntos de vista:

- por un lado, la posibilidad, como existe en Cataluña, de que una parte de los datos no se den a conocer públicamente de forma individualizada, sino únicamente de forma agregada. Esta anonimización se justifica en la medida en que se considera que los indicadores constituyen una referencia para el trabajo en equipo y la mejora interna, y no para el conocimiento público. Frente a esta opción, el modelo inglés ha tendido a la mayor individualización de los resultados posible, a partir de la idea de que la competencia y la comparación resultan factores incentivadores de la mejora, y en nombre también de una mayor transparencia de cara a la ciudadanía. El mismo esquema se ha seguido, en este caso a nivel de centros residenciales, en el marco del seguro de dependencia alemán.
- por otro lado, la forma de difusión y publicación de los resultados juega un papel importante. Algunos sistemas, por ejemplo el catalán, han optado por la publicación anual de informes en los que se valora el cambio en los valores alcanzados y se ofrecen los datos de forma agregada. Otros países, como Finlandia o Alemania, han optado por un sistema más transparente, habilitando un completísimo banco de datos que permite realizar explotaciones *on line* muy detalladas, de carácter evolutivo, a escala municipal y regional. A este modelo responde también el sistema de Udalmap, que permite elaborar informes monográficos municipales para los indicadores deseados.

#### 4.3.5. Las unidades territoriales de análisis

Como se ha señalado al analizar los diferentes modelos, en algunos casos la unidad de análisis de cada sistema (es decir, la unidad básica que remite y/o a la que se refieren los datos) es un centro (el centro residencial, por ejemplo, en el caso del DMS norteamericano). De utilizarse el centro como unidad de referencia, la información podría difundirse de forma individualizada (a nivel de centro) o agregarse en función de diversas variables (relacionadas con la ubicación geográfica, la titularidad, el tipo de centro, etc.).

En la mayor parte de los casos, sin embargo, se trata de unidades de carácter territorial. Si bien la opción que en este ámbito se adopte está estrechamente vinculada a las opciones planteadas

en cuanto al alcance y la orientación del sistema, así como a la disponibilidad de datos convenientemente desagregados para cada una de las unidades territoriales que se determinen (como más adelante se explica), en el caso de la CAPV la opción entre las unidades territoriales no resulta sencilla. Las opciones básicas son dos:

- De una parte, podría articularse en torno a las unidades territoriales que ya existen: Territorio Histórico, municipio o comarca<sup>28</sup>, por ejemplo.
- De otra, resultaría más congruente con el desarrollo de la Ley 12/2008 que, si se adopta un enfoque territorial, éste se corresponda con el establecido en el Mapa de Servicios Sociales de la CAPV. De esta forma, el sistema ofrecería sus datos a nivel de zona básica, área y comarca de servicios sociales, lo que permitiría valorar, entre otros aspectos, el nivel de necesidad de cada ámbito territorial y el grado de cumplimiento de los contenidos establecidos en el propio Mapa.

#### 4.3.6. Dimensiones y características de los indicadores

Una vez definidas algunas de las opciones apuntadas hasta ahora, cabe pensar en las características concretas de los indicadores que deben conformar el cuadro de mando. En este aspecto, la reflexión debería girar en torno a al menos cuatro cuestiones fundamentales:

- **Marco teórico.** De todos los modelos analizados, los sistemas de indicadores más sólidos son aquellos que parten de un modelo teórico claro, es decir, de unos objetivos compartidos y claramente establecidos en relación al sistema de Servicios Sociales y al propio sistema de indicadores. Los cuadros de mando de indicadores deben recoger o hacer referencia a las prioridades que en cada momento tiene el sistema de Servicios Sociales. Desde ese punto de vista, la definición de los indicadores debe vincularse a los elementos que establecen la misión, la visión o los objetivos del sistema de Servicios Sociales, convenientemente operativizados o traducidos a indicadores manejables. Así pues, los elementos básicos para la determinación de ese modelo habrían de ser, por una parte, las disposiciones contenidas en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales (y, más concretamente, sus artículos 7 a 12) y, por otra, los objetivos y prioridades establecidos en el Plan Estratégico de Servicios Sociales.

---

<sup>28</sup> Determinadas fuentes estadísticas, y en ocasiones las propias Diputaciones, suelen desagregar sus datos a nivel comarcal, si bien la determinación de las comarcas pocas veces suele coincidir entre las distintas fuentes.

- **Dimensiones.** Una vez definido ese marco teórico, resulta necesario establecer en función de qué dimensiones concretas pueden agruparse los indicadores.
- **Indicadores de contexto.** Resulta también necesario valorar la conveniencia de introducir, en el cuadro de mando, indicadores de contexto, no directamente relacionados con el resultado de las actuaciones cuya calidad se analiza. Se trata en general de indicadores de carácter sociodemográfico (tasas de desempleo, de envejecimiento, de inmigración, de dependencia, etc.) que, por una parte, ayudan a delimitar las necesidades sociales del ámbito territorial en cuestión pero que pueden no ser adecuadamente interpretados, si no se tiene en cuenta que dependen de factores ajenos a la influencia de los servicios analizados, e introducir una complejidad innecesaria. La inclusión o no de indicadores de contexto está, por otra parte, estrechamente vinculada a la disponibilidad de tales datos a la escala territorial requerida.
- **Indicadores de impacto o de proceso.** Otra de las cuestiones básicas del sistema es si los indicadores se centrarán en los indicadores de impacto, es decir, en la situación en la que se encuentran las personas o en los indicadores de proceso, o en ambos.

Otra de las cuestiones prioritarias se refiere a la introducción de indicadores subjetivos, relativos a la satisfacción o a la percepción de la ciudadanía y/o de las personas usuarias respecto a los servicios sociales. Aunque se trata, sin duda, de indicadores de gran interés, cabe señalar que no existen, a la fecha, sistemas homogéneos de recogida de la percepción subjetiva de la ciudadanía o de las personas usuarias de los servicios sociales respecto a su situación, lo que obligaría a establecer sistemas de recogida *ad hoc* de este tipo de información.

Algunos de los sistemas analizados, por otra parte, tienden a desagregar sus datos en función de determinadas variables, como el origen étnico de las personas atendidas, su estatus socioeconómico, etc., como indicadores de evaluación de la igualdad de oportunidades, en la medida en que esos colectivos pueden presentar mayores dificultades en el acceso a los servicios sociales. En función de los indicadores finalmente contemplados, será necesario determinar, de acuerdo también al modelo teórico establecido, qué tipo de desagregaciones se desea y es posible realizar.

#### 4.3.7. Relación con otros dispositivos existentes y fuentes de datos

Otra de las cuestiones fundamentales sobre la que es preciso pronunciarse es la relación entre el cuadro de mando de indicadores que se establezca y algunos de los dispositivos de informa-

ción e inspección que ya existen en el marco de los Servicios Sociales vascos. En concreto, debería aclararse en qué medida el cuadro de mando de indicadores va a estar relacionado con:

- El Observatorio de Servicios Sociales;
- El Sistema de Información de Servicios Sociales;
- Los sistemas de registro, homologación e inspección existentes en el ámbito territorial y/o autonómico.

Por otra parte, la determinación de los indicadores no puede dejar de tener en cuenta las fuentes de datos disponibles en la actualidad, y su nivel de desagregación territorial. El análisis realizado ha permitido observar que, en muchos casos, la fuente prioritaria de datos son los registros internos de las administraciones. Basarse en este tipo de datos requeriría un trabajo de definición de la información que debe recogerse y transmitirse en cada centro o unidad territorial, y un trabajo de recolección de datos probablemente intenso, si bien cabe pensar que algunas de las fuentes estadísticas disponibles o el Sistema de Información de Servicios Sociales ya están recogiendo algunos de estos datos.

En lo que se refiere a las fuentes estadísticas, Euskadi cuenta con una serie de estadísticas – realizadas por el Eustat y/o por el Órgano Estadístico del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales– que perfectamente podrían constituir la base de un cuadro de mando de estas características. En principio, cabe recordar la existencia de al menos las siguientes fuentes de datos:

- Estadística de Servicios Sociales de Eustat (ESSEC).
- Estudio sobre el gasto público en Servicios Sociales, del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.
- Encuesta de Necesidades y Demanda de Servicios Sociales (EDDS), del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.
- Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS), del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.

Las fuentes señaladas presentan en cualquier caso problemas importantes: por una parte, la periodicidad de algunas de las encuestas (como la EPDS o la EDDS) es cuatrienal, lo que difi-



culta su utilización en un sistema de estas características. La ESSEC y el estudio sobre el gasto público en Servicios Sociales, por su parte, tienen una periodicidad anual, si bien la disponibilidad de sus datos adolece de cierto retraso. Por otra parte, la escala territorial de estas fuentes es muy diversa: aunque en todos los casos podrían ofrecerse datos a nivel comarcal, sólo en el caso de la encuesta de gasto público se dispone de datos individualizados a nivel municipal.

Existe, por otra parte, la opción de realizar encuestas o mediciones *ad hoc* para la alimentación de este sistema de indicadores. La experiencia inglesa resulta en ese sentido interesante, ya que en aquel país se ha optado por encomendar a cada autoridad local la realización de dos encuestas –con una metodología común para todas las autoridades locales– para valorar la percepción y las necesidades de la población en relación a los servicios sociales, por una parte, y para conocer la valoración que las personas usuarias de los servicios sociales hacen de los servicios que reciben, por otra. Por su parte, el modelo alemán se ha basado en la utilización de los datos provenientes del exhaustivo sistema de inspección al que de forma obligatoria han de someterse los centros que prestan servicios de atención a la dependencia.

La cuestión de las fuentes disponibles resulta en última instancia definitiva, ya que, en realidad, las opciones básicas son dos: elaborar el cuadro de mando a partir de las fuentes estadísticas actuales y/o de los registros internos que ya mantienen las entidades informantes, por una parte, o crear nuevas herramientas de recogida de información que alimenten de datos el cuadro de mando de indicadores.

#### *4.3.8. El trabajo en red y el proceso de participación en la elaboración del cuadro de mando*

Otra de las cuestiones relevantes para el diseño del sistema es el establecimiento de talleres, grupos de mejora y otras fórmulas de trabajo en red que permitan trabajar de forma conjunta en base a los indicadores recogidos en el cuadro de mando. La experiencia sueca y la de los círculos de comparación municipal de Cataluña son buenos ejemplos del potencial de este tipo de enfoques.

Finalmente, resulta esencial reflexionar sobre el propio proceso de determinación de los indicadores y sobre la forma en la que se quiere dar respuesta a las opciones que acaban de plantearse. Desde ese punto de vista, tanto los análisis prácticos como las reflexiones teóricas sobre la elaboración de este tipo de cuadros de mando han puesto de manifiesto la conveniencia de buscar fórmulas de colaboración y consenso interinstitucional, permitiendo que todos los agentes con competencias en la materia –y que son, finalmente, quienes han de responder a los requerimientos de información del sistema– participen en la definición del modelo teórico

subyacente al cuadro de mando y de los indicadores que se incluirán en el mismo, así como de otras cuestiones importantes como el grado de obligatoriedad del sistema, las fórmulas de difusión de los datos o la metodología para la obtención de los mismos.

## 5. BIBLIOGRAFÍA Y LISTADO DE PÁGINAS WEB

**Artley, W y S. Stroh.** *The Performance-Based Management Handbook. Volume 2: Establishing an Integrated Performance Measurement System.* Performance-Based Management Special Interest Group, 2001, 54 pp.

Best value performance indicators: 2005-2006. Londres, Office of the Deputy Prime Minister, 2005, pp. 306.  
<http://www.communities.gov.uk/publications/localgovernment/bestvalueperformance>

Performance ratings for social services in England. December 2005. Updated march 2006. Londres, Commission for Social Care Inspection, 2006, pp. 28.

National framework for high-quality services for older people. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2008, pp. 54.  
<http://pre20090115.stm.fi/ka1212393066110/passthru.pdf>

**Beek, V. G.** Common Quality Framework for Social Services of General Interest. Proposed CEN Workshop Agreement : Common Quality Framework for Social Services of General Interest, Prometheus Project, 2011.  
[http://www.equass.ee/public/raamat/CQF\\_for\\_SSGI - FINAL\\_VERSION\\_1.pdf](http://www.equass.ee/public/raamat/CQF_for_SSGI_-_FINAL_VERSION_1.pdf)

**Bennett, J.** Benchmarks for early childhood services in OECD countries. Serie: Innocenti Working Paper, n° 2. Florencia, Unicef Innocenti Research Centre, 2008, pp. 105.  
[http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp\\_2008\\_02\\_final.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2008_02_final.pdf)

**Buscher, A.** Public reporting, experts standard and indicators. Different routes to improve the quality of german long term care. En: Eurohealth, vol. 16, n° 2, 2010.

**Clarkson, P.** Performance measurement in adult social care: looking backwards and forwards. *British Journal of Social Work*, 2008, pp. 1-18.

**Clarkson, P. et al.** The design and use of local metrics to evaluate performance: a comparative analysis of social care organisations. Literature review. Serie: Discussion Paper M160. Londres, Personal Social Services Research Unit, 2007, pp. 66.

**Commission for Social Care Inspection.** Social services performance assessment framework indicators adults 2007-08. Londres, Commission for Social Care Inspection, 2008, pp. 156.  
[http://www.cqc.org.uk/\\_db/\\_documents/PAF\\_2008\\_LO\\_02.pdf](http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/PAF_2008_LO_02.pdf)

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.** Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Stand März 2011. Osnabrück, Hochschule Osnabrück, 2011.

**Department for Communities and Local Government.** National indicators for Local Authorities and Local Authority partnerships: Handbook of definitions/ Annex 1: stronger and safer communities/ Annex 2: children and young people/ Annex 3: adult health & well-being and tackling exclusion & promoting equality/ Annex 4: local economy and environmental sustainability. West Yorkshire, Department for Communities and Local Government, 2008, pp. 53, 90, 181, 74, 148.  
<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/735112.pdf>  
<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/735115.pdf>  
<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/735125.pdf>  
<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/735136.pdf>  
<http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/735143.pdf>

**Department for Communities and Local Government.** The new performance framework for local authorities & local authority partnerships: single set of National indicators. Londres, 2007, 14 pp.

**Department of Health.** The adult social care outcomes framework. Handbook of definitions. Londres, Department of Health, 2011, pp. 53.  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_128396.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_128396.pdf)

**Department of Health.** Transparency in outcomes: a framework for quality in adult social care. A response to the consultation and next steps. Londres, Department of Health, 2011, 48pp.

**Department of Health.** Transparency in outcomes: a framework for quality in adult social care. The 2011/12 adult social care outcomes framework. Londres, Department of Health, 2011, 44 pp.

**Department of Health.** Transparency in outcomes: a framework for adult social care. A consultation on proposals. Londres, Department of Health, 2010, 66 pp.

**Diputació de Barcelona.** Anàlisi de serveis municipals mitjançant indicadors de gestió. Conclusions de los servicios analizados en los círculos de comparación intermunicipal. Resultados año 2009. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2010, 35 pp.

**Diputació de Barcelona.** Anàlisi de serveis municipals mitjançant indicadors de gestió. Conclusions de los servicios analizados en los círculos de comparación intermunicipal. Resultados año 2008. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2009, 315 pp.

**Diputació de Barcelona.** 9ª edició del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials. Resultats any 2009. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2010, 132 pp.

**Diputació de Barcelona.** Indicadors de gestió de serveis municipals. Guia de interpretació. Resultats any 2009. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2010, 47 pp.

**Evers et al. (eds.).** *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments.* Aldershot: Ashgate Publishing Limited, 1997, 312 pp.

**Fundación Edad y Vida.** Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Barcelona, Fundación Edad y Vida, 2008, pp. 201.  
<http://www.edad-vida.org/fitxers/publicacions/LibroCalidadyAcreditacion.pdf>

**Hilarión, P. (coord.).** Indicadors de qualitat: serveis de centres de dia per a gent gran. Serie: Col·lecció Indicadors, nº 8. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, pp. 112.

[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num\\_8/indicador8.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num_8/indicador8.pdf)

**Hilarión, P. (coord.).** Indicadors de qualitat: serveis residencials assistits per a gent gran. Serie: Col·leccio Indicadors, nº 7. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, pp. 112.

[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num\\_7/indicadors7.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num_7/indicadors7.pdf)

**Hilarión, P. (coord.).** Indicadors de qualitat: serveis de centres residencials per a persones amb discapacitat física amb necessitat de suport extens o generalitzat. Serie: Col·leccio Indicadors, nº 6. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, pp. 132.

[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num\\_6/indicadors6.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num_6/indicadors6.pdf)

**Hilarión, P. (coord.).** Indicadors de qualitat: serveis prelaborals per a persones amb malaltia mental. Serie: Col·leccio indicadors, nº 4. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2010, pp. 102.

[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num\\_4/indicadors4.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Colecciones/Indicadors/num_4/indicadors4.pdf)

**Hoffmann, F. y Leichsenring, K.** Quality management by result-oriented indicators: Towards benchmarking in residential care for older people. Serie: Policy Brief, nº 1. Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2011, pp. 15.

[http://www.euro.centre.org/data/1306242771\\_99752.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1306242771_99752.pdf)

**Hoffmann, F. et al. (coords.).** Midiendo el progreso: indicadores para las residencias. *Perfiles y Tendencias. Boletín sobre el Envejecimiento*, nº 49, 2011, pp. 89.

[http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm\\_49.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm_49.pdf)

**Independent Reference Group.** Review of the Report on Government Services' performance indicator framework. Report to the Steering Committee for the Review of Government Service Provision. Melbourne, Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2010, 66 pp.

**Klassen, A. et al.** Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 22, nº 1, 2010, pp. 44-69.

**Knutsson, H.** Conditions of inter-municipal benchmarking in the Swedish public sector. Bodö, 9th Biennal CIGAR Conference, 2003, 14 pp.

**Lichiello, P. y B.J. Turnock.** *Guidebook for performance measurement*. Turning Point, 1999, 83 pp.

**Mackie, B.** Organisational performance management in a government context: a literature review. Edimburgo, The Scottish Government, 2008, 38 pp.

**Maluquer i Amorós, S. y A. Tarrach i Colls.** "Gestión estratégica del presupuesto y orientación a resultados: la reforma presupuestaria de la Generalitat de Catalunya". *Presupuestos y Gasto Público* nº 43, 2006, pp. 9-37.

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.** 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009.

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege.** Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009.

**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege.** Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2009.

**Ministry of Health and Social Affairs.** Public performance reports on health care and social services. A national strategy for quality improvement through public performance reports on health care and social services. Estocolmo, Ministry of Health and Social Affairs, 2010.16 pp.

**Proper, C. y Wilson, D.** The use and usefulness of performance measures in the public sector, CMPO Working Paper Series N°. 03/073, 2003.

**Steering Committee for the Review of Government Service Provision.** National Agreement Performance Information 2009-10. Melbourne, Commonwealth of Australia, 2010, 37 pp.

**Steering Committee for the Review of Government Service Provision.** The approach to performance measurement. En: Report on Government Services 2011, volumen 1. Melbourne, Steering Committee Review of Government Service Provision, 2011, 28 pp.

**Steering Committee Responsible Care.** Quality framework responsible care. The vision documents "towards standards for responsible care" and "standards for responsible home care" made operational via a set of indicators and a control model for long-term and/or complex care. Zichtbare zorg, 2007, pp. 71.  
<http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20%28english%29.pdf>

**Varios autores.** Measuring the quality of long-term care. *Eurohealth*, vol. 16, n° 2, 2010, pp. 48.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/124371/Eurohealth\\_Vol16\\_No2\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124371/Eurohealth_Vol16_No2_web.pdf)

#### **Páginas web consultadas:**

Audit Comission (Inglaterra)

[www.audit-commission.gov.uk](http://www.audit-commission.gov.uk)

Care Quality Comission (Inglaterra)

<http://www.cqc.org.uk/>

Centers for Medicare and Medicaid Services (USA)

<https://www.cms.gov/MinimumDataSets20/>

Círculos de Colaboración Intermunicipal, Diputación de Barcelona

<http://www.diba.es/es/web/menugovernlocal/ci>

Directorio del Sello Verde (Alemania)

<http://www.heimverzeichnis.de/>

European Quality in Social Services (UE)

<http://www.epr.eu/index.php/equass/hidden-equass/187>

Instituto Nacional de Salud y Bienestar (Finlandia)

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

National Insttute for Health and Clinical Excellence (Inglaterra)

<http://www.nice.org.uk/>

National Care Standars (Escocia)

<http://www.nationalcarestandards.org>

Report on Government Services (Australia)

<http://www.pc.gov.au/gsp/reports/rogs/2011>

Seguro de Dependencia del Alemania

<http://www.pflegelotse.de/>

Transparenzberichte-pflege (Informes de asistencia a la dependencia, Alemania)

<https://www.transparenzberichte-pflege.de>