

Indicadores para la calidad

documento de referencia

Este documento se ha preparado para su presentación en la primera de una serie de sesiones de formación diseñadas para las personas que trabajan en GAUTENA y previstas para el curso 2002-2003. Al ser ésta una sesión introductoria nos tiene que servir para encarrilar el trabajo de las otras pero, específicamente, en ella se pretende, en principio, lo siguiente:

Objetivos de la sesión

Profundizar en el conocimiento de algunos de los **modelos** actualmente vigentes en relación con la **comprensión** de la discapacidad, los apoyos a las personas con discapacidad y la gestión de calidad de las organizaciones asociativas que trabajan por la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Reflexionar sobre algunas propuestas que, mediante el **uso** de diferentes tipos de **indicadores**, pueden ayudarnos a planificar y evaluar de forma cada vez más rigurosa y participativa nuestra intervención y nuestra gestión en las organizaciones asociativas de acción social.

Para intentar ayudar a conseguir estos dos objetivos presentamos a continuación algunas ideas que hemos estructurado en cuatro partes. Nuestro texto está tomado o adaptado, en ocasiones, de algunas de nuestras publicaciones o ponencias, que aparecen recogidas al final del documento.

Primera pregunta

¿Qué es lo fundamental que nos aportan las aproximaciones actualmente vigentes en materia de discapacidad? ¿Cuáles son las claves en las que nos sitúan enfoques como los de la Asociación Americana de Retraso Mental, la Organización Mundial de la Salud o, por ejemplo, las propuestas en torno al concepto de calidad de vida?

Tomemos como punto de partida la definición de retraso mental que la Asociación Americana de Retraso Mental propone en 2002 (consultar www.aamr.org o

www.feaps.org). Para mí la aportación central que se hace en esta definición de la AAMR (al igual que en la de 1992) es la de que el retraso mental o la discapacidad intelectual no es un rasgo de las personas sino una **expresión de la interacción entre las personas y su entorno**. La discapacidad intelectual, por tanto, no es una característica que unas determinadas personas tienen, sino un estado de funcionamiento de las personas que se produce justamente en la interacción entre determinadas personas y determinados contextos. Como tal estado de funcionamiento, esa situación de relación entre la persona y el ambiente puede cambiar, y de hecho cambia, por muchas circunstancias.

Esta forma de ver la discapacidad intelectual por parte de la AAMR no es algo que aparece de forma aislada y casual sino que forma parte de una **corriente internacional**, con muchas manifestaciones que en las últimas décadas, que nos ha ayudado a mirar a las discapacidades de una determinada manera. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud establecía en 1982 la diferenciación entre deficiencia, discapacidad y minusvalía y en su recientemente aparecida Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (consultar www.who.int) vuelve a aproximarse a la discapacidad comprendiéndola como un fenómeno complejo en el que hay que tener en cuenta, junto a las deficiencias (o problemas en las estructuras o funciones corporales), las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación (otorgándosele gran importancia a los factores ambientales).

Creo que muchas veces no acabamos de caer en la cuenta de la medida en la que esta manera de ver la discapacidad, esta manera compleja e interactiva de mirar a las personas con discapacidad representa un **cambio de paradigma**, un cambio significativo respecto a formas en las que a lo largo de la historia, y frecuentemente aún en la actualidad, se contempla el fenómeno.

Aplicación

Cuando Miren (trabajadora de una asociación que brinda apoyos a personas con discapacidad) y Mariano (persona con discapacidad cliente de esa asociación) se relacionan se están construyendo como personas y por tanto también están construyendo la discapacidad de Mariano. La discapacidad no es una característica de Mariano sino un fenómeno complejo que afecta a Mariano en cuya construcción Miren participa.

El movimiento internacional a favor de las personas con discapacidad (vinculado frecuentemente al **modelo social de la discapacidad**, que es otro de los modelos que,

como los anteriores, afirman superar el denominado *modelo médico*), acostumbra a subrayar esta dimensión social de la discapacidad y, por decirlo así, la responsabilidad social sobre la discapacidad. Y pregunta a la sociedad cómo quiere concebir y construir, efectivamente, la discapacidad: ¿Cómo condición de no-personas propia de la que podríamos llamar *población sobrante*? ¿Cómo condición de personas de segunda categoría con derechos de segunda categoría? ¿Cómo condición de personas, sujetos de derecho, objeto de deseo, parte de la comunidad?

Y es que hemos de notar que la forma de comprender la discapacidad se corresponde con la forma de tratar a las personas con discapacidad. Así, diferentes visiones de la discapacidad han conducido y conducen a diferentes modelos de abordaje de la cuestión. Por poner algunos ejemplos, hay enfoques que conducen a un abordaje de la discapacidad centrado en lo asistencial o centrado en la rehabilitación o centrado en el cambio social. En el modelo de la AAMR, específicamente es central el papel de los **apoyos**, entendidos como toda aquella persona, relación, objeto, entorno, actividad o servicio que responde a alguna necesidad de la persona y le ayuda a conseguir sus objetivos y su plena participación social. Y es en este tipo de enfoques donde cobra fuerza el concepto de *calidad de vida*.

Ciertamente, si este curso se estuviera celebrando, por ejemplo, hace diez o quince años es muy probable que en lugar de hablar de *calidad de vida* estuviéramos hablando de **normalización**. El principio de normalización plantea que se debe ofrecer a los usuarios de servicios o beneficiarios de programas sociales los medios, condiciones de vida o denominaciones tan culturalmente normativos o valorados como sea posible. (De hecho Wolfensberger, uno de los principales representantes de la normalización, reconceptualizó posteriormente su propuesta a principios de los ochenta en términos de *valorización del rol social*).

Sin embargo, como sugeríamos, pareciera que en el panorama más actual del campo de la discapacidad el concepto de normalización ha venido perdiendo pujanza y frecuentemente está siendo sustituido por el de **calidad de vida** como *idea fuerza* dominante. Cada vez hablamos más de la calidad de vida como meta y como medio, teniendo en cuenta, dentro de esa calidad de vida, tanto las condiciones objetivas de vida de las personas como la percepción subjetiva que éstas tienen de dichas condiciones. Y si recordamos, por ejemplo, el lema del último de los congresos sobre discapacidad que

suelen celebrarse en Salamanca encontramos, junto a los evocados conceptos de calidad de vida y apoyos, el de autodeterminación.

En nuestro entorno (pensando fundamentalmente en FEAPS, la confederación de la que forma parte GAUTENA) es probablemente Miguel Ángel Verdugo (muy vinculado a FEAPS) el principal publicista del concepto y del enfoque, siendo Robert L. Schalock (muy vinculado a AAMR) su principal referente en el ámbito internacional. Gracias a estos autores nos vamos familiarizando con unas determinadas formas de comprender, de descomponer, de evaluar y de mejorar la calidad de vida. En nuestro ambiente estas propuestas están consiguiendo un notable éxito a la hora de configurarse como un cierto ***lenguaje común***.

Sin embargo, del mismo modo que hubo objeciones a los planteamientos de la normalización que obligaron a este concepto a depurarse, también hay **reflexiones críticas** sobre el concepto de calidad de vida que subrayan, por ejemplo, que se trata de un concepto que suele plantearse desde unas determinadas disciplinas, desde unas determinadas estructuras en lo que tiene que ver con la provisión de servicios y desde unas determinadas coordenadas culturales e incluso sociopolíticas.

Y es que hemos de ser conscientes de que los contextos y las preocupaciones desde las que nace el discurso no necesariamente son nuestros contextos y preocupaciones. Tengo la impresión de que las propuestas nacen en un sistema de servicios desarrollado y estructurado que genera una preocupación centrada en cuestiones relacionadas con la elección y la satisfacción de las consumidoras y los consumidores de esos servicios. Y tengo también la impresión de que desde una perspectiva fundamentalmente psicológica se incide en procesos individuales de autodeterminación quedando más bien velada la trama social en la que está interactuando la persona, la estructura del sistema de servicios y las propias dinámicas sociales excluyentes. De hecho, los propios Schalock y Verdugo, en su libro *Handbook on quality of life for human service practitioners*, afirman haber encontrado una pequeña referencia a los derechos de las personas que reciben servicios en la investigación acerca de la calidad de vida.

Con todo, no deja de ser pertinente, a mi juicio, el énfasis que los modelos de la calidad de vida hacen en el derecho de las personas a la **satisfacción de sus necesidades y aspiraciones** *ahora* y, por tanto, a los apoyos necesarios para conseguirla. Puede ser un énfasis especialmente interesante como antídoto de algunos pretendidos *procesos de*

rehabilitación o *itinerarios de inclusión* diseñados por personas técnicas que, en ocasiones, aplazan *sine die* el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y parecen responsabilizar a las personas con discapacidad y sus familias de la consecución de los resultados deseados.

Sin embargo la recepción del discurso de la calidad de vida (y de la calidad en general) puede estar representando en determinadas organizaciones un cierto debilitamiento de referentes normativos que, a mi juicio, no pueden nunca ser olvidados en la intervención social, en la cual creo que siempre ha de haber una fértil tensión entre las demandas expresadas por las personas con las que se interviene y la **necesaria y legítima lectura de necesidades y recursos** (presentes en las personas y en sus entornos) que han de hacer los agentes de la intervención sobre la base de criterios éticos, científicos y técnicos sometidos a contraste permanente.

Segunda pregunta

¿Qué exigencias para la provisión de apoyos a las personas con discapacidad se derivan de esas concepciones? ¿Cómo planificar y evaluar? ¿Qué aportan, en ese sentido, los modelos de planificación centrada en la persona o el enfoque basado en logros personales de organizaciones como The Council?

Sea como fuere, con una postura más o menos crítica o más o menos matizada, nos ubicamos en un paradigma de comprensión de la discapacidad que, como decíamos, tiene consecuencias muy concretas en la forma de comprender la intervención con personas con discapacidad, en la forma de brindar apoyos a las personas con discapacidad. Si tuviéramos que resumir los principios fundamentales que se asumirían podríamos recoger los siguientes:

- La **prevención**. Siendo el más citado el enfoque planteado por Caplan desde el campo de la psiquiatría comunitaria en 1964, que diferencia entre prevención primaria, secundaria y terciaria en función de su mayor o menor inespecificidad.
- La idea de **actuación integral o global** (entendida usualmente en el sentido de sinergia entre las diferentes intervenciones con una misma persona destinataria, con su correlato de compactación de las intervenciones).

- La **personalización**. Entendida como adecuación de los apoyos o soportes a las necesidades de cada persona y unida, en ocasiones, a la reivindicación de la diversidad o la diferencia.
- La **normalización**. Interpretada, como ya decíamos, como la oferta de medios culturalmente valorados en el entorno social.
- La **integración o inclusión**. Entendida como la oferta de los entornos menos restrictivos en los que mayor sea el contacto con la comunidad.
- La **participación**. Interpretada, a menudo, a este nivel, como el ejercicio de la autonomía o autodeterminación de las personas, familias y comunidades, a las que, en principio, se considera competentes, en relación con el concepto de empowerment.

Estos principios afectan a todo el ciclo de la intervención y así, por ejemplo, desde la AAMR se dirá que la **evaluación** de una persona habrá de permitir, básicamente, identificar el tipo, la intensidad y, en definitiva, el perfil de los apoyos que necesita. Este perfil es individual, es diferente en cada persona. Esto no excluye que un mismo apoyo pueda ser útil para diferentes personas pero el perfil completo de apoyos habrá de ser personal e intransferible, así como cambiante a lo largo del itinerario de la persona. Hablamos, de una u otra manera, de modelos de evaluación atentos tanto a las personas como a los entornos, tanto al presente como al futuro, tanto a las necesidades como a los recursos, tanto a las oportunidades como a los retos.

Se propone que una evaluación (y, consiguientemente, una planificación) de estas características sea, por otro lado, **transdisciplinar y participativa**. Transdisciplinar en la medida en que, en la evaluación y en la planificación, las distintas disciplinas colaboran y se integran al servicio del mejor conocimiento y planteamiento de la situación y de las perspectivas de una persona. Participativa en la medida en que las personas con discapacidad las personas relacionadas con ellas toman parte en la evaluación y en la planificación como sujetos y no sólo como objetos.

En esta orientación se ubican los diversos modelos de **planificación centrada en la persona** que se utilizan para elaboración de planes individuales. En estos modelos se insiste en que los apoyos deben estar orientados a la consecución de resultados deseados o valorados por las personas. Quizá, se dice, durante mucho tiempo otras

personas han creído saber lo que era bueno para las personas con discapacidad, y sin embargo, cada vez más, nos damos cuenta de que la elección, el deseo y la satisfacción de las personas con discapacidad es fundamental a la hora de valorar y programar los apoyos que reciben.

Esta misma filosofía se observa en los criterios que utilizan agencias de acreditación como **The Council**. Si estudiamos su evolución vemos como, partiendo de un enfoque basado fundamentalmente en indicadores y estándares de recursos (cualificación del personal), estructuras (espacio por residente) o de procesos (buenas prácticas o procedimientos determinados) se han ido centrando más en indicadores y estándares vinculados a resultados personales. Si analizamos los estándares de The Council vemos que establecen (normativamente) una serie de categorías preestablecidas pero que intentan ofrecer un amplio espacio a los logros deseados por las personas. Por lógica, los modelos de evaluación tendrán que tomar en cuenta el grado de satisfacción de las personas, también en el caso de las personas con mayor necesidad de apoyo.

Aplicación

¿Existe un proceso de planificación y evaluación de la intervención con Mariano diferenciado del proceso de planificación y evaluación general de la unidad de servicio a la que está adscrito Mariano?

¿Cuál es la participación de Mariano y de su familia o personas cercanas en ese proceso de planificación y evaluación?

¿En qué medida ese proceso sirve para que Mariano identifique y exprese los logros personales o resultados personales que desea conseguir?

¿En qué medida los apoyos que se programa brindar a Mariano están orientados a la consecución de esos logros personales?

¿Cómo incorpora el proceso de planificación y evaluación el grado de satisfacción que Mariano tiene en relación con la consecución de esos logros?

Creo que estas aportaciones pueden y deben enriquecer las prácticas de planificación, intervención y evaluación que cada una de nosotras y nosotros tenemos en los diferentes programas y servicios que intentan favorecer la autonomía y la inclusión de las personas con discapacidad. Y creo que desde las diferentes disciplinas y posiciones desde las que trabajamos es interesante participar en la construcción y desarrollo de modelos de intervención cada vez más compartidos que permitan:

- Formular, de forma dialógica y participativa, las **expectativas** y proyectos personales de las personas con discapacidad y de sus familias y personas cercanas.
- **Evaluar** de forma transdisciplinar e interactiva a las personas y sus entornos.
- Establecer aquellos **resultados** esperados que el conjunto de la intervención que se realiza pueden alcanzar, analizando específicamente su contribución esperada en relación con los logros deseados por las personas y familias.
- Identificar los resultados esperados de cada una de las intervenciones o de cada uno de los apoyos, analizando la **contribución** que realizan en relación con los resultados esperados para el conjunto de la intervención.
- Diseñar las **estructuras y procesos** y prever los **recursos** que de forma dinámica van a permitir desencadenar los efectos deseados.
- **Evaluar** el desarrollo de los procesos, la consecución de los resultados de la intervención y el cumplimiento de las expectativas de las personas para recomenzar el ciclo de la intervención.

Lógicamente este ciclo de la intervención tendrá características diferentes según el **tipo de intervención** del que estemos hablando y sus específicas restricciones, objetivos y tecnologías. No es lo mismo una actuación de carácter asistencial que otra que desea incidir fundamentalmente en los aprendizajes de la persona. No es lo mismo una actuación que desea operar básicamente sobre los entornos en los que se desenvuelve la persona que otra que se dirige sobre todo a la propia persona. Todas ellas pueden tener sentido y todas ellas han de compaginarse en función de las personas, las situaciones y en función de las necesidades y el encargo al que se responda en cada caso.

¿Tienen esas propuestas en torno a la manera de planificar y evaluar nuestra actuación con las personas con discapacidad alguna implicación para la gestión de la organización? ¿Cómo encajan con los modelos de aseguramiento de la calidad (como los basados en las normas ISO) o de excelencia en la gestión (como el de la EFQM-Fundación Europea para la Gestión de Calidad)?

En más de una ocasión se ha dicho que, tanto en los Estados Unidos (como punto de origen de estas propuestas de intervención con personas con discapacidad que giran en torno al concepto de calidad de vida) como entre nosotros el incremento del interés por la calidad de vida de las personas se produce en el contexto de la que se ha llegado a llamar **revolución de la calidad**, entendida ésta como la llegada al sector de la intervención social de los modelos y herramientas de la llamada gestión de calidad.

Ciertamente el concepto de la calidad aparece en nuestro discurso debido, por decirlo así, a un *contagio*, a una influencia recibida desde otros sectores de actividad diferentes del nuestro. Todo lo que rodea a la palabra calidad, es decir, el discurso y las herramientas de la denominada **gestión de calidad**, proceden en buena medida del mundo de las empresas con ánimo de lucro (inicialmente sobre todo de las industriales) y del campo de la gestión empresarial conectada con él. Recibimos unos discursos y herramientas que se presentan como útiles para dar respuesta a una serie de necesidades o retos de nuestras organizaciones y nos toca adaptarlos y combinarlos con otros discursos y herramientas propias de otras tradiciones que llegaron antes o después al sector de la intervención social o que nacieron y se desarrollaron en él.

Y si tuviéramos que sintetizar las tendencias en la recepción y aplicación de estos modelos de gestión de calidad en organizaciones como las nuestras diríamos, **en primer lugar**, que si hay una idea que se repite insistentemente en las propuestas de la gestión de calidad es la de la **orientación al cliente**. La gestión de calidad, insiste en que la búsqueda constante de la satisfacción de las necesidades o deseos de las y los clientes es la clave central para el éxito y la sostenibilidad de las organizaciones. Cada organización habrá de comprender adecuadamente quiénes son sus clientes, es decir, con quiénes obtiene resultados, a quiénes afecta su actuación, quiénes hacen posible su funcionamiento, y obrar en consecuencia. Dicho de otra manera: cuál es, para su caso particular, el conjunto de destinatarios y destinatarias, el sistema-cliente o, por decirlo de una tercera manera, la red de personas y grupos interesados o implicados (*stakeholders*).

Un mismo proceso de intervención social, pensando en un ejemplo, puede estar afectando, entre otras y otros, a:

- aquellas personas que toma como usuarias o destinatarias directas,
- sus familias,
- la comunidad en la que opera,
- organizaciones presentes en esa comunidad,
- las administraciones públicas o empresas privadas que colaboran financieramente con la actuación,
- las propias personas que trabajan en la organización de forma voluntaria o remunerada.

Todos esas instancias o agentes son clientes del proceso y el proceso ha de producir efectos en todos ellos o ellas. Y no olvidemos frecuentemente los intereses y expectativas de esas destinatarias y destinatarios de la intervención social son divergentes y nos colocan ante situaciones paradójicas o conflictivas. Orientarse a las y los clientes y orientarse a los resultados será gestionar adecuada y eficientemente en ese contexto paradójico y conflictivo sin que se produzca una sobreadaptación a ninguna de las instancias o agentes y respondiendo siempre a la razón de ser y a la esencia de la intervención.

Un segundo subrayado de la gestión de calidad es el que a veces se presenta bajo expresiones como **gestión basada en la evidencia**. Se propone a las organizaciones que obtengan y procesen información (no sólo económica) que permita mejorar la calidad de la toma de decisiones. Se critica el hecho de que el denominado control de gestión sea en realidad un mero control presupuestario y se propone incorporar prácticas de evaluación más compleja. Se afirma que será esta evaluación constante, basada en hechos, la que permitirá conocer en qué medida la organización esta orientada a sus clientes. Sobre esta cuestión profundizaremos más en nuestro cuarto apartado.

La práctica de la evaluación, tal como la hemos presentado, configura organizaciones sensibles a los cambios en el entorno y en su interior. Esta sensibilidad, permite identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y necesita, correlativamente, de una capacidad de orientación y reorientación de la marcha de la organización. Los modelos de gestión de calidad, en buena medida, se están refiriendo a esta capacidad de adaptarse y adelantarse cuando hablan de **gestión estratégica**. Éste es el **tercer elemento** al que nos queríamos referir.

A nuestro juicio, las propuestas del pensamiento estratégico pueden hacer mucho bien en un entorno en el que son frecuentes la atomización, el clientelismo y el cortoplacismo. La urgencia y variabilidad de las necesidades y retos a los que hemos de dar respuesta en esta que podemos llamar *sociedad del riesgo* o *sociedad del conocimiento*, nos obliga a incorporar la dimensión estratégica a nuestro trabajo. Sólo un tercer sector con visión y capacidad estratégica construirá su espacio diferenciándolo del de las administraciones públicas, las empresas con ánimo de lucro o la comunidad.

Propuestas como, por ejemplo, la del *cuadro de mando integral* intentan ayudar a gobernar las organizaciones partiendo de la utilización sistemática de algunos indicadores, tomando en consideración la misión, visión y valores de la organización y sus *factores clave de éxito* e incorporando cuatro perspectivas complementarias a la hora de definir los objetivos estratégicos y las líneas estratégicas (la financiera, la del o la cliente, la de los procesos internos y la de la innovación y el aprendizaje).

Los conceptos y herramientas de planificación a las que estamos más acostumbrados en el sector voluntario provienen de mundos como el de la *programación educativa* o el de las *políticas públicas* clásicas. Es conveniente, desde nuestro punto de vista, sin perder la dimensión operativa de los procesos de planificación, incorporar en mayor medida una perspectiva estratégica que nos ayude a prever y constatar los efectos deseados y no deseados de nuestra actuación en términos de *capital social*, es decir, de:

- *capital* estructural (procesos y tecnologías),
- *capital* relacional (posicionamiento, vínculos e imágenes) y
- *capital* cognoscitivo, emocional y cultural (actitudes, competencias y valores).

En cuarto lugar diremos que, sea como fuere, por importantes que resulten la evaluación y la planificación sistemáticas en las organizaciones, no cabe duda de que ninguna actividad es sostenible y eficiente si los procesos no se van estabilizando, si no se van generando unas estructuras. Muchas actividades en la vida de las organizaciones no son objeto de planificación y evaluación constante en la medida en que los procesos se estructuran, sea de manera informal (diríamos, como *rutinas*) o de manera formal (por ejemplo en organigramas o procedimientos).

Desde nuestro punto de vista es enormemente saludable y sugerente el énfasis que la gestión de calidad pone en comprender a las organizaciones como grandes procesos que obteniendo diferentes tipos de recursos del entorno (hablaríamos de recursos humanos, económicos, materiales o informacionales) desembocan en la entrega de productos y servicios a las destinatarias y destinatarios (o, en términos más amplios, en la producción de efectos en el entorno). La gestión de la calidad entendida como una forma de **gestión por procesos** brinda conceptos y herramientas para describir (y eventualmente mejorar) ese proceso que es la organización y cada uno de los procesos que cabe encontrar en el *mapa de procesos* de la organización, entendidos como *cajas* dentro de la gran *caja* que es la organización. Y como cajas que, a su vez, pueden ser abiertas para encontrar dentro nuevas cajas y así sucesivamente (respetando también, al menos hasta cierto punto, las *cajas negras* de las metodologías o tecnologías de cada profesión). La mejora de un proceso, por modesto que sea, puede ir *tirando* de otros y ser el primer paso para la introducción de la organización en una dinámica de *mejora continua*.

Rescatar una parcela del territorio organizacional y describirla como *proceso* supone, por ejemplo, referirse a cuestiones como:

- los insumos o recursos que utiliza o consume (y quién es su proveedora o proveedor);
- su razón de ser (el efecto que produce en las destinatarias o destinatarios y quiénes son éstas y éstos);
- su producto (o entregable material, si existe);
- las actividades (o subprocesos) que lo componen (con sus tiempos, responsables, características y conexiones entre unas y otras);

- los indicadores y estándares de calidad asociados a recursos, proceso (actividades), producto o resultados del proceso; y
- la persona (y, eventualmente, el equipo) responsable.

Desde nuestro punto de vista estructura y proceso no son sino dos caras de la misma moneda y tan válido y útil puede resultar entrar a estudiar y mejorar una organización a través de sus procesos como a través de su estructura (siempre y cuando comprendamos que la estructura formal no es sino una parte de la estructura de una organización). Construir y reconstruir comprensivos y versátiles esquemas o mapas mentales de lo que es una organización (nuestra teoría de la organización) constituye una inestimable ayuda para identificar continuamente oportunidades y propuestas de mejora y encontrar y mantener el grado adecuado de estandarización o formalización de los procesos y estructuras. Despilfarramos recursos y generamos conflictos por no dedicar un tiempo a pactar y escribir cómo hacemos las cosas. Sin embargo, en otras ocasiones cometemos el error disfuncional de querer atrapar en documentos saberes y prácticas que se resisten naturalmente a ello.

El quinto y último de los elementos principales que, desde nuestro punto de vista, subraya la gestión de calidad es el de la **participación** de las personas de las organizaciones en su gestión. Sin esta implicación de las personas, se dice, no será posible la mejora continua y la satisfacción de las y los clientes que buscamos. Ciertamente se diría que en este punto la gestión de calidad viene a reivindicar un elemento que ha sido y es central en los movimientos asociativos que no representan sino una forma de participación social frecuentemente orientada, como proceso de intervención social, a incrementar la relación, la participación, la inclusión, la integración social.

Las personas involucradas en los diferentes procesos que conforman nuestras organizaciones se dedican en buena medida a comunicarse con diversas interlocutoras e interlocutores, intercambiando información y construyendo, destruyendo o reconstruyendo *estructuras de relación*. Estructuras que son incluyentes o excluyentes, participativas o impositivas. Y ahí, afirmamos nosotros, lo crítico no será el contenido de nuestro discurso sino las propuestas de relación en las que participemos y que realicemos, los procesos de participación e inclusión que seamos capaces de activar y empujar o los procesos de marginación o exclusión en los que seamos protagonistas o

cómplices. Siendo conscientes de que, desde cualquier posición se pueden activar dinámicas de inclusión que no sabemos hasta dónde podrán llegar. Y que desde cualquier posición podemos desencadenar dinámicas excluyentes que no sabemos hasta donde podrán llegar.

Diríamos entonces que el énfasis que la gestión de calidad pone en el trabajo en equipo y en un liderazgo favorecedor del desarrollo de las personas y sus competencias (suele hablarse de *empowerment* o empoderamiento) casa a la perfección con las mejores tradiciones y prácticas de la acción voluntaria. Como casa la creciente valoración que se hace de los *activos intangibles* de las organizaciones desde perspectivas como la de la *gestión del conocimiento* o el *aprendizaje organizacional*, perspectivas interesantes que apoyadas en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación deben contribuir a incrementar la conectividad, la autorregulación y la innovación en las organizaciones asociativas de acción social.

Aplicación

Analicemos si la organización que brinda apoyos a Mariano, la organización en la que tiene lugar el proceso de intervención con Mariano:

- Tiene identificado su sistema-cliente y se orienta a la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de sus clientes y especialmente de sus usuarias y usuarios.
- Tiene establecido y en funcionamiento un sistema que recoge y procesa datos acerca de sus procesos y sus efectos.
- Utiliza esos datos para hacer una permanente o periódica reflexión y reorientación estratégica.
- Va estabilizando y flexibilizando (a la vez) estructuras y procesos tanto en el plano informal como formal.
- Se configura con un espacio de relación inclusiva y participativa abierto a la construcción de conocimiento transformador.

Si aceptamos estos cinco elementos como los fundamentales en las propuestas de la gestión de calidad (sea en la versión que sea) cabe afirmar que casan bastante bien con los enfoques de calidad de vida de los que antes hemos hablado. Tanto de los unos como de los otros podemos beneficiarnos y todos ellos los podemos adaptar y reconstruir aprovechando y creando también otras aportaciones.

Cuarta pregunta

¿Cómo podemos mejorar la calidad de nuestra actuación mediante el uso de indicadores? ¿Cómo hacer organizaciones cada vez más sensibles y capaces de registrar y procesar la información más relevante? ¿Cómo utilizar esa información para lograr un impacto cada vez mayor en la calidad de vida de las personas con discapacidad y una cada vez mayor satisfacción de todos los agentes implicados en el proceso?

Y llegamos a la cuarta pregunta que nos queríamos plantear. Con un enfoque de la discapacidad tal como el que hemos recogido, con una perspectiva como la adoptada sobre la intervención y con unos modelos de gestión como los planteados: ¿cuál es el lugar y las características de esos indicadores sobre los que nos interesa profundizar y trabajar?

Partamos de una definición de la **evaluación** como el proceso en el que se incluyen las actividades que permiten a una organización obtener y procesar información acerca de la organización (y sus actividades) y el entorno (empezando por las personas destinatarias) para producir descripciones, análisis y valoraciones que permitan a la organización tomar decisiones y, en general, planificar su actuación. Podemos hablar de momentos, actividades o procesos de evaluación en todos los procesos que se dan en las organizaciones.

Estos procesos de evaluación son susceptibles de ser planificados. Y también son susceptibles de ser estructurados o estabilizados como tales procesos. Diríamos que en la medida en que los procesos de evaluación se van estructurando o estabilizando se constituye un **sistema** de evaluación en la organización. La clave del funcionamiento de un sistema de evaluación en una organización está, en buena medida, en los vínculos y sinergias existentes entre los diferentes procesos de evaluación que se dan en la misma, tanto a nivel de intervención como de gestión.

Aplicación

En la organización que atiende a Mariano se ha considerado que la elaboración participativa de planes individuales tenía un carácter estratégico y por ello, en la planificación anual se marcó un objetivo de extensión de dichos planes a más personas y familias. Se aparejó a este objetivo un indicador formulado así “Número de nuevos casos en los que se elabora el plan individual”. El estándar acordado fue 35. La persona responsable del macroproceso (es decir, del conjunto de la organización) es la persona responsable del proceso de evaluación que permitirá establecer si se el objetivo se consigue.

El servicio de ocio de la organización tiene como objetivo permanente el establecimiento, incremento y mejora de las relaciones de las usuarias y usuarios con personas regulares de la comunidad. Por ello tiene incorporado en su cuadro de mando permanente un indicador que se refiere al grado de satisfacción de las usuarias y los usuarios (desagregado por sexo) acerca de su relación con personas de la comunidad. El estándar establecido en este momento es de un 70% de satisfacción. La persona responsable del servicio de ocio es la responsable del proceso de evaluación que permite obtener y procesar la información acerca de esto.

En uno de los centros de la organización se estableció como uno de los objetivos del año la mejora de las personas trabajadoras en lo relacionado con habilidades de comunicación favorecedoras de la participación. Se decidió tomar como indicador de este resultado deseado la mejora en el grado de satisfacción de las propias personas trabajadoras, las personas usuarias, las familias y las personas de otros centros en relación con la relación con el personal del centro y se estableció un estándar del 10% de mejora. La persona responsable del centro es la persona responsable del proceso de evaluación que permitirá saber en qué medida se consigue el objetivo.

Sea como fuere, desde nuestro punto de vista el reto de los procesos y sistemas de evaluación en las organizaciones no lucrativas de intervención social empieza por conseguir simultáneamente que todas las personas estén involucradas en los diferentes procesos de evaluación y que los procesos de evaluación se *alimenten* mutuamente. Un planteamiento de estas características es, necesariamente, un planteamiento **participativo**, pues la participación es la que posibilita esa alimentación recíproca entre todos los procesos de evaluación y es, en última instancia la que posibilita que el enorme caudal de información que tienen todas las personas vinculadas con la organización se utilice en los procesos de evaluación y que los resultados de la evaluación sean

considerados significativos por las personas que van a estar después inmersas en la planificación y ejecución subsiguientes, en una verdadera dinámica de mejora continua.

Precisando algo más, en un funcionamiento regular de una organización no lucrativa de intervención social, la evaluación se entendería como un proceso que:

- Permite averiguar en qué medida los **resultados** obtenidos se corresponden con los objetivos deseados (evaluación de la eficacia).
- Identifica en el **diseño** y en la **ejecución** del proceso los aspectos o las variables relacionadas con la consecución o no de los objetivos.
- Aporta información significativa sobre las **características y situación de la organización y su entorno**, para iniciar un nuevo proceso de planificación

A partir de estos objetivos mínimos de la evaluación, cabría plantear varias posibilidades de procesos de evaluación con mayor alcance:

- En la medida en que se tomaran en cuenta los recursos y se pusieran en relación con procesos, productos, resultados o impacto, se estaría abordando la cuestión de la **eficiencia**.
- En la medida en que se avanzase *más allá* de la comparación entre los resultados y los objetivos, para tomar en cuenta **efectos no previstos** (y evaluar la efectividad), la satisfacción de las necesidades o resolución de los problemas de los destinatarios (y evaluar la **pertinencia**) o efectos en el entorno de los destinatarios (y evaluar el **impacto**).

En función de las pretensiones de los procesos de evaluación que en cada momento se quieran llevar a cabo, las organizaciones voluntarias de intervención social habrán de seleccionar o formular los **indicadores y estándares** que van a utilizar en la evaluación. Podría decirse que el trabajo que permite formular, utilizar y reformular los indicadores y estándares es dinámico y está animado por la tensión dialéctica entre dos tendencias: la tendencia a ampliar el campo al que se refieren y la tendencia a descartar aquellos que aportan información redundante, seleccionando los más útiles. Basándonos en nuestra experiencia y reflexión diríamos que a la hora de evaluar una de las cuestiones críticas a

manejar tiene que ver con la inevitable tensión entre fiabilidad y validez. Para incrementar la validez (correspondencia entre la medida y el fenómeno que medimos) tendemos a construir más indicadores y más complejos, por decirlo así. Sin embargo para incrementar la fiabilidad (capacidad de una medición para ofrecer resultados iguales en varias mediciones) tendemos a buscar menos indicadores y más simples, para, por decirlo así, facilitar las labores de obtención y procesamiento de la información,

Por otra parte, sin bien es interesante que determinados indicadores y estándares formen parte de manera permanente del **cuadro de mando** o los cuadros de mando de la organización, también hay otros que se han de añadir o quitar en función de cada planificación. Los indicadores y estándares pueden ser más simples o más complejos. Por ejemplo, un indicador de eficiencia que relaciona número de usuarios con recursos económicos es más complejo que un indicador de cobertura que haga referencia únicamente al número de personas atendidas. En principio, será interesante trabajar con indicadores y estándares que hagan referencia a todos los elementos de la cadena que podríamos sintetizar con las siguientes palabras: necesidades-recursos-diseño-procesos-productos-resultados-impacto.

Los modelos de gestión de calidad aconsejan contar con lo que suelen denominar *indicadores directos* (entendidos en su caso como expresión de la satisfacción de las personas y grupos interesados o implicados) e *indicadores indirectos* (los demás). En el nuevo modelo de la EFQM se llama a los primeros *medidas de percepción* y a los segundos *indicadores de rendimiento*. Dicho de otra manera, debemos combinar indicadores de **calidad técnica** con indicadores de **calidad percibida**.

En todo caso la elaboración de estándares e indicadores en el campo de la intervención social se ve condicionada por la intangibilidad y complejidad de la misma. Sólo el trabajo de las organizaciones de creación, adaptación, utilización y contrastación de indicadores y estándares irá permitiendo avanzar. Tampoco podemos olvidar los **efectos perversos** de determinados procesos de evaluación, en la medida, por ejemplo, en que indicadores o estándares pueden conducir a una ejecución tendente al cumplimiento de mínimos o a concentrarse en los aspectos operativizados, descuidando otros menos tangibles. Se ha hablado, por ejemplo, del *efecto túnel* que ocurriría cuando la atención se centra en un determinado indicador descontextualizado o de la *cuantofrenia*, refiriéndose a la preferencia marcada por indicadores cuantitativos. Este tipo de efectos, aparte de deteriorar la intervención se convierten en una amenaza a la propia evaluación.

En esta y en otras cuestiones tenemos mucho que experimentar y **aprender** y, en muchos casos, seguimos teniendo pendiente la asignatura de desarrollar y utilizar sistemas de evaluación de nuestra acción voluntaria. El peor indicador es el que no se pone y la peor evaluación es la que no se hace. Las propuestas y el instrumental al uso en el campo de la evaluación de programas pueden ser, posiblemente, enriquecidas y mejoradas, quizá simplificándolas, haciéndolas más participativas e introduciendo en mayor medida, junto a elementos de carácter normativo, la perspectiva subjetiva de todas las personas que participan en los procesos. La evaluación de programas puede ser saludablemente *contaminada* con aportaciones provenientes, por poner varios ejemplos, del control de gestión, de la investigación-acción, de los diversos tipos de auditoría, de la sistematización de experiencias o de los procesos de investigación y desarrollo. Veremos como, en realidad, encontramos en las diferentes propuestas conceptos y esquemas muy similares.

Para navegar

www.aamr.org / www.aenor.es / www.carf.org / www.efqm.org / www.euskalit.net / www.feaps.org / www.nas.org.uk / www.ongconcalidad.org / www.siis.net / www.thecouncil.org / www.who.int / www3.usal.es/inico/inico.html

Para leer

AMEZCUA, C. y JIMÉNEZ LARA, A. (1996): *Evaluación de programas sociales*. Madrid, Díaz de Santos.
 BARTON, L. (comp.) (1998): *Discapacidad y sociedad*. Madrid, Morata.
 CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) (1993): *Standards manual for organizations serving people with disabilities*. Tucson, Arizona.
 CARF (The Rehabilitation Accreditation Commission) (1999): *1999 employment and community services standards manual*. Tucson (Arizona).
 - (1996): *A resource guide on individual-centered planning*. Tucson (Arizona).
 - (1998): *Managing outcomes. Consumer-driven outcomes measurement and management systems. Employment and community services*. Tucson (Arizona).
 - (2001): *Employment and community services field review document*. Tucson (Arizona) (www.carf.org)
 CASADO, D. (2000): "De la integración a la calidad de vida" en SETIÉN, M.L. (coord.): *Ocio, calidad de vida y discapacidad. Actas de las Cuartas Jornadas de la Cátedra de Ocio y Minusvalías*. Bilbao, Universidad de Deusto (Instituto de Estudios de Ocio), pp. 23-32.
 DEL RÍO, P. (1992): "La discapacidad, único camino hacia el hecho humano" en RPPAPM (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía): *Discapacidad e información*. Madrid, pp. 91-113.
 DICKENS, P. (1995): *Quality and excellence in human services*. Chichester, Wiley.
 ELORRIAGA, J. El camino de la Fundación Tutelar Gorabide hacia la calidad. En VERDUGO, M.A. y JORDÁN DE URRÍES, F. (coords.). *IV jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, Amarú, 2001, pp. 177-192.
 FANTOVA, F. (2000): "Significado y aplicación de los apoyos en el nuevo concepto de discapacidad intelectual", ponencia presentada en el X Congreso Internacional CONFEE, celebrado en México D.F.

- (2001): "Retos y perspectivas de integración de las personas con discapacidad (en especial retraso mental): trabajo, sociedad y calidad de vida" ponencia presentada en la Primera Convención Nacional organizada

por la Fundación FACES sobre Integración Laboral para Personas con Discapacidad en Ciudad de Guatemala.

- (2001): *La gestión de organizaciones no lucrativas. Herramientas para la intervención social*. Madrid, CCS.
- (2002): "Hacia una gestión de calidad en los procesos de intervención social" en *Documentación Social*, núm 128, julio-septiembre, pp. 179-195.
- FELCE, D. (1997): "Defining and applying the concept of quality of life" en *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 41, part. 2, abril, pp. 126-135.
- GARAU, J. (2002): *Guía para la implantación de la norma ONG con calidad. Una iniciativa para aumentar la calidad de los servicios sociales de las ONG de España*. Barcelona, INTRESS.
- GARCÍA VISO, M. (1997): "Normalización, integración y calidad de vida" en *Revista Española del Daño Corporal*, vol. III, núm 5, primer semestre, pp. 65-70.
- GARDNER, J.F. y NUDLER, S. (1999): *Quality performance in human services. Leadership, values and vision*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- HANDLEY, P. (2000): "Trouble in paradise –a disabled person's right to the satisfaction of a self defined need: some conceptual and practical problems" en *Disability & Society*, vol. 16, núm 2, pp. 313-325.
- HATTON, C. (1998): "Whose quality of life is it anyway? Some problems with the emerging quality of life consensus" en *Mental Retardation*, vol. 36, núm 2, abril, pp. 104-115.
- JASKULSKI, T.M. y otros (1995): *The journey to inclusion. A resource for state policy makers*. Washington, President's Committee on Mental Retardation.
- KAPLAN, R.S. y NORTON, D.P. *El cuadro de mando integral*. Barcelona, Gestión 2000
- MELÉNDEZ, L. (2001): "¿Retraso mental, discapacidad cognitiva o discapacidad intelectual? Un debate inclusionista" ponencia presentada en el I Congreso Internacional sobre Discapacidad Cognitiva en Medellín (Colombia).
- MORENO-LUZÓN, M.D. y otros (2001): *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos*. Madrid, Pearson Educación.
- NIRENBERG, O. y otras (2000): *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires, Paidós.
- O'BRIEN, C.L. y O'BRIEN, J. (2000): *The origins of person-centered planning. A community of practice perspective*. Syracuse, Responsive Systems Associates (soeweb.syr.edu/thechp/rsapub.htm)
- ORCASITAS, J.R. (2002) "Políticas de atención a la diversidad: de la asistencia-tratamiento al empoderamiento. Para la participación ciudadana y liberación de todos", en FORTEZA, D. y ROSSELLÓ, M.R. (coords.): *Educación, diversidad y calidad de vida (Actas de las XIX Jornadas de Universidades y Educación Especial)*. Palma de Mallorca, UIB, pp. 141-150.
- RAPLEY, M. y RIDGWAY, J. (1998): "Quality of life' talk and the corporatisation of intellectual disability" en *Disability & Society*, vol. 13, núm 3, pp. 451-471.
- RUIZ-OLALLA, M.C. (2001): *Gestión de la calidad del servicio a través de indicadores externos*. Madrid, Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas.
- SCHALOCK, R. (1999): "Hacia una nueva concepción de la discapacidad" en VERDUGO, M.A. y JORDÁN DE URRÍES, F. de B.: *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Salamanca, Amarú, pp. 79-109.
- SCHALOCK, R.L. (1995): *Outcome-based evaluation*. New York, Plenum Press.
- SCHALOCK, R.L. (2001): "Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida" en *Siglo Cero*, vol. 32(2), núm 194, marzo-abril, pp. 17-27.
- SLUYTER, G.V. (ed.) (2000): *Total Quality Management in mental health and mental retardation*. Washington, AAMR.
- THE COUNCIL (The Accreditation Council on Services for People with Developmental Disabilities) (1990): *Standards for Services for People with Developmental Disabilities*. Landover (EEUU).
- (1993): *Outcome based performance measures*. Towson.
- THE COUNCIL (The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities) (1997): *Personal outcome measures*. Towson.
- (1999): *Thinking about outcomes: an orientation guide* Towson.
- (1999): *Designing quality: responsiveness to the individual*. Towson.
- (2000): *Personal outcome measures*. Towson.
- (2000): *Planning with personal outcomes*. Towson.

Fernando Fantova