

Una mirada humana a la calidad

La calidad en nuestro sector deja de ser una cuestión de decisión organizacional para pasar a ser una exigencia ética, pues tenemos el deber ético de proporcionar excelentes apoyos a cada persona para que pueda desarrollar su proyecto singular de buena vida, de una vida de calidad, una vida que se perciba como significativa y valorada.

La calidad en el ámbito de la acción social en España tiene aún una corta historia si la comparamos con el ya largo recorrido con el que cuenta en otros sectores, especialmente el sector industrial. Fruto quizá, al menos en parte, de la importante experiencia en la incorporación de sistemas de calidad de este ‘hermano mayor’, las organizaciones no gubernamentales españolas –y me inclinaría a pensar que es algo común en otros muchos países (Tamarit, 2002)– han sentido la atracción de mirar, con gran admiración, los esfuerzos para la calidad y el reconocimiento que la sociedad daba por ello a las empresas industriales e intentar emularlas en sus intentos de perseguir una continua mejora en sus negocios. Por otro lado, en los últimos tiempos, una parte sustancial de ONGs han ido incorporando entre sus actividades la gestión de centros y servicios que conllevan un alto grado de complejidad y un no menos alto volumen de presupuesto y recursos de personas, lo que obliga a asumir una gestión eficiente y profesionalizada.

Estos dos aspectos, la experiencia de la industria y la incorporación en las ONGs de centros que requieren un importante esfuerzo de gestión, junto con el ‘espíritu de los tiempos’, que ha ido paso a paso generando el mensaje de la calidad como factor diferencial y esencial también en estas organizaciones, han sido los motivos de la búsqueda de herramientas o sistemas que aseguren la calidad y aporten ese valor por encima del resto a las entidades que lo logren.

Pero esto, que en sí no aparenta nada peligroso, más bien algo deseable, tiene una lectura, en mi opinión, distinta. No quiero con ello quitar los méritos a todo el esfuerzo de aquellas organizaciones del sector social pioneras en su acercamiento a la calidad. Quiero, con este artículo, plantear que el camino propio, consustancial, de la calidad en nuestro ámbito quizá no tenga por qué ser el mismo que el camino que en su día otras empresas tuvieron que marcar.

AUTOR:

JAVIER TAMARIT

Responsable de calidad de FEAPS*

* FEAPS es la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (www.feaps.org)

De cómo un ternero inició una senda

Schalock, Gardner y Bradley (2007), expertos internacionales en el campo de la discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo, señalan: “Nuestras definiciones, indicadores y resultados, así como nuestros métodos de medición y de evaluación de la calidad, se fundamentan en tradiciones y prácticas pasadas. También nuestros valores y sistemas de parámetros tienen una base histórica. Estos valores, una vez aceptados y asumidos en las actuaciones individuales y organizacionales, son difíciles de cambiar. ¿Por qué? Pues porque, por lo general, la capacidad y funcionamiento del actual sistema, diseñado hace décadas, determina qué hay que medir y cómo. Por ello, a menudo se intenta avanzar recurriendo a sistemas basados en valores tradicionales y a información heredada del pasado” (p. 253 de la edición española).

Para explicar más gráficamente esto recurren a un poema titulado la senda del ternero que viene a contar lo siguiente: un buen día, hace muchos años, un ternero, de vuelta a casa, dio un buen paseo avanzando entre riscos y terrenos difíciles. Al día siguiente las ovejas, notando el camino seguido por el ternero repitieron ese mismo recorrido, poco a poco esa senda se fue haciendo más y más transitada, los hombres a caballo la tomaron como referencia, fue así ensanchándose y en sus veredas surgieron edificaciones. Aún cuando el camino era muy complicado, con curvas por todos los lados, fue convirtiéndose en calle de una ciudad. Y por allí paseaban las gentes y los vehículos, todos preguntándose cómo era posible que tuviera ese sinuoso y tormentoso trazado. Habían pasado varios siglos desde el primer paseo, el del ternero, pero ese paseo se había convertido en la huella indeleble que todo el mundo tras él siguió, sin preguntarse por qué era tan horrible el trazado y sin plantearse hacer un nuevo camino para alcanzar el mismo lugar.

Si traducimos esta anécdota al mundo de la calidad en los servicios sociales podemos pensar que nuestras organizaciones, necesitadas de recorrer un camino para alcanzar la calidad, tomaron la senda ya diseñada para ese fin por otras empresas sin pararse, quizá, a reflexionar cuál era el camino propio que debían tomar. Y así se introdujeron en el sinuoso mundo de normas y modelos que, si bien a su vez han ido evolucionando desde los primeros tiempos de la calidad, como la senda del ternero, se tornan en más ocasiones de lo razonable tortuosas y difíciles para las entidades no lucrativas del sector de la acción social.

Diseñando una senda propia

La calidad no es indiferente a la cultura de la organización, sea del sector que sea, a la que aplica. Según cómo se entienda la organización así se va a promover una concepción u otra de lo que se entiende por calidad en ese contexto. Veamos, como ejemplo, la experiencia desarrollada en el seno de las organizaciones dirigidas a las personas con discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo. La visión que en cada momento tenga la sociedad sobre la discapacidad intelectual o del desarrollo ha originado unos modelos de servicios diferentes, acordes con la cultura imperante, que han concebido de una peculiar manera la calidad que ofrecen.

Valery Bradley (1994) (figura 1) comenta que, en una primera fase, los servicios se orientaron a la custodia y requirieron de instituciones, generalmente en manos de profesionales del ámbito sanitario, que atendieran a estas personas. Nacieron, fruto de ese momento y suponiendo un gran avance en relación con la situación de partida, instituciones segregadas de la comunidad, cerradas al contexto, con nula voz y capacidad de opinión o decisión por parte de los pacientes y familiares y con el énfasis profesional puesto en programas clínicos y en procedimientos centrados en la patología subyacente.

	INSTITUCIONAL	INTEGRACIÓN	COMUNIDAD
Quién lo recibe	Paciente	Usuario	Ciudadano
Dónde se presta	Institución fuera de la comunidad)	Hogares, talleres, educación especial (entornos basados en los de la comunidad pero especiales)	Hogar, puesto de trabajo, colegio entornos comunitarios
Qué modelo se utiliza	Custodia o médico	Desarrollo y conducta	Apoyo individual
Cómo se llama	De cuidados	Programas	Apoyos
Qué se planifica	Los cuidados	Las habilidades	El futuro
Quién controla la planificación	Un profesional experto	Un equipo interdisciplinar	La propia persona con discapacidad
Quién toma las decisiones	Normas de práctica profesional	Consenso de equipo	La propia persona con su círculo de apoyos
Qué políticas lo rigen	Limpieza, salud y seguridad	Habilidades y socialización	Autodeterminación e inclusión
Qué determina la calidad	La práctica profesional y nivel de cuidados	La realización de programas y objetivos	La calidad de vida de la persona

Figura 1. Fases en el desarrollo de los servicios. Adaptado de Bradley, V. J. (1994)

En una segunda fase, que denomina de la integración, los servicios se desarrollan como servicios basados en la comunidad, es decir, servicios como los que se dan en la comunidad, los del resto, pero adaptados y separados de los 'normales'. En esta fase, estos servicios están orientados a promover las habilidades de las personas con discapacidad, y su planificación y desarrollo están generalmente en manos de un equipo interdisciplinar, que toma decisiones por consenso, con una aún escasa participación real de las personas y sus familias.

La tercera fase se alcanza cuando los servicios son inclusivos, son los de la comunidad y los ciudadanos con discapacidad que los utilizan tienen control en su planificación y en las decisiones que les afectan; en esta fase, el modelo orientador de la práctica es el de calidad de vida, con especial énfasis en la autodeterminación individual y en la inclusión, y el paradigma es el de los apoyos (Luckasson y cols., 1992 y 2002).

¿Cuál sería la idea de la calidad para una organización según cómo se posicione en relación con esos modelos?

En los dos primeros modelos probablemente se consideraría suficiente contar con un sistema de la calidad que ase-

gurara los requisitos que marcan las administraciones o los benefactores, que generara mejoras en los procesos clave asistenciales. Los resultados perseguidos serían, por ejemplo, los de ejecutar los programas de acuerdo a las normas, los protocolos y procedimientos, consiguiendo el logro de los objetivos planificados para la acción asistencial y rehabilitadora. Probablemente se consideraría que con contar con un departamento o un encargado de resolver 'los asuntos de la calidad' sería suficiente. El hecho de hacer bien, de acuerdo a lo procedimentado, los cuidados que requiere la persona desde una perspectiva asistencialista y de cubrir los objetivos diseñados en el programa de rehabilitación sería evidencia suficiente de la buena calidad del servicio prestado.

En el modelo de calidad de vida sería necesario (además de evidenciar el cumplimiento de las normas, los protocolos y procedimientos, además de la ejecución de los programas y de buscar la satisfacción de las personas) valorar, evaluar, el grado en que las actuaciones realizadas en el seno de los servicios han conseguido lograr resultados personales, singulares, valorados y percibidos como significativos, que fueron previamente determinados con la participación central de la propia persona y, si así lo desea,

con la colaboración de su círculo de seres queridos. En definitiva, se trataría de asegurar que las acciones llevadas a cabo han tenido un impacto positivo en dimensiones relevantes de la calidad de vida de cada persona que recibe los apoyos que necesita.

En el momento actual, las políticas sociales y sanitarias, las prácticas profesionales y las actitudes y valores culturales, han de estar orientados hacia la consideración, plenamente valorada, de la persona en riesgo de exclusión social como ciudadana con derechos, con poder de participación y cambio social, y con percepción real de pertenencia al grupo social y cultural en el que vive. La calidad de las organizaciones proveedoras de servicios de apoyo para estas personas no puede estar desligada, desde un imperativo ético, de los esfuerzos organizacionales para generar resultados valorados, singulares, significativos y coherentes con el proyecto de una buena vida, en el sentido ético, de la persona. El indicador clave del éxito, la prueba irrenunciable de la calidad, es la capacidad de la organización de producir una buena calidad de vida, pareja en oportunidades y en realidad a la del resto de las personas y, también, la capacidad de la organización de luchar por un entorno de justicia y cohesión social basada en la solidaridad y en un profundo sentimiento de lo humano. El modelo de calidad que hemos desarrollado en FEAPS está construido desde estas consideraciones (Tamarit, 2005; FEAPS, 2007).

Esta apuesta por la calidad de vida como vector esencial de la calidad de las ONGs de acción social tiene un refrendo importante tanto a nivel estatal, con la firma de ONGs para la adhesión al protocolo de Calidad de la Plataforma de ONGs de acción social (ver http://www.observatoriodecalidad.es/declaracion_de_calidad/index.html), como a nivel europeo, con la apuesta desde la plataforma social europea por unos principios de calidad en el sector que son coherentes con el modelo de calidad de vida (ver http://cms.horus.be/files/99907/MediaArchive/Policies/Services_of_General_Interest/08-06-26%20Final%20common%20position%20on%20quality%20social%20and%20health%20services.pdf).

También este paradigma de calidad orientada por la calidad de vida cuenta con un cuerpo importante de estudio e investigación (ver Schallock, Gardner y Bradley, 2007, Schallock y Verdugo, 2003).

Avanzando por la nueva senda

Retomando lo anterior nos encontramos, en este momento, con un modelo de comprensión y conceptualización de la calidad que, sin obviar la relevancia de perseguir una excelente gestión, más en la línea tradicionalmente entendida, señala la calidad de vida como el factor crítico. Y además lo hace desde una perspectiva ética. La calidad en nuestro sector deja de ser una cuestión de decisión organizacional para pasar a ser una exigencia ética, pues tenemos el deber ético de proporcionar excelentes apoyos a cada persona para que pueda desarrollar su proyecto singular de buena vida, de una vida de calidad, una vida que se perciba como significativa y valorada.

Recientemente, en línea con los postulados previos, Schallock y Verdugo (2007) (ver figura 2) desarrollaban una propuesta de diez estrategias para el desarrollo de la calidad, entendida desde el modelo de calidad de vida.

Termino este artículo centrándome en la primera de estas estrategias, pues es en ella, donde en mi opinión (y en esto este modelo es similar a los tradicionales de la calidad) reside la clave del éxito. Dicen así los autores sobre la estrategia que proponen en primer lugar (conseguir que las personas implicadas se comprometan): “No basta con conocer e implementar el modelo conceptual de calidad de vida propuesto como base para la mejora de la calidad. Además, es necesario conseguir que las personas implicadas se comprometan con tres tipos de transición: (a) *el movimiento de la incertidumbre al interés*, que requiere una visión, esperanza y respuestas posibles a cómo mejorar los resultados personales; (b) *el movimiento del interés al compromiso*, que requiere un marco conceptual de calidad de vida, apoyo institucional anticipado e implicación personal en el proceso de cambio; y (c) *el movimiento del compromiso a la acción*, que requiere el

Conseguir que las personas implicadas se comprometan
Desarrollar modelos mentales
Apoyar el cambio y la transformación
Organizar seminarios de análisis de datos
Crear equipos de aprendizaje
Inculcar un pensamiento de derecha a izquierda
Fomentar la redefinición de las organizaciones
Orientarse a la predicción de resultados
Establecer estándares
Evaluar el progreso y proporcionar feed-back

Figura 2. Estrategias de mejora de la calidad (Schalock y Verdugo, 2007)

conocimiento de estrategias concretas, creer en el valor del cambio y desarrollar un sentido de control personal sobre los efectos del cambio” (p. 25, la cursiva en el original).

Pues bien, de entre todos los grupos de personas que tienen que implicarse el primero de ellos, el principal, es el grupo de los que ostentan el liderazgo de la organización, responsables esenciales de su buena calidad. Los líderes de las organizaciones del sector de acción social tienen que, desde la fuerza que emana del imperativo ético, exigir y exigirse un exquisito comportamiento, en actos, actitudes y también, por

qué no, en sentimientos y pensamientos, orientado por el compromiso que abrazan con cada persona para, contando con su participación, ofrecerle apoyo significativo para la buena vida que anhela vivir, al igual que el resto, como ciudadana de pleno derecho.

Esta senda de la incertidumbre a la acción, pasando por el interés y el compromiso, bien debería convertirse, en mi opinión y mi deseo, en la senda (seguramente, en gran medida, complementaria y no excluyente de otras) que nuestras organizaciones tomen para ofrecer la calidad desde una mirada humana.

REFERENCIAS

- BRADLEY, V. J. (1994): Evolution of a new service paradigm. En Bradley V. J., Ashbaugh J. W., Blaney B. C., eds. *Creating individual supports for people with developmental disabilities: A mandate for change at many levels*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- FEAPS (2007): *Calidad FEAPS. Un modelo para la calidad de vida desde la ética y la calidad del servicio*. Madrid: FEAPS. Disponible en: <http://www.feaps.org/calidad/documentos/modelo.pdf> Recuperado el 1 de marzo de 2010.
- LUCKASSON, R.; BORTHWICK-DUFFY, S.; BUNTINX, W. H. E.; COULTER, D. L.; CRAIG, E. M.; REEVE, A.; SCHALOCK, R. L.; SNELL, M. E.; SPITALNIK, D. M.; SPREAT, S., y TASSÉ, M. J. (2002): *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th edition). Washington, D. C.; American Association on Mental Retardation. Traducción española (2004): *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (10ª edición). Madrid: Alianza.
- LUCKASSON, R.; COULTER, D. L.; FOLLOWAY, E. A.; REISS, S.; SCHALOCK, R. L.; SNELL, M. E.; SPITALNIK, D. M. y STARK, J. A. (1992): *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports* (9th edition). Washington, D. C.: American Association on Mental Retardation. Traducción española (1997): *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos* (9ª edición). Madrid: Alianza.
- SCHALOCK, R.L., GARDNER, J. y BRADLEY, V. (2007): *Quality of Life for People with Intellectual and Other Developmental Disabilities: Applications Across Individuals, Communities, and Systems*. Washington: AAIDD. Traducción española (2008): *Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. Madrid: FEAPS.
- SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. A. (2003): *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. A. (2007): El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38, 4, 21-36.
- TAMARIT, J. (2002): Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito europeo. Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 128, 241-254.
- TAMARIT, J. (2005): Hacia un Sistema de Evaluación de la Calidad en FEAPS. *Intervención psicosocial*, 14, 3, 295-308.