

Apolonia Manchón Restoy y Eduardo García Manzano

Reclusión residencial: los prejuicios en los estándares de calidad asistencial

En nuestro [artículo anterior](#) no le presentamos al lector un análisis del fenómeno de la reclusión residencial, ni formal ni cualitativo, sino una mera descripción subjetiva derivada de nuestra experiencia profesional. No se trataba de un artículo para disminuir la desatención académica, pues la fiabilidad de nuestra descripción sigue siendo relativa al hecho de nuestra pertenencia, durante muchos años, al sistema residencial. Desde nuestra vivencia, tal sistema promueve disfuncionalidad comunicativa en todas las posibles direcciones y, por tanto, en las relaciones con otros profesionales, familias y usuarios. De ser posible un diagnóstico sobre la patología sistémica de los servicios residenciales, nadie integrado en los mismos se libraría de la manifestación sintomática. Tampoco nosotros.

Para un análisis objetivo resulta obligada la referencia a las condiciones formales que validan el desarrollo de la comunidad asistencial. Si se trata de facilitar tal desarrollo, resulta razonable que esas condiciones muestren su validez en función de los resultados obtenidos durante el desarrollo, pues de la interpretación de éstos dependerá la modificación o conservación de las condiciones formales. El problema puede ser entonces la rigidez de las condiciones, así como la convicción de que el desarrollo ha de ser completo y cerrado; la asunción de ambos prejuicios permite la sospecha de que la interpretación de los resultados quede determinada por una forzada adecuación al diseño formal, dificultando el abandono de ciertas expectativas, así como estableciendo la atribución de cualquier obstáculo a la naturaleza de la dependencia funcional de los usuarios, como si ésta contaminara a la persona-usuaria en su totalidad.

Podríamos explicitar los aspectos formales a partir de la especulación teórica facilitada por la psicología de las organizaciones. Para una mayor concreción, sin embargo, analizaremos parcialmente un documento oficial de una administración pública, resultado de una orden oficial por la que *se establece el sistema de evaluación externa de la calidad de los centros residenciales y de día para personas con discapacidad, propios, concertados y conveniados con la Consejería.*

¿Cómo se explica la iniciativa de la administración pública? En primer lugar, es a ella a quien todos los servicios residenciales deben su acreditación; por lo tanto, la posible disfuncionalidad de tales servicios compromete la imagen y prestigio de la propia administración. ¿Se desconfía *a priori* de los servicios residenciales? En todo caso, se reconoce la ausencia de iniciativa de los centros a la hora de autoevaluarse.

De manera consecuente, la administración puede promover la configuración de un equipo profesional para elaborar, por ejemplo, un *manual de estándares de calidad*, con la participación de todos los agentes interesados. El objetivo del manual es facilitar la evaluación externa de la calidad, y ésta, a su vez, *la mejora continua de la organización y los servicios que se prestan en los centros; y además permite que éstos puedan comparar su situación con la de un parámetro o modelo ideal.* En este sentido, la iniciativa pública también responde a la convicción de que los servicios residenciales no comparten *a fortiori*, espontáneamente, el mismo objetivo ideal, ni

tienen habilidad natural para desarrollar los presupuestos formales orientados al fin idealizado.

La situación perfecta sería que todos los servicios residenciales respondieran con la excelencia a esos estándares, aun sin consciencia de ello, pero, de ser así, no se comprende la voluntariedad permitida por la administración en el acceso a la evaluación externa. Obviamente, ésta tiene un coste económico parcialmente asumido por el centro en cuestión; no parece, sin embargo, motivo suficiente para legitimar la voluntariedad.

Lo que resulta no ya incomprensible sino injustificable es que se contemple, entre los requisitos para solicitar la evaluación, el *haber realizado una autoevaluación que les permita a los centros conocer su nivel de cumplimiento de los estándares, tras haber acometido iniciativas de mejora*; por lo tanto, parece que se legitima el que voluntariamente los centros no realicen autoevaluación alguna ni iniciativa de mejoras. En otras palabras, ¿cómo interpreta la administración la ausencia de petición de evaluación externa, como un indicador no verificable de la calidad asistencial?

Un manual de estándares de calidad se estructura, en este caso, a partir de alguna clase de articulación teórica originaria de la psicología de las organizaciones (modelo de comportamiento organizativo EFQM), pero, específica y lamentablemente, el referente básico es el de la psicología empresarial (no parece importar, para esta transcripción al lenguaje asistencial, hechos tales como que los cuerpos no son mercancías o que la necesaria inter y transdisciplinariedad profesional es contraria a cualquier jerarquía piramidal o vertical). Desde esta clase de lógica empresarial, contaminada siempre por presupuestos ideológicos propios del liberalismo político-económico, un intervencionismo evaluador obligado no estimularía la iniciativa propia de los centros. En síntesis, nuestro análisis, en oposición radical frente a esta lógica empresarial, no puede aceptar la validez formal de una lógica institucional no depurada de prejuicios ideológicos asociados al poder político y económico ocupado, en la actualidad, por el discurso neoliberal.

Ocupémonos mejor de los prejuicios internos, aquéllos que la depuración formal no ha logrado eliminar, integrados en los estándares de calidad. Un conjunto de estos últimos se agrupa en funciones claves para la organización según el modelo EFQM, tales como *Liderazgo, Estrategia y Planificación, Personas, Alianzas y recursos, Gestión de los Procesos, Resultados en los Clientes, en las Personas, en la Sociedad y Resultados Clave*.

Como ejemplo de prejuicio en la función de liderazgo, valdría la siguiente afirmación: para evaluar el liderazgo, éste debe *demostrar una clara comprensión de quiénes son sus distintos clientes, conocer sus expectativas y demandas y cómo conjugar dichas demandas con los imperativos sociales, políticos, normativos, etc., manifestando un claro compromiso con clientes y ciudadanos/as, así como con otros grupos interesados*.

¿De qué clase de experiencia se infiere la dificultad de conjugar las demandas de los usuarios con imperativos sociales, políticos y normativos? ¿Se trata de imperativos generales, de igualdad democrática ciudadana, o de los específicos derivados de la política residencial? La depuración formal no ha tenido en cuenta, en este caso, la posibilidad de que el desajuste responda a la contingencia o arbitrariedad de los imperativos residenciales. Se traslada así un síntoma o consecuencia a la categoría de causa, entendida como incapacidad natural del usuario en la conjugación de sus demandas y los correspondientes imperativos. Si este prejuicio estuviera validado por la experiencia, quedaría por validar precisamente esa clase de experiencia, la que

probablemente conserva y no modifica el prejuicio en cuestión.

No queremos focalizar nuestro análisis crítico en la función clave del liderazgo, pero es el propio manual quien obliga a ello al asociar el liderazgo con la figura profesional del director-gestor del servicio residencial. Y lo hace imponiendo a esta figura una labor casi trascendental, la de desarrollar e implantar *normas y procedimientos que faciliten e impulsen el proceder profesional en aspectos éticos*.

Desconocemos qué disciplina académica trata tales aspectos, independientemente de la naturaleza lucrativa o no de la organización productora de servicios. Es cierto que algunos servicios residenciales, asociados al dominio gerontológico, funcionan con expectativas lucrativas, hecho que desvirtúa y desdibuja la naturaleza social del derecho a una atención y asistencia a la dependencia funcional no determinadas por el estatus económico del usuario. En este punto, la terminología elegida es equívoca, pues los auténticos *clientes* son aquellos usuarios que, por su condición económica, evitan ser identificados como simples *beneficiarios*. No se puede ser cliente sin esa clase de autonomía económica que posibilita la libertad de elección ante la oferta asistencial, eligiendo, por ejemplo, servicios que superen el umbral de suficiencia determinado por la administración pública. En otras palabras, la ética empresarial no respeta la naturaleza social de la acción asistencial, por lo que excluye un modelo de organización cooperativo e interdisciplinar, sin liderazgo individualizado. La función de este último acaba entonces siendo una consecuencia de su propia identidad profesional, un obstáculo para una auténtica cooperación interdisciplinar, mediando exclusivamente en aquellos conflictos inevitables asociados a la propia conservación de tal identidad profesional.

Un estándar asociado al liderazgo nos parece especialmente relevante para orientar al lector en nuestro análisis crítico; se trata de su obligación de fomentar *la cultura de aprendizaje de las quejas y reclamaciones*. ¿Cómo se fomenta tal cosa? De permitirse, en la realidad, un aprendizaje de la desobediencia, la normatividad expuesta en la forma de un reglamento de régimen interno no estaría en ningún caso legitimada por el consenso original, sino por el consentimiento informado y recíproco de una aceptación provisional por parte de todos los agentes interesados. No se puede, en pocas palabras, fomentar la cultura de la desobediencia en un permanente estado de excepción.

El centro ha desarrollado e implantado un protocolo de actuación en el uso de medidas restrictivas de derechos por situación de necesidad: antes del estado de excepción, los usuarios experimentan una rutina de expropiación de su autoridad personal y moral, dada su exclusión de algo más fundamental que el organigrama profesional, pues éste justifica sólo la distribución de tareas y competencias, no, en ningún caso, la distribución de poder: *el centro fomenta un clima de entendimiento y participación activa con los/as diferentes responsables ejecutivos/as y legislativos/as*. Estándares de esta clase nos facilitan la ubicación real de los usuarios en ese espacio neutro, no participativo, que media entre el lenguaje profesional y el político, es decir, entre el dominio de las competencias y el del poder. Exiliados de ambos dominios, ¿qué clase de identidad permite a los usuarios conservar su autoridad personal y moral?

Como consecuencia de esta expropiación tenemos la expectativa de la indefensión aprendida: *existe un proceso interdisciplinario para la detección de situaciones de abuso o violencia hacia las personas usuarias-clientes del centro*. Nada hay más inexacto que esta afirmación: el personal

que queda bajo sospecha es siempre el de menor formación académica, y, por supuesto, el de mayor precariedad laboral (permisividad en el exceso de horas extras y tolerancia con respecto a su estrés laboral), facilitando con ello una actitud defensiva, en el equipo de cuidadores, que encubre la totalidad de los abusos y el uso de cualquier clase de violencia. El resto de profesionales aprenden a disfrazar ambas cosas simplemente con el uso de palabras técnicas: los cuidadores, trabajadores de la clase inculta, pueden llegar a maltratar, mientras que el resto de categorías más formadas, rehabilita y, sobre todo, reeduca.

En definitiva, nos faltaría espacio para comentar el manual al completo. Nos parece, de todos modos, innecesario por los siguientes motivos: hemos cuestionado la asociación entre el liderazgo (empresarial) y la dirección-gestión de un servicio residencial; a esta última categoría le debería de corresponder la supervisión de la funcionalidad del servicio, para lo cual no precisa de naturaleza trascendental, omnisciente, como si se tratara de un experto en los contenidos del resto de expertos, sino un curso completo de lógica elemental; también hemos cuestionado que la naturaleza política e ideológica de los servicios residenciales facilite el desarrollo de una auténtica comunidad asistencial; la frontera que separa a los profesionales de los usuarios aparece casi tangible, física e incluso biológica, como la que separa a los niños de los adultos. Este prejuicio fundamental ha obstaculizado la necesidad y conveniencia de que los profesionales sean educados por los usuarios, pues sólo éstos tienen el indicador de mayor valor para la medición de la calidad asistencial: su experiencia subjetiva de personas, de seres humanos.

Ahora bien, el principal motivo que hace innecesario el comentario integral del manual se lo debemos al hecho de que, como resultado de la evaluación externa, se den las siguientes cuatro posibilidades: certificado de calidad tal cual, el condicionado, el provisional y el nulo. ¿Cuál cree el lector que debería de ser la respuesta de la administración pública ante el último caso?: *en el caso de que existan importantes problemas que imposibiliten el reconocimiento formal de calidad al centro, no podrá realizarse nueva petición hasta transcurrido un año desde la anterior visita. La certificación incluirá informe de hallazgos que orienten sobre los principales elementos a mejorar...* ¿Cómo se justifica tal nivel de tolerancia, y a qué precio?

[Fuente: *Manual de Evaluación Externa de la Calidad,*

deandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas_Discapacidad/HTML/calidad/index.html

]