



MEJORANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO: EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA EN UN SERVICIO DE RESIDENCIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Ana Castro Zubizarreta y José Antonio del Barrio del Campo
Universidad de Cantabria

RESUMEN

La *calidad de vida* y la *calidad de servicio* son conceptos que hoy, en los umbrales del siglo XXI, ocupan un lugar destacado en la política social y en concreto en la política social para las personas con discapacidad.

Hace no muchos años el objetivo básico era crear servicios para las personas con discapacidad, sin cuestionar cuál era la calidad de esos servicios. Actualmente los servicios, para justificar su existencia, deben demostrar suficiente calidad.

Mejorar la calidad, se refiere a la capacidad de una organización para mejorar su funcionamiento y transparencia mediante la recogida sistemática y el análisis de los datos e información, y para implementar estrategias de acción.

Presentamos a continuación nuestra experiencia en la mejora de calidad del servicio de alojamiento para personas con discapacidad intelectual, en la que se han empleado estrategias de mejora práctica que han derivado en conseguir una transición de un modelo asistencial a un modelo centrado en la persona. A su vez, una vez consolidadas estas estrategias, el servicio obtuvo el certificado de calidad ISO: 9001: 2000.

INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad se refiere a la capacidad de una organización para mejorar su funcionamiento y transparencia mediante la recogida sistemática y el análisis de los datos e información, y para implementar estrategias de acción.

La búsqueda de la calidad es hoy evidente a tres niveles de los programas de servicios humanos: las propias personas que desean una vida de calidad; las organizaciones que quieren dar un producto de calidad que conlleve mejores resultados personales; y los políticos y financiadores que desean resultados valiosos para los beneficiarios de los servicios y datos que puedan conectar servicios y apoyos para alcanzar estos resultados. Éste énfasis en la calidad de vida también refleja: un cambio de visión acerca de lo que constituyen las posibilidades de vida de las personas con discapacidad intelectual (DI); un nuevo modo de pensar sobre dichas personas con discapacidad que se centran en la persona, las variables contextuales que influyen en el funcionamiento de uno, y la viabilidad del cambio en la per-



MEJORANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO: EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA...

sona, la organización y a nivel de los sistemas; el cambio de paradigma actual con el énfasis en la inclusión, la igualdad, la capacitación y los apoyos basados en la comunidad; y la revolución por la calidad con su énfasis en la mejora de la calidad y en los resultados valiosos referidos a la persona. (Schalock, y Verdugo, 2006).

La constatación de la creciente preocupación ciudadana por la promoción de su calidad de vida, entendida como mayor grado de participación y satisfacción personal con los servicios que reciben, obliga a las Administraciones a implicarse en procesos de cambio en la política pública y la provisión de servicios. El reto es especialmente importante si nos referimos a personas con discapacidad y a sus familias, puesto que obliga a adoptar el criterio de "calidad de vida" como principio organizador, para evaluar los resultados y la validez social de los recursos y las actuaciones profesionales que se destinan a esta población.

Esta tarea de mejora, pasa necesariamente por un conocimiento profundo y sistemático de los recursos organizativos y humanos que atienden a las personas con discapacidad y hace imprescindible el concurso en la misma de los propios afectados, los trabajadores, gestores... Además, la gran importancia que adquiere la integración comunitaria y el apoyo a las personas con discapacidad para que progresen en sus posibilidades y su autodeterminación y participación y para que vivan y se relacionen en su entorno habitual, exige a la red de centros un esfuerzo basado en la participación y la innovación tendiendo a mejorar el bienestar de las personas con discapacidad atendidas en los centros. (Antón ; Ortega, y Canal, 2006).

Este planteamiento basado en una concepción actual de la discapacidad y en la propia evolución del sistema de prestación de servicios orientada hacia la calidad, ha llevado a que se inicie en los servicios que atienden a personas con discapacidad, procesos de cambio, mejora y homologación. Estos procesos tienen un objetivo orientado hacia la mejora continua de la calidad de vida de las personas con discapacidad y otro orientado a mejorar la capacidad organizativa y técnica de los centros de atención.

La implantación de la calidad en los servicios sociales requiere dos cosas: activar la gestión de la calidad en la atención al cliente y adoptar un análisis continuo del servicio y la atención prestada.

Se presenta a continuación las estrategias de mejora de la calidad de servicio puestas en práctica que han tenido como referencia las orientaciones aportadas por Robert Schalock para mejorar la calidad de los servicios que se prestan a personas con discapacidad intelectual.

ESTRATEGIAS DE MEJORA

2.1. De la detección de necesidades al compromiso del cambio.

Para poder realizar la transición de un modelo claramente asistencial a un modelo de atención centrado en la persona, es necesario que confluyan diversos factores. Estos son los siguientes:

1.- La detección de una necesidad, el servicio de alojamiento que se presta desde la Entidad debe ser reformulado, es un modelo caduco que no se adapta a las necesidades de sus clientes ni potencia su calidad de vida.

2.- La existencia de profesionales que denuncian esta situación y piensan que existen otras fórmulas de alojamiento; profesionales que ven el potencial de las personas y no sus limitaciones y que solicitaban un cambio.

3.- La existencia de una dirección que se compromete con la necesidad de cambio y asume la responsabilidad de invertir y buscar alianzas para posibilitar el mismo.

4.- La firma de convenios de colaboración.

Con estos factores se consigue una primera implicación y compromiso, pudiendo realizar una transición que promueva una mayor implicación de todos los agentes implicados.



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

2.2. Identificación de los modelos mentales existentes en los profesionales de la Entidad.

Pasar de un modelo que resalta el déficit de las personas a un modelo en el que se valoran sus potencialidades y se potencia su autodeterminación supone cambiar el pensamiento de las personas que interaccionan con aquellas que sufren algún tipo de discapacidad; (familia, profesionales, instituciones y comunidad en la que se desenvuelven).

Es necesario identificar los modelos mentales existentes en gran parte de los profesionales de la Entidad.. De nuestro análisis de la experiencia que aportamos identificamos lo siguiente:(véase tabla 1):

Primer modelo mental identificado: modelos de deficiencia, que se centran más en los defectos personales más que en el potencial humano y la mejora de los factores ambientales.

Segundo modelo mental identificado: el excesivo énfasis en la calidad del cuidado a diferencia de la calidad de vida.

Tabla 1.- Análisis de los modelos mentales encontrados.

| Modelo mental | Ideas que subyacen |
|---|---|
| Modelos de deficiencia | El déficit es la característica de la persona con discapacidad. El déficit implica dependencia; vinculada a la autodeterminación - <i>Libertad para decidir</i> y vinculada con la autonomía – <i>capacidad de hacer cosas</i> . |
| Modelo que enfatiza la calidad del cuidado. | Las personas con discapacidad deben estar bien atendidas. Deben estar cubiertas sus necesidades básicas. Para velar por su cobertura se anula totalmente la capacidad de la persona con discapacidad de hacer cosas, su autonomía. |
| RASGOS COMUNES A AMBOS MODELOS MENTALES | |
| Discapacidad versus capacidad. Dependencia versus autonomía. Calidad del cuidado versus calidad de vida. Incapacidad versus autodeterminación. | |

2.3. El apoyo hacia el cambio y la transformación.

Una vez identificados estos modelos mentales, se hacía necesario intervenir a través de la práctica. La práctica es la que posibilita el cambio, y los que lo propugnan deben de ser modelos de actuación, agentes de cambio y renovación. Se aplicó un pensamiento de derecha a izquierda, siguiendo el término empleado por Schalock, es decir, se especifican los resultados deseados y se plantea qué es lo que necesita la Entidad para conseguirlos. Se trazan las siguientes líneas o fases de actuación:

- 1.- Área de formación.
- 2.- Área de Diseño Metodológico, de Investigación y Evaluación.
- 3.- Área de Intervención.



MEJORANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO: EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA...

2.3.1. La mejora de la atención al usuario

- **La atención a los usuarios:** Diseño de los programas generales del servicio, diseño de programaciones individuales de intervención, apoyo técnico en la implementación de las programaciones individuales (unificación de criterios a través del análisis de la tarea).

2.3.1.1. Elaboración de los programas que se desarrollan en el servicio de alojamiento

Un paso fundamental es la elaboración de un currículo en el que se especifican las áreas de intervención de las viviendas para personas con discapacidad intelectual.

Este currículo común aboga por la identificación de unas áreas de intervención que se configuran en programas: autocuidado, habilidades sociales y personales, vida comunitaria, social y cívica y tareas del hogar.

Los programas unifican una forma de actuar, estableciendo criterios comunes en el trabajo con personas con discapacidad intelectual.

Presentamos a continuación una descripción de las áreas de intervención que identificamos como clave en un servicio de residencia y que generan los siguientes programas:

Programa de Autocuidado: El programa de autocuidado, tomando como base la CIF, responde al cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo.

El autocuidado posee unos principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

1. Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones.
2. Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
3. Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber que propicia la integración social.

Programa de Cuidado del Hogar: El programa de cuidado del hogar tomando como base la CIF, trata sobre cómo llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas. Las áreas de vida doméstica incluyen conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar, y ayudar a otras personas.

Este programa tiene la finalidad de ayudar a la persona a adquirir las destrezas necesarias para poder funcionar en su propia casa o servicio residencial. Nuestro interés reside en hacer partícipes a los usuarios de la vida en el hogar, iniciándolos en colaboraciones y pequeñas responsabilidades.

Iniciar a los usuarios en este programa supone ofrecerles la oportunidad de participar en su casa, de generar responsabilidades, respetando su tiempo de ejecución y facilitándoles los apoyos necesarios.

Programa de Vida comunitaria, social y cívica: El programa de vida comunitaria, social y cívica, tomando como base la CIF, (apartado tiempo libre y ocio) responde a la participación en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, tales como juegos y deportes informales u organizados, programas de ejercicio físico, relajación, diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, cines o teatros; participar en manualidades o aficiones, leer por entretenimiento, tocar instrumentos musicales; ir de excursión, de turismo y viajar por placer.



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

Incluye: juegos, deportes, arte y cultura, manualidades, aficiones y socialización

Excluye: religión y espiritualidad; vida política y ciudadanía; trabajo remunerado y no remunerado; montar animales como medio de transporte.

Las actividades de ocio mantiene ciertos criterios importantes, que contribuyen a la mejora de calidad de vida de los usuarios.

Programa de Habilidades sociales y personales: Las habilidades sociales y personales constituyen una de las áreas prioritarias en el desarrollo social de cualquier persona, su aprendizaje está condicionado por las experiencias vividas, el entorno en el que nos movamos y los modelos que nos rodeen.

Las habilidades sociales son en definitiva las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y satisfactoria. Cuando la persona carece de habilidades sociales puede que afronte las situaciones de dos maneras diferentes:

- Evitando las situaciones o accediendo a las demandas de los demás con la finalidad de no exponerse a enfrentamientos “conducta pasiva”.

- Elijiendo por otros e infringiendo los derechos de los demás para obtener sus metas “conducta agresiva”.

Con el desarrollo de este programa se pretende evitar la aparición de problemas de comportamiento mejorando así la integración de los usuarios en todos sus entornos naturales.

Las habilidades sociales y personales son las relativas a los intercambios sociales con otras personas, e incluyen: el iniciar, mantener y finalizar la interacción con otros: recibir y responder a las claves situacionales pertinentes; reconocer sentimientos; proporcionar realimentación (feedback) tanto positiva como negativa (rechazar ayuda ofrecida...); regular la propia conducta; ser consciente de los compañeros y ser aceptados por ellos; calibrar la cantidad y el tipo de interacción con los demás; ayudar a los demás; constituir y fomentar las amistades y la relación con la persona amada; afrontar las demandas de los demás; realizar elecciones; compartir; entender el significado de la honradez y la equidad; controlar los impulsos; cumplir las leyes; saber hacer un uso flexible de las normas y las leyes.

2.3.1.2. La elaboración e implementación de la programación individual

- Constituye una **herramienta de trabajo sumamente funcional** que favorece:
- Definición clara de objetivos de aprendizaje, intervención y seguimiento con el usuario/a.
- Coordinación de la prestación de apoyos al usuario/a.
- Unificación de las intervenciones de todos los profesionales implicados en el equipo de atención en pro de la consecución de los objetivos comunes de intervención y, en definitiva, por la consecución de la máxima autonomía posible y calidad de vida para el paciente.
- Es un **documento** que recoge las necesidades del usuario/a, en el que se formulan los objetivos a trabajar.
- Es una **herramienta** de trabajo para todos los profesionales.
- Recoge **diferentes áreas de intervención** atendiendo a los distintos ámbitos y contextos en los que se desenvuelve el usuario/a.

El proceso de implementación comienza en la exposición y presentación de la PI a todo el personal de atención directa que interviene con la personas con discapacidad intelectual a través de reuniones en las que se pretende favorecer, fundamentalmente, la unificación de intervenciones en base a unos objetivos de aprendizaje e intervención de referencia (explicitados en la PI). Se explica, además, que la figura profesional del Educador será el responsable de implementar los objetivos de la PI en sus respectivos ámbitos de intervención pues servirá como modelo a los restantes profesionales.



MEJORANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO: EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA...

2.3.2. Avanzando en la organización del trabajo

Este espacio recoge la mejora de la coordinación interna entre profesionales, mejora del clima de trabajo, creación del expediente único atendiendo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre (Protección de datos de carácter personal); elaboración de protocolos y procedimientos de actuación y comunicación.

2.3.2.1. La creación del expediente único

El expediente único pretende recoger la información referente al usuario en formato papel. Se debe garantizar la seguridad de los datos de carácter personal y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. Marco legal de referencia: LOPD 15/1999 de 13 de Diciembre.

El expediente único nace con el objeto de mantener unificada y documentada la información, actualizar la información, contemplándola con los cambios que se vayan produciendo en las diferentes áreas, unificar criterios acerca de los datos que se valora preciso recoger y asegurar la confidencialidad y protección de la información.

La información referente a los usuarios se organiza fundamentalmente en tres instrumentos de archivo de documentación. Estos son:

1. Expediente de matrícula.
2. Expediente personal.
3. Base de datos.

El expediente de matrícula contiene principalmente la documentación administrativa de cada persona.

La información básica que recoge el expediente personal es la siguiente:

- **Datos personales** de la persona y su familia (Nombre, dirección y teléfono. Fecha de nacimiento. Nombre, edad y dedicación de sus padres y hermanos. Lugar que ocupa dentro de los hermanos).
- La **entrevista inicial** realizada con la familia.
- **Informes** psicológicos, fisioterapéuticos, logopédicos, médicos, psiquiátricos, informes multiprofesionales, informes del terapeuta e informes de evolución de las implementaciones.
- Las **programaciones** individuales y pautas.
- Proyecto personal.
- La **hoja de seguimiento** donde se anotan las incidencias, resultados de entrevistas con las familias, gestiones individualizadas realizadas...

La base de datos nos permite acceder a la información del expediente personal de forma ágil y eficaz permitiéndonos optimizar al máximo el uso de las TICS.

2.3.2.2. Elaboración de protocolos y procedimientos de actuación y comunicación

Con la creación de protocolos y procedimientos de actuación pretendemos: disminuir la variabilidad de la práctica; garantizar la homogeneidad de los cuidados; mejorar los conocimientos de los profesionales; consensuar en equipo; definir el tipo y nivel de calidad a ofrecer; controlar y disminuir los costos y cumplir la legislación vigente.

El protocolo describe la sistemática general, las responsabilidades y la autoridad para llevar a cabo las diferentes actividades incluidas en la prestación del Servicio y para su coordinación.

El procedimiento describe la forma concreta de llevar a cabo diferentes actividades incluidas en los protocolos.

Los registros pretenden dejar constancia por escrito del trabajo realizado. Demuestran la conformidad de las actividades realizadas con los requisitos establecidos en los protocolos y procedimientos.



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

2.4. Evaluando el progreso y proporcionando feedback

Durante la implementación de programas y programaciones individuales se realizan reuniones de seguimiento en las viviendas con el personal de atención directa en la que se ponen común la evolución de los objetivos planteados en las programaciones individuales. De las reuniones de los equipos de trabajo podemos destacar que:

- Ayudan a la unificación de criterios.
- Motivan al personal de atención directa que vea como su trabajo ayuda a potenciar la autonomía de las personas con las que trabaja a través de la disminución de los apoyos que se les ofrecían.
- Se recoge información que ayuda a realizar las modificaciones en las actuaciones previstas con el objeto de lograr el avance esperado.
- Afianza y consolida una metodología
- Se consigue una cohesión grupal.

2.5. Mirando hacia el futuro.

Aún queda un camino largo por recorrer en la mejora de calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y la calidad de los servicios que ofertamos. Escuchar las demandas de los usuarios de los servicios y saber adaptarse a sus necesidades sigue siendo un reto que afrontar. Es aquí donde volvemos a iniciar un ciclo de detección de necesidades y creación de compromisos que propugnen el cambio.

CONCLUSIÓN: PRINCIPIOS DE CALIDAD

Pillinger (2002) realiza la siguiente lista de principios en los que deberían basarse los enfoques para la mejora de la calidad en el servicio:

- “Servicios orientados al usuario que promuevan su implicación y su potenciación (*empowerment*).
- Participación de los usuarios y profesionales en los sistemas de calidad y en el desarrollo organizativo.
- Sistemas de calidad que sean flexibles, adaptables y relevantes a las necesidades locales.
- Mecanismos de prestación del servicio coordinados e integrados que cubran las necesidades de modo multifacético.
- Continuidad de los servicios y de su financiación.
- Alianzas con proveedores de servicios, con las entidades que financian, con grupos de interés, con otros socios.
- Una cultura de la innovación en las organizaciones de servicios de modo que respondan flexiblemente a las necesidades y los requerimientos.
- Sistemas efectivos de evaluación con mecanismos de feedback.
- Equipos altamente cualificados que sean capaces de responder a las necesidades de los usuarios y que desarrollen cambios organizativos que reflejen éstas.

En conclusión, las piezas que deben configurar el complejo puzzle de la calidad en los servicios son, según Tamarit (2002), las siguientes: un compromiso de todos con la calidad, el liderazgo responsable suficiente para el permanente impulso de la misma, las habilidades necesarias para conseguir la gestión eficiente destinada a la obtención de óptimos resultados personales, la participación activa de las personas, la responsabilidad profesional, el compromiso ético (para hacer el bien a la persona a la que se sirve) y la cálida, atenta y humana cercanía en la provisión de los servicios.

Parece que caminamos con fortaleza hacia este gran y urgente objetivo. No hacerlo sería cercenar los derechos de estas personas. La calidad bien entendida es una esperanza y una necesidad para la mejora en sus condiciones de vida.



MEJORANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO: EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA...

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo, T (2007). *Déjame intentarlo*. Madrid: CEAC.
- Castresana, H (2001). El proceso de mejora en un centro ocupacional : una práctica de investigación-acción. *Siglo Cero*. Madrid 2001, v. 32 (5), n. 197
- Edwards, J. (1982). *We are people first: Our handicaps are secondary*. Portland, OR: Ednick Inc.
- Fantova, F. (1999): *Investigación y desarrollo de un modelo de gestión para organizaciones no lucrativas de servicios sociales (Tesis doctoral)*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- Pillinger, J (2002). Disability and quality of services. Irish and European perspectives. National Authority Trinity College Dublin. Este documento se puede descargar en: http://www.policyinstitute.tcd.ie./working_papers/PIWPO4%20-%20Pillinger.pdf
- Tamarit, J. (2002) Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito europeo. *Documentación Social*, núm. 128. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Turnbull, A.P. (2003): “*La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios*”. En M.A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coors): *Investigación, innovación y cambio*, (ps.61-82). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo, M.A Y Jordán De Urríes (2001). *Apoyos, Autodeterminación y calidad de vida*. Amarú Ediciones: Salamanca.
- Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En M.A. Verdugo y F.B. Jordán de Urríes (Coors): *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida: Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, (ps. 105-112). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A. (2006). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Amarú Ediciones: Salamanca.

Fecha de recepción: 28 febrero 2009

Fecha de admisión: 19 marzo 2009