

CAPÍTULO III

BUENAS PRÁCTICAS EN... CALIDAD EN LA GESTIÓN

Agrupación de pequeñas entidades para una gestión más profesionalizada y capaz. *ATADI*

Estudio sobre la calidad de vida y autodeterminación: estrategias de Planificación Centrada en la Persona, diseño de servicios y evaluación de la calidad de vida en servicios de vivienda para personas con discapacidad intelectual en Vizcaya. *Gorabide*

Inout Hostel. *Icaria Iniciatives Socials*

Gestión por procesos en vivienda y residencia. *AMADIP.ESMENT*

La metodología de la autoformación en Uliazpi. *Fund. Uliazpi*

Procesos operativos en la Escuela Taller Sant Miquel. *Associació Taller Saint Miquel*

El taller itinerante como instrumento para la consolidación de un servicio en zona rural. *APANAS*

El juicio profesional compartido. Manual de ayuda y reflexión de nuestro quehacer profesional. *AUTISMO Cádiz*

Estructuración sección deportiva. *Asociación Uribe Costa*

Transversalidad y modelo de calidad FEAPS: Dos claves imprescindibles para la mejora de la organización. *Fund. San Francisco de Borja*

Creación de un equipo transversal de profesionales para promover mejoras en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual que presentan graves problemas de conducta y/o trastornos mentales. *FEAPS Extremadura*

Inclusión de personas con discapacidad intelectual en escuelas de adultos. *AFANIAS*

Guía de intervención para personas con discapacidad intelectual afectas por el régimen penal penitenciario. *FEAPS*

Taller de problemas de conducta. *Fundación San Cebrián*

Experiencia de enseñanza combinada con personal de apoyo. *ASTOR*

Elaboración del proyecto de nuevas viviendas. *AFAS*

Aplicación de EFQM para fundamentar el futuro. *AMADIP-ESMENT*

Un plan intencional para hacer amigos y amigas. *A Toda Vela*

Captación de atzegizales. *AZTEGI*

Programa Inguruan: familias, protagonistas en el cambio social. *ATZEGI*

Bienvenida, bienvenido a nuestro centro. *AUTISMO Cádiz*

Aplicación de criterios de “planificación centrada en la persona” en el desarrollo de programas de intervención para personas adultas con autismo: un cambio en la estructura del trabajo en equipo. *Asociación B.A.T.A.*

Las cartas de servicio y la introducción de la organización en el ámbito de la calidad. *Fundación Gil Gayarre*

Taller adaptado a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada. *Fundación Gil Gayarre*

Configuración en red del servicio de viviendas de Gorabide. *Gorabide*

Protocolo de detección, evaluación, seguimiento y atención de personas en riesgo o en proceso de deterioro por envejecimiento. *Fund. Ulizapi*

Foro Redex: Red de Excelencia en discapacidad intelectual. *Fund. Uliazpi*

Buenas Prácticas en...

AGRUPACIÓN DE PEQUEÑAS ENTIDADES PARA UNA GESTIÓN MÁS PROFESIONALIZADA Y CAPAZ

Nombre de la entidad: Agrupación Turolense de Asociaciones de Personas con Discapacidad Intelectual, ATADI.

Promotor/es de la buena práctica: Juntas directivas de las asociaciones miembros y el equipo de coordinadores de centros.

Federación a la que pertenece: FEAPS Aragón.

Coordinador o persona de contacto: Miguel Igual Martín / Ramón Royo Camañes.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde mediados del 2003 hasta el 1 de enero del 2005 habría una primera fase y desde el 1 de enero de 2005 hasta la actualidad habría una segunda fase aún sin concluir.

Otros datos que se consideren relevantes: El proyecto ATADI (Agrupación Turolense de Asociaciones de Discapacitados Intelectuales) nace de la unión de todas las entidades de la provincia de Teruel que gestionan algún centro destinado a la atención a personas con discapacidad intelectual:

- ADIPA de Andorra.
- ADICPMI de Utrillas.
- ALBADA de Alcañiz.
- ANGEL CUSTODIO de Teruel.
- EL JILOCA de Monreal del Campo.
- KALATHOS de Alcorisa y la Fundación del mismo nombre.
- PUERTA DEL MEDITERRÁNEO de Mora de Rubielos.

LA BUENA PRÁCTICA

Se trata del proceso de unión de las siete asociaciones de la provincia de Teruel que están gestionando servicios (centros ocupacionales, centros de día y/o residencias) para personas con discapacidad intelectual.

El proceso resultante de esta unión ha sido la creación de ATADI (Agrupación Turolense de Asociaciones de Personas con Discapacidad Intelectual), cuya función es la gestión unificada de todos los centros y servicios que hasta el 1 de enero de 2005 (fecha de la unión) venían desarrollando las asociaciones miembros.

Las antiguas asociaciones no desaparecen, dada su gran implantación en las poblaciones; sus funciones pasan a ser la supervisión de la calidad del servicio prestado por ATADI y la preparación y coordinación de actividades de tiempo libre: deporte, vacaciones y otros actos lúdicos. Así mismo el presidente o la persona designada en representación de la entidad pasa a formar parte de la Junta Directiva de ATADI.

Por otra parte, en este proceso de unificación de la gestión, hay una subrogación de la totalidad de los trabajadores del sector, un concierto único firmado con la administración por la totalidad de las personas con discapacidad intelectual atendidas en los centros, una facturación conjunta de las tareas llevadas a cabo en los centros ocupacionales, una cesión por parte de la administración o de las propias asociaciones de las instalaciones y una cesión por parte de las asociaciones de todo el inmovilizado de los centros.

ANTECEDENTES

El contexto en el que surge esta propuesta, debemos de enmarcarlo en la provincia de Teruel. Se trata de una provincia con un amplio territorio, 14.809 km², y una población según el último censo de 140.771 habitantes resultando una muy baja densidad de población: 9'53 hab/km². Administrativamente está organizada en diez comarcas; no cuenta con grandes ciudades, Teruel la capital tiene unos 35.000 habitantes y Alcañiz, como segunda población en número de habitantes, no llega a los 15.000; de los 236 municipios más de la mitad no alcanzan 200 habitantes.

En este entorno por los años 90 surge el movimiento asociativo ante la necesidad de crear servicios para cuando finaliza la escolaridad, ya que las familias con personas con discapacidad intelectual en su seno se veían obligadas a tenerlos en casa, callejeando o bien tenían que marcharse de nuestra provincia.

El origen de las asociaciones fue muy similar: Juntas directivas inexpertas pero muy ilusionadas con una entrega especial de alguno de sus miembros; grandes dificultades económicas, en aquellos tiempos iniciales el objetivo fundamental era la captación de dinero para garantizar la viabilidad económica, así como la búsqueda de actividades ocupacionales. Todas abrieron pequeños centros ocupacionales, al tratarse de centros muy pequeños y del medio rural no contaban con personal especializado ni infraestructuras adecuadas. Todo ello, pasados estos 16 años de vida media de las asociaciones, ha ido mejorando, todos estamos integrados en FEAPS Aragón y en el momento de la unión nos encontramos con un colectivo de personas con discapacidad intelectual atendido en siete pequeñas asociaciones (la mayor con 52 usuarios y la menor con 11) distribuidas a lo largo y ancho de la provincia. Al tratarse de asociaciones pequeñas en algunos casos se llega a temer por su viabilidad económica dado el escaso número de usuarios atendidos.

Debido a la realidad de la provincia, que acabamos de señalar, nos encontramos con el agravante del transporte de usuarios a los distintos centros. Los usuarios con discapacidad están en poblaciones muy pequeñas, atendemos personas de 45 poblaciones distintas, la mayoría de las veces sin un transporte público adecuado por lo que es necesario trasladarlas con vehículos de las asociaciones lo que encarece muy mucho el coste de mantenimiento de los centros. Para visualizar estos datos podemos señalar que actualmente todos los días se hacen más de 1.400 km. con unos 20 vehículos, sin considerar los numerosos desplazamientos de los técnicos.

Es necesario señalar, en este contexto, dos antecedentes positivos que han facilitado el proceso de unión de las entidades; estos han sido: por un lado el nexo de unión que ha supuesto el calendario deportivo de la provincia con siete competiciones que han reunido a lo largo del año a todos los centros y han ido creando un clima de amistad entre los presidentes y Juntas directivas y, por otro lado, ya existía un germen de unión entre las entidades, ya que al principio de surgir el movimiento asociativo en la provincia, a principios de los años 90, se creó la Federación turolense, aunque nunca se materializó en ninguna actuación concreta.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

El primer diagnóstico formal sobre la situación de la provincia se llevó a cabo a raíz de un curso de formación para directivos, que se llevó a cabo en Teruel el 7, 8 y 15 de marzo de 2003, con el objetivo de poner en marcha la cartera de servicios que en aquellos momentos había propuesto el Instituto Aragonés de Servicios Sociales. En este curso se realizó un DAFO¹ para conocer la situación de la provincia y como resultado sorprendente del DAFO y del propio curso se apostó por unir las siete entidades que estaban gestionando servicios en la provincia, de modo que no solamente se resolviera la prestación de servicios especializados, sino que se resolvieran otros problemas de los centros de esta provincia.

Si entramos en detalle en los distintos resultados del diagnóstico realizado nos encontramos con algunos de los resultados de este DAFO:

- Escasa población en la provincia y muy dispersa en pequeños municipios.
- Grandes distancias entre los municipios y los centros de referencia.
- Centros muy pequeños, con una viabilidad cuestionable.
- Baja profesionalización de la gestión.
- Falta de recursos (contamos solo con una residencia en la provincia).
- Falta de servicios especializados.
- Gran protagonismo de las asociaciones en los municipios donde están ubicadas.
- Mucha población desatendida a lo largo y ancho de la provincia.
- Pocas posibilidades de inserción laboral para los usuarios con discapacidad intelectual.
- Posibilidad real de que nuestros usuarios marcharan a otras provincias, agravando los aspectos anteriores.
- Cercanía de la Administración.

¹ DAFO: Análisis diagnóstico de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de una organización (Nota de la editora).

- Plazas concertadas con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Movimiento muy unido a nivel autonómico.
- Contactos frecuentes entre las asociaciones de Teruel, que conllevaban un clima de amistad.
- Conciencia de los beneficios de la unión.
- Nula implantación del sector privado.

PROCESO SEGUIDO

Después de este primer encuentro, llevado a cabo con motivo de la mencionada formación de marzo de 2003 y una vez que se decidió que valía la pena continuar, hasta enero del 2005 cuando se materializa la unión, se han llevado a cabo múltiples reuniones en todas las asociaciones de la provincia, donde se han ido trabajando temas monográficos con respecto al proceso de unión. Consideramos importante señalar que a estas reuniones asistían también trabajadores de los centros en una proporción similar a los miembros de las Juntas directivas. Es por ello que podemos decir que ha sido un proyecto elaborado entre todos.

La periodicidad de las reuniones pasó de ser trimestral a mensual, tal y como se iba avanzando en el proceso. Así mismo los temas pasaron de ser generales a temas muy concretos en el avance del proceso.

La nueva entidad ATADI se crea en los inicios del proceso con el fin de tener un marco legal y una base sobre la que apoyarnos e ir consolidando este proyecto. Se crea una agrupación de entidades en un plano de igualdad, todas al mismo nivel de representatividad sin ponderación por ningún aspecto. En ningún momento se habla de federación, dado que no queríamos entrar en competencia con nuestra propia federación, FEAPS Aragón. Una decisión importante en ese momento fue la decisión de crear la agrupación manteniendo las antiguas asociaciones como fundadoras y supervisoras de los servicios que se llevaran a cabo en la nueva entidad. Se consideró conveniente conservar las asociaciones por la importante masa social que representan (1900 socios) y la gran identificación que se tiene en las localidades con sus centros. Otra opción podría haber sido disolver las antiguas asociaciones y crear un asociación de padres de toda la provincia, pero

se descartó. Se descartó la incorporación de los centros especiales de empleo, los tres que están en funcionamiento, ya que su encuadre legal es distinto y el reto de unión de las asociaciones por sí solo ya suponía un desafío importante.

Como puntos clave de este proceso hay que señalar que en todo momento tanto la federación FEAPS Aragón, como el director gerente del IASS, (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) han estado informados sobre el proceso, hasta el punto que tanto el presidente de la federación como el gerente han estado en algunas de las reuniones y han liberado a un trabajador para que coordinara todo el proceso de unión de los siete centros de Teruel; es justo resaltar la gran valía de esta persona y lo meritorio de su trabajo, actualmente es el gerente de nuestra entidad.

Como fechas a destacar en el proceso; aparte de las reuniones periódicas que se iban realizando de forma rotativa en todos los centros y que servían no solamente para avanzar documentalmente en el proceso sino para estrechar lazos personales entre los distintos directivos y responsables de centros; hay que señalar el encuentro en Orihuela del Tremedal donde se cerraron los últimos flecos del proceso.

En la reunión de Orihuela se contó con la participación de profesionales externos expertos en temas de personal, fiscalidad y contabilidad o relaciones con la administración, supervisados y coordinados desde la propia Federación. En esta reunión, celebrada en mayo de 2004, se marcó una fecha de puesta en marcha, 1 de enero de 2005, un organigrama de la entidad y se decidió la contratación de un coordinador del proyecto que el 1 de enero pasaría a tener las funciones de gerente de la nueva entidad.

Otra fecha importante en este proceso fue octubre de 2004, cuando se contrató a un coordinador que acabara de cerrar flecos del proyecto y preparara la subrogación para el inicio del año 2005.

Por supuesto la fecha clave por excelencia era el 1 de enero del 2005 cuando iba a comenzar a funcionar realmente el proyecto ATADI.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

En cuanto a la implantación se refiere, podemos afirmar que está implantado, pero

no está consolidado. El proceso de consolidación será largo y es posible que todavía dure algunos años más.

Es necesario remarcar que somos una unión de muy desiguales, pues procedemos de unos modelos de trabajo y criterios de actuación diferentes, así pues el objetivo común de homogeneizar la gestión y unificar los criterios de actuación es ciertamente complejo y estamos todavía en ello.

La puesta en marcha y, por tanto, la implantación de esta Buena Práctica comenzó el 1 de enero del 2005. En esta fecha hubo una subrogación de las entidades miembros a la nueva entidad creada ATADI que incluye los siguientes aspectos:

- Personal: todos los trabajadores a partir de esta fecha pasan a depender de la nueva entidad.
- Conciertos con la administración: las plazas de centro ocupacional, centro de día y residencia que hasta la fecha el Instituto Aragonés de Servicios Sociales tenía concertadas con las distintas entidades pasan a la nueva entidad a través de la firma de un concierto único que engloba todas las plazas existentes en la provincia.
- Facturación de la producción realizada: al igual que ocurre en los casos anteriores toda la producción que llevan a cabo los usuarios con discapacidad intelectual pasa a depender de ATADI, que es la encargada de facturar a los proveedores.
- Locales con su equipamiento: las Juntas directivas aprueban ceder en uso sus locales con el equipamiento de éstos a la nueva entidad. En los casos en los que los locales son de los Ayuntamientos o la propia Diputación General de Aragón se solicita a estos que o bien en Pleno o en Consejo de Gobierno los cedan en uso a ATADI.
- Vehículos: dado el gran número de vehículos que necesita la entidad se considera en un apartado distinto. Para el paso de vehículos no bastó con la cesión sino que hubo que hacer una compraventa de los mismos.

Posteriormente y como hemos señalado, se trata de un proceso de implantación progresiva donde la concienciación y el creerse el proyecto tienen mucho que ver en la velocidad de avance y consolidación del mismo. En este proceso de conso-

lidación, en el que hoy todavía nos encontramos, queremos destacar los siguientes puntos:

- Homogenización de categorías y salarios: partíamos de categorías y salarios distintos para un mismo puesto de trabajo en los distintos centros. Hoy se ha resuelto el tema de las categorías unificándolas en cuatro subgrupos principalmente: titulado de grado medio, encargado, cuidador y oficial de segunda. No ocurre lo mismo con el tema de los salarios a pesar de que se está trabajando en el incremento de los salarios más bajos.
- Condiciones laborales: partíamos de unas condiciones laborales muy variopintas, desde calendario laboral, hasta ratio de personal. Todos estos temas se están trabajando respetando los derechos de los trabajadores, pero siempre mirando la calidad del servicio para la persona con discapacidad intelectual.
- Criterios comunes en la toma de decisiones: ha sido importante trabajar múltiples aspectos relacionados con el día a día de los centros para que no se tomaran decisiones distintas ante hechos similares; por ejemplo, compensaciones por tareas realizadas o criterios de admisión en los centros.
- Becas para usuarios: se han marcado niveles de becas y criterios de compensación, pero todavía no se han unificado las compensaciones por categoría ya que dependen de la facturación de cada uno de los centros.
- Representación de ATADI ante las administraciones: se han marcado unos criterios de representación de modo que ante los Ayuntamientos son las asociaciones miembros quienes representan al colectivo, ante Comarcas, Diputación Provincial y administraciones de la provincia es ATADI y con la Diputación General de Aragón es FEAPS Aragón quien nos representa. Así mismo se han nombrado desde ATADI los representantes de las entidades de la provincia de Teruel en la Federación y en la Patronal.
- Organigrama y ajuste de funciones de Juntas directivas y responsables de centros. Hay que recordar en este punto que las juntas directivas han pasado de ser gestores a supervisores de la gestión. Este paso está siendo lento y costoso y conlleva infinidad de ajustes.

En otro aspecto del nivel de implantación tenemos que señalar el proceso de conocimiento e implantación de ATADI en la sociedad. Creemos que en relación

con la administración hemos logrado que se nos conozca y se dé credibilidad a nuestro proyecto, no ocurre lo mismo en las distintas localidades, donde se conocía a la asociación propia de esta localidad, pero no se sabía nada de ATADI. Ha sido costoso y todavía no hemos logrado dar a conocer la marca ATADI sin dejar de lado a la asociación implantada en cada localidad. Para ello se ha trabajado ampliamente con los medios de comunicación (contamos con una página semanal en el Diario de Teruel y con un espacio semanal en la Cadena Ser), se ha realizado un vídeo y un dossier sobre la entidad y se está participando en todas las ferias y jornadas a las que somos invitados.

En cuanto a las facilidades y dificultades de este proceso de implantación señalaremos las que nos parecen más relevantes:

Como facilitadores para llevar a cabo el proceso tenemos que:

- Ha existido un apoyo inequívoco por parte de la administración para llevar adelante este proyecto. Desde el Instituto Aragonés de Servicios Sociales se ha visto con buenos ojos esta unión y no ha habido ningún impedimento a la hora de llevar a cabo nuevos conciertos. Lo mismo ocurre con Diputación Provincial de Teruel, que incluso aportó un dinero para dar ese primer empujón tan necesario.
- Ha habido una implicación directa por parte de FEAPS Aragón con su presidente a la cabeza. Desde un principio se ha promovido y animado a la realización de este proyecto, sin quedarse en soluciones intermedias como la contratación de personal especializado de forma conjunta para llevar a cabo algunos aspectos de la cartera de servicios. El apoyo de la Federación se ha visto reflejado también a nivel económico liberando una persona que coordinara este proyecto hasta la contratación de personal propio de ATADI.
- Ha habido una voluntad de unión por parte del personal de las distintas entidades, siendo conocedores de la situación general del sector han sabido retrasar sus reivindicaciones adaptándose al ritmo marcado por la unión de todas las entidades.
- Ha habido una voluntad de unión por parte de las familias con las juntas directivas a la cabeza. Tanto las familias como las juntas directivas han primado el interés común al particular apostando por un proyecto en algunos momentos difícil o cuanto menos dudoso. Sin el apoyo unánime de las asam-

bleas de las distintas asociaciones no se podría haber llevado a cabo este proyecto con las dimensiones actuales.

Como dificultades para llevar a cabo el proceso, que también las ha habido, tenemos:

- La dificultad de algunas Juntas directivas, con sus presidentes a la cabeza, de dar ese paso atrás en lo que a gestión del centro se refiere. Resulta comprensible que unos proyectos con implicaciones personales muy fuertes conlleven un proceso largo de desvinculación de la gestión; desvinculación necesaria, por otro lado, si queremos que ATADI cumpla la función que le ha sido encomendada.
- La dinámica y la rutina de cada centro. Los cambios siempre son costosos por pequeños que sean y el día a día de los centros, en ocasiones, nos ha superado y criterios que se creían consensuados no se han tenido en cuenta volviendo a dinámicas anteriores a la unión. Para que trabajadores y familias acepten los cambios es necesario que los perciban no como buenos para su centro, sino como buenos para el conjunto. Pasar de pensar “en mi centro” a sentirse participe del proyecto y miembro de ATADI está siendo una tarea difícil pero necesaria para esta unión.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Para trabajar este punto intentaremos ser lo más objetivos posible de modo que cualquier persona que lo lea salga con la misma sensación que tenemos nosotros de haber realizado una buena práctica importante para el sector. Iremos revisando distintos puntos y cuantificándolos en la medida de lo posible.

En cuanto al número de usuarios atendidos hemos pasado de 155 usuarios atendidos el 1 de enero de 2005 a 201 usuarios atendidos el 30 de junio de 2006. Se trata de un incremento del 30% en apenas 18 meses de funcionamiento.

Con respecto a los servicios prestados en los distintos centros, no solamente no se han reducido sino que se ha generalizado el trabajo de forma individualizada con cada usuario (planes individuales), se ha incrementado el apoyo del servicio psicológico y se han incorporado nuevas plazas de educación de adultos.

Se ha hecho necesario implantar un sistema informático en red para llevar la gestión unificada de los centros y facilitar la información y contactos entre centros.

Se ha abierto un nuevo servicio residencial en la localidad de Andorra para 12 usuarios. Este servicio residencial resultaba deficitario de forma individual y ha habido que complementarlo con el existente en Alcorisa para poder llevarlo a cabo. Ha sido necesaria la intervención de ATADI, pues después de tres años de la inauguración ninguna entidad era capaz de acometer su puesta en marcha.

Está muy próxima la apertura de una nueva residencia en la ciudad de Teruel con capacidad para 22 personas y un centro de ocio.

Contamos con un nuevo servicio de atención temprana en Alcañiz, gracias al convenio firmado entre ATADI y la Fundación de Atención Temprana en Aragón. Hasta la fecha no existía ningún servicio en esa comarca y los padres debían de desplazarse más de 100 kilómetros para poder recibir el servicio.

Está aprobada la financiación de varias infraestructuras que en breve comenzarán su realización: construcción de nueva residencia en Utrillas, ampliación de un centro de Teruel, construcción de un comedor en Mora de Rubielos, mejora de las infraestructuras de atención temprana en Alcañiz, y construcción de un almacén en Monreal del Campo.

Contamos con el apoyo y la implicación de las distintas administraciones: conciertos con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, apoyo económico de la Diputación Provincial de Teruel, participación en el programa europeo EQUAL junto a las dos instituciones anteriormente citadas, financiación de prácticamente el 100% del transporte por parte de las Comarcas, y aportaciones económicas diversas por parte de los Ayuntamientos donde ATADI cuenta con algún centro.

Contamos con el apoyo de entidades relevantes en la sociedad: se ha firmado un convenio de colaboración con la Universidad de Zaragoza, que conlleva la incorporación de alumnos en prácticas, la realización de cursos como el que se ha llevado a cabo en el marco de la Universidad de Verano de Teruel, la realización conjunta de jornadas y actos de interés para ambas instituciones. Por otro lado hemos tenido la colaboración desinteresada de algunos medios de comunicación, como son el Diario de Teruel y la Cadena Ser que nos han permitido la utilización de parte de sus espacios para dar a conocer el sector.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA NUEVA PRÁCTICA

“La unión hace la fuerza”, en nuestro caso la fuerza es conseguir:

- Estabilidad para las pequeñas entidades.
- Calidad en los servicios.
- Crear nuevos servicios e infraestructuras.
- Llegar a programas y financiaciones nuevos.
- Llegar a más personas.
- Profesionalizar la gestión.
- Proximidad de los servicios.
- Ser el referente provincial en defensa del colectivo.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y sus familias.

LO QUE SE DEBE HACER

- Superar egocentrismos.
- Pensar en las personas con discapacidad intelectual con visión amplia, no solo “nuestros chicos”.
- Apostar por la profesionalización y mejora de infraestructuras.
- Tomar conciencia de que unidos somos más capaces, incluso las instituciones prefieren un único interlocutor y con criterios claros.
- Tomar decisiones, consensuar el máximo posible, pero avanzar.
- Ser ambiciosos, creativos y abiertos para conseguir más y mejores servicios.

- Que la participación en el proyecto sea de todos los implicados.
- Apoyar y confiar en aquellos que tienen responsabilidad en el proyecto.
- Enriquecerse de la experiencia de otros.
- Creer y crear una estructura capaz. Superar personalismos.
- Racionalizar y compartir recursos.
- Negociar y programar conjuntamente estableciendo prioridades objetivas.
- Velar por tener una buena imagen.
- Ilusionar a todos los implicados incluidas, cómo no, las personas con discapacidad intelectual.
- Fomentar vías de comunicación.
- Ser leales y respetuosos con los acuerdos adoptados. Sentido de compromiso.
- Aprovechar nuevas tecnologías.
- Conciliar viabilidad económica y calidad de servicios, centros pequeños.
- Responsabilidad en la gestión económica.
- Aceptar que el bien común es más importante que el propio.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Inmovilismo.
- Centros que funcionan como pequeños “califatos”.
- Confiar más en el “parentesco” que en la cualificación.
- Rigidez, cerrazón en las viejas prácticas.

- Aferrarse más a unas siglas que al cometido o misión que tenemos.
- Desconfiar por sistema de las intenciones de los otros.
- Creer saberlo todo.
- Sentirse imprescindible.
- Incomunicación.
- Indefinición, pasividad en la toma de decisiones.
- Personalismos / protagonismos / egocentrismos excesivos.
- Rivalizar con las otras entidades.
- Duplicar sin sentido.
- Posicionamientos inflexibles.
- Pasar de lo que opinen de nuestra entidad.
- Desunión entre Junta Directiva y empleados.
- Proyectos sin estudios de viabilidad que lo justifiquen.
- Ser irrespetuoso con los acuerdos adoptados.
- Anteponer obcecadamente los intereses propios a los del grupo.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Consolidar el proyecto, seguir en esta línea hasta alcanzar la homogeneización deseada en todos los aspectos.

Fortalecer la imagen de ATADI como referente provincial en lo relativo a la atención a las personas con discapacidad intelectual.

Hasta el momento actual no hemos conseguido de la Administración que se realice un estudio real de la situación de las personas con discapacidad

intelectual en toda la provincia como hecho necesario para programar una respuesta adecuada a las necesidades detectadas. Desde ATADI perseguimos la atención más próxima posible y dada la *ruralidad* de nuestra provincia el reto lo tenemos en realizar centros lo más pequeños posible, pero que sean viables económicamente y con calidad asistencial.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

Respecto al nombre ATADI resultante de las siglas (Agrupación Turolense de Asociaciones de Discapacidad Intelectual), queremos hacer el comentario de que propusimos llamarnos FEAPS TERUEL, pero se nos indicó que las siglas se reservaban para las Federaciones de ámbito autonómico. La idea es que la convivencia de tantas siglas puede confundir, así nosotros tenemos FEAPS Aragón por una parte, ATADI, más el nombre de la Asociación de que se trate, en ocasiones el nombre del Centro... Esto no favorece la pretensión de una imagen única y potente que nos identifique claramente en la sociedad.

Si alguien tiene conocimiento de alguna experiencia similar a la nuestra estaríamos encantados de ponernos en contacto para conocer su proyecto y compartir nuestros avatares.

Buenas Prácticas en...

ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y AUTODETERMINACIÓN: ESTRATEGIAS DE PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA, DISEÑO DE SERVICIOS Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN SERVICIOS DE VIVIENDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN VIZCAYA

Nombre de la entidad: Gorabide (Asociación Vizcaína a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).

Promotor/es de la buena práctica: Departamento Técnico y de Sistemas de Gorabide.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador o persona de contacto: Enrique Aja Ramos, psicólogo.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: junio 2004 a marzo 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

Esta buena práctica está enmarcada en el Plan de Gestión 2006 y en el Plan Estratégico de Gorabide. Se pretende realizar un diseño de investigación sobre la evaluación de la calidad de vida y niveles de autodeterminación “de” y “con” las personas con discapacidad intelectual en el servicio de viviendas de la Asociación Gorabide, tras la introducción de la Planificación Centrada en la Persona (PCP)

en el diseño de los servicios. Todo esto con el fin de identificar las variables que puedan orientar las estrategias de actuación y diseño de servicios de cara a promover la calidad de vida de este colectivo.

La idea surge de la inquietud de mejora de los servicios de Gorabide, basando este proceso en una investigación cuyo diseño es el que nos ocupa en esta práctica. La metodología en esta fase es la de la investigación/acción, haciendo especial hincapié en la reflexión, la revisión bibliográfica, en la transferencia de buenas prácticas (mejora continua, establecimiento de alianzas...), y en la participación de las personas con discapacidad intelectual (a través de los grupos de autogestores de Gorabide) y las familias. Se pretende clarificar el constructo y conceptos a evaluar y la búsqueda de los instrumentos oportunos, en paralelo a la colaboración con departamentos de universidades y la realización del diseño experimental. De esta manera intentamos implicar a otras organizaciones que nos puedan servir de apoyo, a instituciones y al propio Gorabide.

ANTECEDENTES

Gorabide es una asociación sin ánimo de lucro orientada a dar apoyo a las personas con discapacidad intelectual del territorio histórico de Vizcaya y a sus familias. Su misión es proporcionar a los usuarios y familias y a clientes institucionales y privados soluciones y propuestas avanzadas y servicios de calidad, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y sus familias, a la satisfacción de los clientes y a la promoción de una sociedad más justa y cohesionada en su diversidad.

Para poder iniciar un proceso de mejora continua del diseño de los servicios encontramos dos vías complementarias: una, poder evaluar el funcionamiento interno de los servicios, y otra valorar las características de las residencias (tamaño, número, heterogeneidad...).

En el primero de los casos se plantea el desarrollo de planes individualizados. Algo que se puso en marcha hace años y que se retoma con fuerza en un trabajo en un equipo transversal sobre el Plan Personalizado de Apoyos. En este sentido podemos decir que la Planificación Centrada en la Persona se evidencia cuando el Plan Personalizado de Apoyos tiene la capacidad de “interpelar” a la dirección del servicio. Hasta qué punto podemos flexibilizar la oferta de servicios para dar respuesta a situaciones individuales es uno de los puntos críticos de esta propuesta.

En segundo lugar deberíamos pensar en cuál es la oferta que tenemos y cuáles

son las condiciones objetivas que contribuyen a mejorar el nivel de calidad de vida de las personas. El concepto de calidad de vida tiene un impacto en el desarrollo de programas y en la prestación de servicios. Está utilizándose como un criterio para evaluar la eficacia de los servicios. Por lo tanto, el diseño de un modelo de evaluación que permita al servicio reflexionar sobre la estructura y prácticas profesionales se justifica por la necesidad de mejora continua del servicio y su entorno.

La idea consiste en la determinación del estado actual, es decir, evaluaremos las variables de “diseño actual de los servicios”, y evaluación de la calidad de vida en los usuarios. Para ello, dotaremos de un “cuerpo teórico” al proyecto, y aplicaremos posteriormente los instrumentos de medición de calidad de vida y autodeterminación. Una vez establecidas y controladas estas variables, procederemos a intervenir en ellas. El modelo de Calidad de Vida de Schalock-Verdugo, la Escala de Calidad de Vida de Cummings, la Escala de Autodeterminación de Wehmeyer, y diversas técnicas de Planificación Centrada en la Persona nos han servido de orientación. Hemos contado además con el apoyo de AEECRM, INICO, Universidad Ramón Llull, FEAPS y FEVAS.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Nuestra intervención se basará en la hipótesis de que:

“Introducir la Planificación Centrada en la Persona en el diseño de nuestros servicios repercute en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual”.

La nueva comprensión de la discapacidad intelectual en el marco de una sociedad plural que apuesta por la inclusión de todos los ciudadanos y ciudadanas, nos orienta hacia un modelo de servicios de futuro que garantice la calidad de vida de las personas con discapacidad (Verdugo, 2001). En este sentido, la medida de la calidad de vida y de la autodeterminación (Wehmeyer, 2002) se muestran como un referente que contribuye a un entendimiento de las necesidades individuales de las personas con discapacidad intelectual y a la planificación adecuada de los servicios (Arostegui, 2002).

La planificación y el cambio de servicios para personas con discapacidad es uno de los resultados buscados. Teniendo en cuenta los valores de inclusión, vida en la comunidad y elección, los resultados debería indicar cuáles deben ser las características generales de los servicios residenciales respecto a heterogeneidad, ubi-

cación y tamaño (Mank, 2004). Existe de facto una situación de marginación tanto social como económica, y es necesario invertir la tendencia en los diferentes niveles ecológicos: macro, meso y microsistema (Bronfenbrenner, 1986). El estudio se dirige especialmente a este último nivel, con implicación clara para los servicios residenciales que Gorabide gestiona a través de convenios con la Diputación Foral de Bizkaia. La experiencia será generalizable al resto del colectivo de entidades que trabajan a favor de las personas con discapacidad.

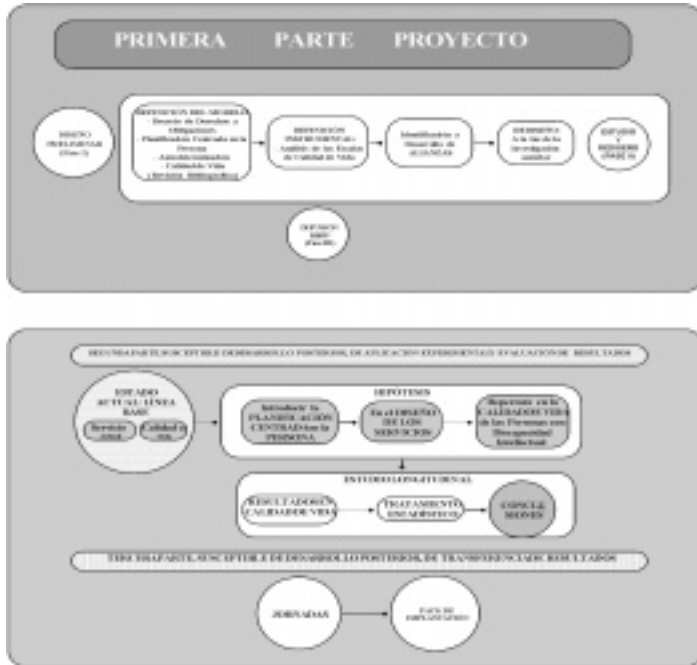


Figura 1

El núcleo de esta primera fase, como se ve en la figura 1, es tratar de **generar la expectativa** de la necesidad de la valoración de la calidad de vida a nivel individual y también como argumento para una propuesta de diseño de servicios y de forma de trabajo. Pretende la revisión bibliográfica y la recogida de instrumentos, la captación de alianzas y la difusión del proyecto. Como producto de esto: el rediseño de la fase experimental a realizar contando con la cooperación de departamentos de investigación de universidades y otras asociaciones del sector.

En una segunda fase la metodología a aplicar será la de **estudio longitudinal**, ya que somos conscientes de que la introducción de la Planificación Centrada en la Persona y la autodeterminación, y el rediseño de nuestros servicios son actividades continuadas en el tiempo y que los resultados en la calidad de vida se evalúan también a lo largo de un proceso continuado en el tiempo: evaluación de los resultados en la calidad de vida y tratamiento estadístico y valoración de los resultados.

Por último, la tercera parte del proyecto será la **transferencia de resultados**: diseño del proceso de difusión de la investigación; difusión de la investigación y valoración de ésta, de las Jornadas y de la implantación (transferencia y generalización de resultados).

PROCESO SEGUIDO

Identificación y caracterización de la población destinataria final de la metodología desarrollada

115 personas con discapacidad intelectual mayores de 18 años, residentes en Vizcaya, usuarias y usuarios del Servicio de Viviendas de Gorabide y, por extensión, el colectivo de personas con discapacidad intelectual.

Objetivos

- Revisión bibliográfica sobre calidad de vida, autodeterminación y Planificación Centrada en la Persona.
- Estudio de las diferentes escalas y cuestionarios de calidad de vida y autodeterminación existentes en el mercado (Schalock y Verdugo, 2002) en función de variables como:
 - La adaptación a la población a estudiar;
 - La inclusión de medidas subjetivas del propio individuo sobre este constructo;
 - El poseer una demostrada fiabilidad y validez;
 - Que sean patentes sus cualidades para establecer una guía de actuación para la mejora de la calidad de vida de las personas y
 - Participación de los usuarios y sus familias.

- Encontrar vías de colaboración (alianzas) con departamentos de investigación de universidades u otros miembros de la comunidad científica.
- Búsqueda de financiación, esto nos permitirá, una vez finalizada esta parte del proyecto, continuar con el resto de la investigación.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

El establecimiento de una alianza con la Universidad Ramón Llull, la revisión bibliográfica sobre la calidad de vida, autodeterminación y Planificación Centrada en la Persona y la valoración de las escalas y cuestionarios de calidad de vida y autodeterminación y la identificación de las más oportunas en función de criterios preestablecidos son los objetivos conseguidos, así como la valoración de estrategias de Planificación Centrada en la Persona son hitos logrados en esta práctica realizada.

Se ha presentado a su vez en el V Congreso Europeo de Salud Mental en Retraso Mental realizado en Barcelona el pasado mes de octubre de 2005, organizado por AEECRM (Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental), donde se presentó un póster a la comunidad científica. Asimismo, se realizó la misma acción en las VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad Organizadas por INICO de la Universidad de Salamanca en marzo de 2006.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Propone utilizar una metodología experimental para la valoración de modos de intervención. Se han desarrollado un conjunto de acciones, fruto de la identificación de una necesidad, pensadas y realizadas por los miembros de una organización con apoyo de la dirección. Los criterios de evaluación empleados son la aceptación de póster presentado en jornadas y encuentros, el interés mostrado por ámbitos universitarios y por nuestra Federación, las expectativas generadas en profesionales y la futura medición de la calidad de vida.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Propone utilizar una metodología experimental para la valoración de modos de intervención. Se han desarrollado un conjunto de acciones, fruto de la identificación de una necesidad, que han sido sistemáticas, eficaces, sostenibles, flexibles, pensadas.

LO QUE SE DEBE HACER

- El mayor peligro es no contar con el cuerpo teórico suficiente, una base de apoyo en las personas que deben compartir este proyecto. Esta base pasa desde las direcciones y mandos intermedios, hasta el personal de atención directa que está implicado en la relación con las personas con discapacidad intelectual a las que ofrecemos servicios. Sin tener esa base y ofrecer una formación específica a todos los protagonistas implicados resulta difícil obtener algún tipo de resultado.
- Y para todo esto es necesario también contar con financiación, algo que se realiza a través de la presentación de este proyecto en diferentes convocatorias de subvenciones y ayudas que surjan.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- El inicio de cualquier proyecto ha de contar con la necesaria implicación de todos y haciendo que resulte ser una apuesta de toda la organización. Olvidarse de este aspecto resulta un hecho crítico en la consecución de los objetivos propuestos en posteriores pasos.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Nos queda en este momento continuar con el resto del proyecto. La fase experimental y el estudio longitudinal previstos, a realizar en los próximos años, así como poder completar la formación del personal implicado a nivel de dirección y de personal de atención directa.

BIBLIOGRAFÍA

AAMR (2002) *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports. 10th Edition* [Traducido al Castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo. Décima Edición.* Madrid. Alianza Editorial].

AENOR, *Normas ISO 9001 y 9004-2.*

Arostegui, I. (2002). *Calidad de Vida y Retraso Mental.* Salamanca: Amaru.

Brofenbrenner, U. (1986). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.

Cummins, R.A. (1997). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: A review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, pág 199 – 216.

Diputación Foral de Bizkaia (2004-2007). *Plan estratégico del departamento de Acción Social*.

Equipo de profesionales de Asprona (2003). *La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas.

Giné, C. (2004). Servicios y calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, Vol. 35 (2), pág. 18-28.

Modelo EFQM de excelencia S. P. y ORG no gubernamentales (2003).

Gardner, J.F. et al (1999). *Quality Performance in Human Services. Leadership, Values and Vision*. Baltimore: Paul H. Brookes.

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Palomo, R. y Tamarit, J. (2000). Autodeterminación: analizando la elección. *Siglo Cero*, Vol. 31 (3) pag. 21-43

Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano en 2003, Madrid: Alianza Editorial].

Schalock, R.L. et al. (2002). La conceptualización, medida y aplicación de calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales: Informe de un panel internacional de expertos. *Siglo Cero*, Vol. 33 (5), pág. 5-22.

Verdugo, M.A. y Jordán de Urríes, F. DE B. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, Salamanca, Ed. Amarú.

Wehmeyer, M.L., Schalock, R.L. (2002). Autodeterminación y calidad de vida: implicaciones para los servicios de educación especial y para los apoyos. *Siglo Cero*, Vol. 33 (3), pag. 15–31.

Wehmeyer, M.L., (2002). Autodeterminación: una visión de conjunto conceptual y análisis empírico. *Siglo Cero*, Vol. 32 (2). Pag, 5-15.

Buenas Prácticas en...

INOUT HOSTEL

Nombre de la entidad: ICARIA Iniciatives Socials, SAL.

Promotor/es de la buena práctica: María José Pujol y Centro Especial de Empleo INOUT Albergue.

Federación a la que pertenece: APPS.

Coordinador o persona de contacto: Ferran Castillo Boltaina.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 2005, 2006...

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

Es el primer complejo turístico de Europa donde el 90% de los profesionales que componen su plantilla tienen algún tipo de discapacidad, mayoritariamente intelectual. INOUT HOSTEL abrió sus puertas a finales del 2004 en Barcelona ciudad.

INOUT Hostel está en una finca de 25 hectáreas de jardines, bosque y zona deportiva con tres edificios situados en ella. Dispone de 184 camas en régimen de habitaciones compartidas y todas sus instalaciones están adaptadas a cualquier tipo de discapacidad.

INOUT Hostel es también un lugar único y privilegiado por estar situado en el Parque Natural de Collserola, a tan sólo 15 minutos de la Plaza de Cataluña en metro. Tal situación permite que en este complejo turístico se puedan compaginar actividades urbanas y medioambientales como en ningún otro lugar de Barcelona.

Otro aspecto destacable de INOUT son los servicios que ofrece al cliente: una amplia zona exterior polideportiva, una zona para juegos infantiles y una zona exterior con solarium y distintas zonas de agua. También una tienda con artículos de primera necesidad, turísticos y *merchandising* de INOUT. Ofrecemos diariamente un amplio repertorio de actividades de animación para mayores de 18 años gratuitas. Un gran atractivo es el restaurante con capacidad para 150 comensales, que ofrece: *buffette-self service* a 5,50 euros o la opción de cestas con comida para llevar en la visitas a la ciudad por el mismo precio; una buena selección de distintos platos como menú del día a 9 euros, que cambia diariamente; carta especial los fines de semana a 15€ y cena *disco show* los viernes y sábados por la noche a 20 euros. Nos adaptamos a dietas especiales, para deportistas, vegetarianas... El restaurante también dispone de un servicio a la carta para banquetes, primeras comuniones, fiestas y celebraciones especiales, alquiler de salas y *coffee break* para empresas y otras organizaciones, según las necesidades de los clientes. Disponemos de tres bares donde se ofrecen durante las 24 horas un completo servicio de cafetería y bar.

Los jóvenes viajeros y las entidades con una filosofía vinculada al deporte y a la naturaleza encontrarán en INOUT un pulmón verde desde donde podrán potenciar sus actividades. Igualmente, las organizaciones corporativas con sensibilidad social encontrarán el lugar ideal donde potenciar sus equipos y celebrar sus reuniones y comidas de trabajo.

ANTECEDENTES

Icaria Initiatives Socials (www.icaria.biz) es una entidad anónima laboral sin ánimo de lucro, creada en 1976 con el objetivo de prestar servicios educativos y de integración social y laboral a las personas con discapacidad intelectual desde la edad temprana hasta la vejez.

En la actualidad disponemos de cuatro servicios directos: la escuela de educación especial Taiga, el centro ocupacional Bogatell, y los centros especiales de empleo Icaria Gráficas e Inout Hostel. En conjunto prestamos servicios a poco más de 300 niños y adultos con discapacidad intelectual.

El origen de INOUT Hostel fue abrir una nueva actividad laboral en un sector

totalmente diferente al que nos hemos venido dedicando los últimos 14 años, en previsión de una potencial amenaza a medio plazo de los 84 puestos de trabajo de nuestro centro especial de empleo Icaria Gráficas, por la aparición de las nuevas tecnologías digitales en las industrias gráficas.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Una vez comprobada la amenaza de las nuevas tecnologías digitales en las industrias gráficas en la Drupa, realizamos un estudio de marketing para descubrir los nichos de negocio existentes en Barcelona.

Descubrimos que el alojamiento y desayuno por menos de 40 euros, cuya demanda proviene de los vuelos de bajo coste y de *inter-rail* en Barcelona ciudad, no estaba cubierta y podía cifrarse en un *target group*¹ de 2.580.000 turistas anuales.

El origen de esta idea fue una pequeña escuela hotel para colectivos con riesgo de inserción laboral en Saint Gallen, Suiza.

PROCESO SEGUIDO

Búsqueda de la finca, de recursos financieros, ejecución de las obras de reforma, formación, selección de personal, contratación y marketing. A nivel económico hemos invertido tres millones de euros, y a nivel de recursos humanos la estructura de la entidad (compuesta por cinco personas), además de padres, tanto del Consejo de Administración, como los miembros de la Junta General.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Nuestro objetivo es conseguir entre 100 y 150 contratos de trabajo entre los directos y los indirectos en inserción laboral en el plazo de 5 años. En la actualidad después de un año y medio de actividad tenemos 46 personas con discapacidad intelectual.

¹ Público objetivo (Nota de la Editora).

Puntos Débiles:

- La inversión necesaria inicial ha sido elevadísima. Los recursos propios de una entidad como la nuestra son muy bajos, por lo que el endeudamiento ha sido tremendo.
- Falta de referencias al ser los primeros.

Puntos Fuertes:

- Somos trabajadores y persistentes porque detrás nuestro, estamos nosotros.
- Nos hemos ido haciendo competentes en marketing y en relaciones públicas.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

- Un impacto de comunicación importantísimo, tanto en prensa, como en radio y en televisión, y no solo a nivel estatal, sino también en Europa y Sudamérica TAN SÓLO CON UNA NOTA DE PRENSA a Europa Press y Efe.
- Un nivel de aceptación y de normalización absoluto entre trabajadores y clientes.
- Un elevado crecimiento personal en una gran mayoría de los trabajadores a nivel de toma de decisiones, capacidad para pensar, capacidad para organizar su tiempo libre sin padres (por los calendarios y horarios laborales).
- Un cambio de actitud de las familias, orgullo por lo atractivo del trabajo de su hijo.
- Trabajo de cara al público...
- Cambio de actitud de las familias para adaptarse a calendarios laborales y horarios distintos a los suyos.
- Mayores oportunidades de desarrollo personal en las actividades laborales desarrolladas en INOUT, que en un trabajo manual o industrial si se comparan las áreas de habilidades adaptativas de la AAMR.
- Trabajo sin supervisión visual, por la magnitud de la instalación y la variedad de trabajos, por lo que se requiere un elevado grado de autonomía y responsa-

bilidad durante períodos de hasta 3 horas continuadas.

- El contacto directo entre trabajador y cliente, obliga al trabajador a pensar y resolver problemas por sí mismo, porque no se puede “pautar” la infinidad de casuística de interacción que se puede producir en el ejercicio de su trabajo.
- Una variedad muy amplia de oficios que permite adecuar un trabajo para cada persona según sus gustos y habilidades: camarero de restaurante, auxiliar de monitor, recepcionista, auxiliar de recepción, auxiliar administrativo, camarero de habitaciones, planchadora, lavandería, auxiliar de mantenimiento, pintor, tapicero, restaurador de muebles, jardinero, animador, barman y vigilante de la zona deportiva y de aguas.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Hemos aprendido que: en el corazón de todos existe este sentimiento:

“Si hemos llegado hasta aquí, no hay vuelta atrás, ¡volveríamos a empezar!, porque es algo especial, y distinto”

Para quien quiera aventurarse:

- Averiguar si hay oportunidad de negocio.
- Contactar con los canales de ventas (plan de marketing).
- Formación y selección de personal.
- Estructuración del trabajo diario y concreción de los soportes necesarios.
- Trabajo con las familias.
- Búsqueda de la ubicación adecuada según el *target group* al que va dirigido.
- Búsqueda de la financiación.
- Búsqueda del director adecuado.
- Plan de acción.

LO QUE SE DEBE HACER

Después de muchos errores, hemos conseguido acertar en los nueve puntos mencionados anteriormente:

- Averiguar si hay oportunidad de negocio.
- Contactar con los canales de ventas (plan de marketing).
- Formación y selección de personal.
- Estructuración del trabajo diario y concreción de los soportes necesarios.
- Trabajo con las familias.
- Búsqueda de la ubicación adecuada según el *target group* al que va dirigido.
- Búsqueda de la financiación.
- Búsqueda del director adecuado.
- Plan de acción.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Contacto tardío con los canales de venta.
- Trabajo con las familias (por el calendario y horarios laborales).
- Financiación de la inversión por encima de lo presupuestado.
- Los tres primeros directores inadecuados.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Prestación de servicios externos, relacionados con los oficios que nuestros trabajadores han aprendido.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

INOUT presenta una cara “bonita”, eficiente, simpática y capaz de la discapacidad intelectual y se convierte en un magnífica oportunidad para que el contacto se produzca.

INOUT ha conseguido convertirse en un “atractivo turístico”. Su personal con discapacidad intelectual y el trabajo que realiza -que algunos señalaban como un posible rechazo-, es (en algunos casos) una de las claves de la motivación de la contratación de nuestros servicios.

El contacto con las personas con discapacidad intelectual, tanto de los jóvenes como de los adultos alojados, provoca cambios sobre el concepto que tenían, y sobre la forma de aceptarlos y valorarlos, al comprobar sus capacidades y competencias.

El impacto también se ha expresado en multitud de medios de comunicación, autonómicos, estatales, internacionales: en todos los diarios provinciales, nacionales, cadenas de televisión (en varios programas), radio estatal y comarcal, en otros países como Alemania, Italia, Noruega, Países del Este, Venezuela, Argentina, etc.

Buenas Prácticas en...

GESTIÓN POR PROCESOS EN VIVIENDA Y RESIDENCIA

Nombre de la entidad: AMADIP.ESMENT.

Promotor/es de la buena práctica: Viviendas tuteladas / residencia (Ester Navallas).

Federación a la que pertenece: FEAPS Baleares.

Coordinador o persona de contacto: José Manuel Portalo.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 2000 - 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

En 2000 identificamos y documentamos procedimientos para el servicio de viviendas (vida diaria, salud y entornos confortables). Estos procedimientos pretendían asegurar unos criterios de servicio, pero no estábamos seguros de que recogieran lo esencial para las personas. Además, estaban redactados al estilo de los clásicos procedimientos ISO y, resultaban documentos largos y farragosos.

En 2002 rediseñamos nuestro esquema de procesos y la forma de documentarlos (procesos a 1 página), centrándonos en lo esencial. En 2003 elaboramos el proceso de prestación de servicio de vivienda y residencia en base a la ISO 9001:2000. Este nuevo proceso nos tenía que ayudar, sobretodo, a determinar lo importante para las personas y asegurarlo, simplificando al máximo y eliminando todo lo que no aportaba valor.

De un proceso centrado en el servicio fuimos hacia otro centrado en la persona,

en su bienestar y calidad de vida.

En 2003 certificamos el proceso de acuerdo a la Norma ISO 9001:2000.

ANTECEDENTES

Desde 1992 AMADIPESMENT presta un servicio de viviendas para personas con discapacidad intelectual de Mallorca. Actualmente atendemos a 66 personas: 54 en la modalidad de vivienda tutelada y 12 en residencia para personas con gran dependencia. En 2006 otras 10 personas reciben servicios de vivienda autónoma y se está ejecutando un proyecto de apartamentos individuales para personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento.

Las principales necesidades que motivan esta práctica son:

- Identificar lo importante para las personas con discapacidad intelectual y asegurarlo.
- Personalizar la atención (espacios, horarios y actividades de la vida en el hogar y en la comunidad).
- Definir la calidad del servicio, especialmente en aspectos, actividades y situaciones clave: acogida, actividades a realizar y forma de organizarlas, respeto del derecho a la intimidad y decisiones personales, administración de las pertenencias, prevención y cuidado de la salud, afectividad, trato, relaciones con la familia, amigos, pareja...
- Favorecer la formación del personal de atención directa, en su incorporación y continua.
- Identificar y aplicar criterios de confortabilidad en las instalaciones.
- Gestionar mejor y de forma más sencilla la información del proceso.
- Vincular el proceso de prestación de servicio al plan de gestión del servicio (que recoge los objetivos estratégicos del servicio y los indicadores de proceso y de resultado).

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Los modelos de referencia han sido:

- Definición y sistema de clasificación de la discapacidad intelectual de la AAMR (1992, 2002).
- Modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo (2002).
- Manuales de buenas prácticas FEAPS (vivienda y residencia).
- Modelo Europeo de Excelencia, EFQM.
- Norma ISO 9001:2000.

PROCESO SEGUIDO

Objetivos

- Revisar e implantar el proceso de vivienda/residencia.
- Favorecer el cumplimiento de los objetivos del servicio (plan de gestión de vivienda / residencia).
- Favorecer otros procesos transversales orientados a la persona con discapacidad intelectual, especialmente el de planificación individual.
- Aplicar sistemas estandarizados de calidad (ISO 9001:2000).
- Adecuar la tecnología a las necesidades de las personas: información en tiempo real sobre la persona y familia, plan individual, servicios médicos, cambios de medicación, gestión de cajas de la vivienda...

Actuaciones

- Debatir sobre los aspectos esenciales del servicio, identificar y definir lo importante.
- Elaborar procedimiento a 1 página, instrucciones y registros.
- Formar a todo el personal e implantar el proceso.

- Seguimiento de los indicadores del proceso y de resultado (clave, clientes y personal) en comité mensual.
- Evaluar la satisfacción de las personas con discapacidad y sus familias.
- Auditar el proceso de forma interna y externa (certificación ISO 9001:2000).
- Implantar los sistemas de información adaptados al proceso.

Recursos

Recursos humanos: todo el personal de atención directa, la coordinadora del servicio, responsable de calidad, gerencia y el resto del equipo del área social (personal de atención directa en los servicios de día - ocupacional, empleo en CEE, trabajo con apoyo, coordinadores de servicios, técnicos de valoración...).

Recursos físicos: instalaciones de las viviendas, sede central, equipamiento informático (viviendas conectadas al servidor central).

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Se ha implantado en toda la organización.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Indicadores de evaluación utilizados

El plan de gestión del servicio de vivienda / residencia incluye indicadores de resultado y de proceso, ordenados en base al modelo EFQM. El seguimiento de los indicadores de proceso, junto a los resultados de las auditorías y evaluaciones (satisfacción de usuarios y familias, personal y proveedores), ayudan a instaurar las correcciones y mejoras sobre el proceso. Los indicadores del plan de gestión de vivienda / residencia son:

- Usuarios / incorporaciones / bajas / lista espera.
- Planes individuales revisados, objetivos planificados y alcanzados.

- Objetivos planificados y alcanzados por áreas: autocuidado, vida en el hogar, ocio, relaciones (amistades, pareja, familia...), entorno y recursos, salud (prevención / cuidados)...
- Servicios médicos realizados.
- Índice de confortabilidad.
- Índice de satisfacción de usuarios y familias, que incluye la valoración de: instalaciones y materiales, horario y calendario, actividades, compañeros, impacto del servicio en la calidad de vida de la persona, preparación del personal, trato del personal, atención a demandas, personal técnico y satisfacción general.
- Índice de imagen personal (según cuestionario).
- Quejas.
- Incidencias / incidencias cerradas.
- Bajas voluntarias.
- Índice satisfacción del personal.
- Absentismo del personal.
- Horas de formación del personal.
- Tasa de accidentabilidad.

Impacto sobre las personas con discapacidad intelectual y otros grupos de interés

El nuevo proceso ha tenido un impacto directo sobre la vida de las personas con discapacidad intelectual. Algunas evidencias de impacto sobre la calidad de vida de las personas:

Derechos: a la intimidad (estar en una habitación individual, cerrar la puerta...), derecho a elegir el monitor de apoyo (referente)...

Bienestar material: tener y disponer las propias pertenencias, administrar el dinero, tener espacios personales y propios (cuadros, fotos...), aplicación de crite-

rios de confortabilidad...

Bienestar físico: objetivos individuales de salud preventiva.

Bienestar emocional: adaptación del entorno y actividades a la persona (poder elegir un cambio de vivienda).

Desarrollo personal: hábitos de vida en el hogar, de autonomía personal...

Relaciones: elegir los amigos y poder estar con ellos, vivir en pareja...

Inclusión social: pasear por el barrio, relacionarse con los vecinos, participar en las actividades de la comunidad...

Autodeterminación: que las personas sean las que digan lo que hay que hacer, no los monitores (asamblea para elegir las actividades de fin de semana), respeto a las opciones individuales (si uno quiere algo distinto que los demás, otra actividad, otra comida..., puede elegirlo).

Los usuarios y las familias están más satisfechos (resultado de 4,7 sobre 5 en 2005 respecto a 4,2 en 2004 y 4,0 en 2003).

El personal está más satisfecho y mejor formado, el servicio contribuye a la inclusión y sensibilización social, y, en general, el nuevo proceso contribuye a que la organización responda mejor a su misión.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Elementos de interés para otras entidades o centros

- Integrar en una hoja todos los elementos del proceso.
- Vinculación sistemas de gestión de indicadores (cuadro de mando integral) y de procesos. Los indicadores del proceso se integran en el plan de gestión del servicio de vivienda.
- El proceso ayuda a detectar las necesidades de formación del personal, y con-

tiene los elementos y materiales para esta formación.

- Sinergia entre el proceso de planificación individual y el de prestación de servicio de vivienda. El plan individual es el elemento de revisión y mejora de la atención a cada persona.
- Instauración de elementos innovadores para favorecer la autodeterminación, como la asamblea para planificar las actividades.
- Se ha conseguido simplificar la gestión de la información, así como que la informática resuelva las necesidades críticas (por ejemplo, en salud). La información no se pierde, ni distorsiona ni duplica. Está ahí donde se necesita en el momento que se necesita.

Claves del aprendizaje

- Definir un proceso de atención global y claramente orientado a la persona con discapacidad intelectual.
- Integrar en el proceso todos los instrumentos para la planificación del servicio (actividades, recursos...), el cumplimiento de las especificaciones legales (pliegos técnicos de los conciertos), la prestación del servicio (atención a las áreas de la vida de la persona), la gestión del personal de atención (funciones, adecuación de la estructura...) y la mejora continua.
- Desarrollar un ciclo de mejora continua en el servicio (planificación - despliegue - evaluación, aprendizaje y mejora).
- Simplificar y asegurar la gestión de la información, adecuando la tecnología a las necesidades de las personas.
- Desplegar de forma aplicada el plan estratégico, estableciendo una clara relación entre el proceso y sus indicadores, con los indicadores del plan de gestión del servicio y los del plan estratégico corporativo.
- Dejar espacio en el proceso para incorporar elementos innovadores (por ejemplo, la asamblea semanal).

LO QUE SE DEBE HACER

- Destinar la mayor parte de recursos (tiempo, personas,...) a debatir y consensuar lo esencial para las personas con discapacidad intelectual y sus familias y asegurarlo.
- Simplificar. Formar. Aprender y mejorar.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Dar el mismo valor a lo importante y a lo que no lo es.
- Escribir muchos papeles.
- Dar más peso a la certificación que a la mejora.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Seguir mejorando la atención a las personas, especialmente desde los paradigmas de calidad de vida y autodeterminación.

Buenas Prácticas en...

LA METODOLOGÍA DE LA AUTOFORMACIÓN EN ULIAZPI

Nombre de la entidad: Uliazpi (Organismo Autónomo de la Diputación Foral de Gipuzkoa “Fundación Uliazpi”).

Promotor/es de la buena práctica: Uliazpi.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador o persona de contacto: José Ramón Iturrieta Gutiérrez, Responsable de Recursos Humanos.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde 1993 hasta la fecha.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

La buena práctica consiste en el empleo generalizado de una modalidad de autoformación, complementaria a otros tipos de formación, tales como la formación “tradicional” (cursos, visitas y congresos) y las reuniones y grupos de trabajo que se vienen llevando a cabo en Uliazpi desde hace más de diez años y que, entre todas ellas, conforman el Plan de Formación anual.

Los denominados Módulos de Autoformación -en este momento son 36- consisten, en su conjunto, en una serie de temas relativos a las diversas materias que consideramos que el personal debe conocer para estimar que está capacitado en las mismas y trabajar así conforme a los criterios, premisas e instrucciones que en dichos módulos se recogen. Es decir, pretende garantizar que el personal, en su quehacer diario, esté capacitado, o al menos formado, para hacerlo de forma correcta. Estos módulos constan, cada uno de ellos, de una presentación de las

capacidades que deben adquirirse o demostrarse, de una parte teórica (texto) y de un cuestionario final, tipo test, que el trabajador debe responder adecuadamente para considerar que ha superado ese tema y está capacitado para trabajar conforme a lo indicado en él. Hay módulos que, además del texto o parte teórica, tienen imágenes (fotos o vídeos), pósters ilustrativos u otros soportes distintos al texto. Todos los módulos tienen asignado un tiempo estimado para su preparación, considerando que con ese tiempo es suficiente para la correcta realización y superación del test. Para la asignación inicial de dicho tiempo a un módulo, varias personas lo realizan y en función del tiempo empleado se decide en cuánto ha de consistir. Asimismo, todos los módulos tienen asignado un encargado de su actualización y uno o varios tutores. Unos y otros son profesionales de la organización, adscritos a los distintos temas por razón de la materia.

Están agrupados por áreas: así, hay un grupo de módulos que constituye los denominados básicos (introducción; cuestiones generales de la organización; régimen interno; misión, visión y valores; cuestiones básicas sobre la discapacidad intelectual); otro grupo es el de comprensión en intervención ante conductas problemáticas; otro, el de familias; aspectos médicos; pautas asistenciales; comunicación; autodeterminación y elección; alimentación; higiene postural (del trabajador); envejecimiento, etc. Actualmente están en preparación nuevos temas. De ello se encargan los distintos profesionales de nuestra organización.

También ha servido para establecer qué módulos son necesarios para cada categoría profesional, es decir, que su realización se considera obligatoria. Así, por ejemplo, todo el personal que ingresa en Uliazpi ha de pasar, bien durante el período de prueba, bien durante el período de prácticas y formación previo al inicio de la prestación de servicios, los cinco primeros módulos, los denominados básicos o de cuestiones generales.

Además del enfoque formativo del trabajador, de su capacitación, conlleva otro enfoque de motivación. Si bien la formación en sí tiene este efecto motivador, compensar la realización de estos módulos –y de otras acciones formativas– en descanso, cuando se realicen fuera de horas de trabajo, añade un “plus” de motivación. De ahí, de los dos enfoques, resulta que todos los temas o módulos tengan asignado su tiempo estimado de realización y superación. Asimismo, esta formación es valorada tanto en la selección, como en la promoción interna y movilidad (incrementos de jornada anual o traslados).

Este sistema, que puede ser tan amplio como se considere necesario, pues siempre hay materias que abordar, permite a su vez ir configurando un cuerpo de material formativo, de conocimientos, completo, interdisciplinar, y exportable a otras organizaciones, en algunos casos directamente y en otros con una pequeña tarea de adaptación a las especificidades o peculiaridades de cada organización.

ANTECEDENTES

El modelo y la experiencia que nos sirvieron para su implantación fue “importado” por Uliazpi del Institute for Applied Behavior Analysis (IABA) de Los Angeles, California (USA). Los primeros módulos fueron comprados a dicho Instituto y luego traducidos aquí. Posteriormente, los restantes módulos han ido siendo elaborados en su totalidad por esta entidad.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

La necesidad de formación y capacitación del personal, la de garantizar que nuestros profesionales estén formados y capacitados para la realización de su trabajo en todas sus facetas, la motivación de esos profesionales, su participación; en definitiva, la necesidad y voluntad de mejora continua, de contribuir por esta vía a prestar el servicio mejor posible es lo que impulsó definitivamente su implantación.

PROCESO SEGUIDO

Tuvimos conocimiento de este sistema gracias a la estancia formativa de una de nuestras profesionales en EE.UU.. Ello nos llevó a adquirir los primeros módulos del sistema. No obstante, su traslación directa a una organización en Europa, concretamente al País Vasco, requería no ya sólo de una costosa labor de traducción sino también de adaptación a unos usos y costumbres socio-laborales, a un marco jurídico distinto, en el cual algunas consideraciones estadounidenses no tienen cabida, tanto por cuestión de mínimos como de máximos, es decir, en sentido positivo o negativo.

Efectuada la adquisición, traducción y adaptación de los primeros módulos se procedió al diseño del funcionamiento del sistema. Previamente se informó al comité de empresa sobre el sistema y su implantación, y se mantuvieron reuniones informativas con todo el personal. Inicialmente hubo recelos, así algunas personas se sentían intranquilas al pensar que “te iban a examinar”, otros “por si acaso”, es decir, simplemente porque siempre recelan. Cuando el sistema se puso en funcionamiento y se fue consolidando todos estos recelos desaparecieron: unos porque vieron que no había que “examinarse”, otros porque vieron el lado positivo de las compensaciones –en descanso- cuando había lugar a ellas, y otros porque su recelo ya no tenía réditos al haber sido aceptado por la generalidad del personal. Es más, se demandaba la realización de módulos.

Es de señalar también que, desde su puesta en marcha hasta su funcionamiento tal como es ahora, se sucedieron determinadas decisiones que fueron modelando el sistema actual. Una de las claves que impulsó su regulación fue la decisión de compensar, como ya hemos dicho, el tiempo empleado en la realización de cada módulo o grupo de módulos. Así, se vio la necesidad de asignar un tiempo máximo para su realización; se asignó a cada categoría profesional los módulos cuya superación era obligatoria o simplemente conveniente; se marcaron objetivos en los planes de gestión, tales como porcentajes de plantilla que debían tener superados determinados módulos; asimismo, las directrices para elaborar el Plan de Formación anual indicaban qué módulo o módulos había que abordar en cada ejercicio; se determinaron tutores y encargados de actualizar los distintos módulos; se fijó la valoración que tendrían en los procesos de movilidad y promoción. Posteriormente se creó una base de datos para registrar los módulos que realiza cada persona, cuándo los realiza y cuánto tiempo le supone; por otra parte, los módulos en sí se encuentran a disposición de todos en una aplicación informática (Intranet) para su consulta y, asimismo, sirve para la actualización permanente de los mismos.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Hoy es el momento en que esta práctica, tal como se ha descrito anteriormente, está totalmente implantada, es una práctica generalizada. Cuenta con una regula-

ción exhaustiva y es perfectamente conocida y asumida por la totalidad de la organización. Por otra parte, nos encontramos en trámites de registrar la propiedad intelectual de la obra.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Algunos indicadores que utilizamos en el marco del proceso de formación (gestión por procesos) y dentro del Cuadro de Mando Integral son los siguientes:

- Número total de horas de formación impartidas.
- Número de participantes en acciones formativas.
- Porcentaje de horas desarrolladas respecto del total previsto.
- Porcentaje de horas/acciones de formación que corresponden a las líneas estratégicas.
- Grado de participación en la valoración y proposición de acciones formativas.
- Grado de ejecución de la partida de formación.
- Grado de satisfacción del personal con la formación recibida.
- Aplicabilidad de la formación recibida.
- Porcentaje del PAD que ha acreditado la totalidad de módulos de autoformación correspondientes.

El impacto de esta práctica en las personas con discapacidad intelectual es muy relevante, puesto que tiene que ver con la capacitación y la motivación para proporcionarles los apoyos que necesitan de una manera más adecuada. El impacto es directo y claro en la organización ya que posibilita una gestión del conocimiento y una cultura compartida entre todos los profesionales de la misma.

Además, nos garantiza que nuestros profesionales están formados y capacitados para la realización de su trabajo en todas sus facetas y promueve su motivación, participación y mejora continua. Lo utilizamos para efectuar la acogida de los nuevos profesionales dotándoles de la información y formación básicas para el

desempeño de su trabajo. Para formar a todos los profesionales en los contenidos teóricos y competencias prácticas fundamentales según su categoría, y para facilitar acciones autoformativas que no precisan de profesor externo y retribuido salvo la participación parcial de un tutor de la propia organización.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Un punto fuerte es, en sí, la metodología de autoformación ya que posibilita que el profesional pueda, individualmente, o de forma más habitual en pequeños grupos, leer y trabajar los contenidos y competencias básicas para su trabajo sin la presencia constante de un profesor, tan sólo con la participación parcial de un tutor de la propia casa. Otro punto fuerte es poder contar con unos materiales de formación útiles y muy adaptados a la realidad de nuestros centros y de la población que atendemos.

Un punto débil, si es que se puede entender como tal, es la necesidad de actualización periódica de los materiales y de ir afrontando progresivamente más temas. Ello conlleva dedicación, tiempo y conocimientos de nuestros profesionales para la elaboración de nuevos módulos y para ejercer las tutorías.

La posibilidad de que nuestra experiencia sea transferida es alta. No obstante, nos preocupa el uso que se pueda hacer de ella. Es decir, es nuestra intención proteger el material que hemos ido elaborando para que no sea objeto de tráfico lucrativo o comercial. Ello no quita que nuestro deseo sea también compartir nuestros conocimientos con la sociedad en general y con el sector de los servicios sociales y con FEAPS en particular.

LO QUE SE DEBE HACER

- Es de gran importancia que la dirección convenza a mandos y a técnicos de la conveniencia de llevarlo a la práctica, de implantarlo.
- Resulta de suma importancia informar a la totalidad del personal, de forma presencial si es posible, del qué y el para qué, es decir, en qué con-

siste y qué objetivos se persiguen, así como a la representación legal de los trabajadores.

- El diseño del sistema debe ser, si ello es posible, consensuado o, al menos, negociado.
- Hay que prever las consecuencias organizativas, de atención del servicio, que su desarrollo puede tener: dedicación de profesionales a esta actividad, sustitución de las compensaciones en descanso que se generen, mantenimiento de los soportes informáticos de gestión, creación de nuevos temas...
- Y sin olvidar los costes económicos que todo ello supone.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- La implantación de este sistema sin dar algunos de los pasos descritos en el apartado anterior puede llevarnos a una situación de oposición, de no aceptación, ya sea del colectivo de mandos, o del de técnicos, o del personal en general, que nos podría conducir al fracaso. Es fundamental la participación y la información de todos los colectivos o partes implicadas. La implicación de la representación legal de los trabajadores, si importante y conveniente, es más imprevisible. Pero, a pesar de ello, puede lograrse su consolidación y terminar convenciendo, por la vía de los hechos y los resultados, a aquellos que, al principio, no lo “veían”.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Debemos consolidar el sistema día a día, trabajando en el convencimiento de que es una herramienta válida y recordándolo al colectivo competente para elaborar el Plan de Formación. Por tanto, hemos de continuar como hasta ahora, pero añadiendo nuevos temas y nuevos módulos de autoformación, pues ello contribuirá a demostrar a los integrantes de la organización que el sistema está vivo, sirve, y se adapta a nuestras necesidades.

En esta línea, actualmente estamos trabajando en la elaboración de módulos sobre temas como duelo, afectividad y sexualidad o salud mental.

También estamos tramitando la propiedad intelectual de los materiales y, posteriormente, estudiaremos alguna fórmula para que otros profesionales y organizaciones puedan acceder a ellos.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

Nos parece que es un complemento ideal a las acciones formativas externas (cursos, visitas, congresos) y de relativamente menor coste que éstas. Además los materiales están siempre a disposición del profesional para su consulta. También consideramos que, por un lado, las posibilidades formativas se amplían y, por otro, este tipo de formación “autoinstructiva” es más barata y además muy ajustada a la realidad concreta de nuestros centros y muy adaptada a las necesidades reales de las personas que atendemos.

Buenas Prácticas en...

PROCESOS OPERATIVOS EN LA ESCUELA TALLER SANT MIQUEL

Nombre de la entidad: Associació Taller Sant Miquel (ATSM).

Promotor/es de la buena práctica: Servicio de Garantía Social (Escuela Taller Sant Miquel), Fundació Xamfrà-Sant Miquel, Auditorías de Germanisher Lloyd y de Applus.

Federación a la que pertenece: APPS.

Coordinador o persona de contacto: Immaculada Pericas (directora de ATSM).

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Curso escolar 2004-2005.

Otros datos que se consideren relevantes: El Servicio de Garantía Social (Escuela Taller Sant Miquel) de la Associació Taller Sant Miquel está certificado en ISO 9001 desde febrero de 2003.

LA BUENA PRÁCTICA

Se sitúa en la escuela Taller Sant Miquel concretamente en el curso escolar 2004-2005. La Escuela Taller Sant Miquel corresponde a uno de los cuatro servicios que ofrece la Associació Taller Sant Miquel a personas con capacidades diferentes, desde 1972. La buena práctica fue la solución encontrada en su día para resolver un problema de gestión. Consistió en mejorar y adecuar los procesos operativos del Servicio de Garantía Social, identificados, y establecidos procedimentalmente desde el curso 2001-2002, cuando se diseñó el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en la asociación y este ajuste supuso un cambio substancial en su mapa de procesos.

ANTECEDENTES

En el curso 2001-2002 se diseña el SGC de la Associació Taller Sant Miquel, y en febrero 2003, después de un año de implantación los servicios de Garantía Social, Itinerarios Laborales y Centro Especial de Empleo logran su propia certificación en ISO:9001. En la Escuela Taller Sant Miquel (Servicio de Garantía Social) se identifican 12 procesos operativos que articulan su “producto”, a saber, la formación integral, personal y prelaboral de personas con capacidades diferentes.

Aquellos doce procesos iniciales que habían sido identificados desde una óptica muy entusiasta entre todo el equipo humano, en la práctica diaria supusieron una importante dificultad a la hora de ser evaluados. Éstos eran los procesos:

1. Entrada, matriculación y seguimiento
2. Autocuidado
3. Uso de la comunidad
4. Habilidades del hogar
5. Destrezas cognitivas
6. Destrezas motrices
7. Comunicación
8. Habilidades intra personales
9. Tiempo libre
10. Habilidades sociales
11. Salud
12. Habilidades prelaborales

Sin lugar a dudas, su transversalidad era su valor añadido, pero fue también un obstáculo para ser evaluados e identificar indicadores. Con ellos se deseaba articular, operativamente hablando, un producto tan intangible como “la formación integral de nuestros alumnos” en el marco y respeto de nuestro Proyecto Curricular de Centro (PCC) y quizás constituyeron un diseño más teórico que

práctico, o al menos no fue un diseño eficaz, ya que no facilitó datos útiles a partir de los cuales poder contabilizar indicadores, evaluar los procesos y el servicio.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Se puso de manifiesto que las mediciones, seguimientos y evaluaciones de los procesos y de los alumnos no se integraban suficientemente, no permitían la mejora, eran estériles en cuanto a datos útiles para la gestión del Sistema. Los alumnos aprendían, los docentes enseñaban, pero el sistema se estancaba..., las medidas correctivas no daban los resultados esperados en la gestión y nos planteamos “el cambio de los procesos operativos en la Escuela”.

Las evaluaciones eran poco productivas desde el punto de vista del servicio, sin menoscabo de los niveles formativos y sus resultados que, por otra parte, seguían siendo exitosos. Durante los años 2002, 2003, 2004 y 2005 las inserciones en el mundo laboral de nuestros alumnos se mantuvieron muy satisfactorias. La media de casos insertados en el período mencionado alcanza un 70% (35% en empresa ordinaria y 35% en centros especiales de empleo).

Estamos convencidos de que, al margen de las dificultades, aquel fue un buen inicio. Después de dos cursos escolares de actuación teníamos datos suficientes para identificar mejoras, y así lo hicimos).

PROCESO SEGUIDO

Ajuste de especificaciones

Se revisaron y rediseñaron los procesos acercando un poco más el modelo tomado en el 2001 a las operativas cotidianas y sobre todo a la organización por talleres que tiene la escuela (demanda explícita del equipo docente). Para ello se creyó oportuno revisar también el modelo teórico que, sin abandonarlo, actualizamos a la luz de la nueva definición sobre retraso mental de la AAMR del 2002, ofreciéndonos un marco referencial más actual. Su mayor aportación fue la nueva dimensión -Participación, Interacciones y Roles Sociales-, que nos permitió ajustar perfectamente nuestras especificaciones: formación integral, personal y labo-

ral de personas con capacidades diferentes. Las “4 P”: Personalizada, Práctica, Permanente y Participativa.

Ajuste a la metodología de los docentes. Los espacios de las acciones formativas

La labor de análisis tuvo como punto de partida, al margen de las dificultades de evaluación de los procesos en relación a la formación impartida y al aprovechamiento de los alumnos, los espacios físicos donde se realizaban las actividades formativas. Fue un planteamiento muy simple, pero eficaz. Los espacios, simples contenedores materiales de acciones, de alguna manera recogían una serie de contenidos formales determinantes en el proceso formativo: 1) los talleres, 2) las aulas, y 3) otros espacios donde se realizan un conjunto de actividades más relacionadas con la autonomía personal; se trata de espacios externos o polivalentes como el comedor, espacios de tiempo libre, espacios donde se realizan actividades por encargo como los negocios del pueblo, la oficina de correos, las entidades bancarias, el ayuntamiento, o bien espacios con el propio grupo taller, como las asambleas donde se trabaja la participación y las opiniones personales o las tutorías donde alumnos, padres y profesores realizan tareas de puesta en común y apoyo mutuo.

De los espacios a las operaciones específicas

Las tres topologías de espacios facilitaron identificar tres tipologías de actividades o, mejor dicho, operaciones:

- Aprendizajes y capacidades escolares
- Aprendizajes y capacidades pre-laborales
- Aprendizajes en capacidades para la vida autónoma

Así se pasó sin demasiadas dificultades a identificar tres grandes operaciones o procesos: Aula, Autonomía y Talleres. Las actividades específicas realizadas en los talleres sugirieron dividir “Talleres” en otros tres: carpintería, confección y jardinería. Llegamos así al nuevo Mapa de Procesos, vigente a día de hoy, que se articula en seis procesos operativos:

1. Entrada, matriculación y seguimiento

2. Aula
3. Autonomía
4. Taller de carpintería
5. Taller de confección
6. Taller de jardinería.

Hay que señalar que cada operación o proceso operativo identificado contempla sus propias actividades de las cuales cada responsable de proceso (docente) realiza una planificación en el respeto de las especificaciones mencionadas (4P) y el PCC del centro. Partir de esta unidad de criterios agilizó el trabajo en busca de una evaluación más eficaz de los niveles de concreción que nuestro Sistema de Gestión de la Calidad ha querido contemplar, bien sea del alumno, del proceso, del producto o del mismo servicio.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Después de un año de implantación del nuevo Mapa de Procesos en el Servicio de Garantía Social, la implantación se ha logrado en un 100%, no así en las expectativas que todo el equipo humano había puesto en este cambio. Todos estamos satisfechos con la identificación realizada, el nuevo mapa de procesos es operativo y a día de hoy nos enfocamos a mejorar los procesos en dos aspectos: las observaciones iniciales (herramienta de diagnóstico, facilitadora de la planificación y posterior evaluación del alumno) y los ítems de proceso que nos aportarán datos útiles para los indicadores de servicio. Mejora en la que estamos trabajando actualmente (objetivo de calidad - Plan de Calidad 2006).

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

En los datos presentados se debe considerar que los referidos al 2003 reflejan una situación de consolidación de la implantación de todo el Sistema de Gestión de la Calidad y de su andadura inicial. La evaluación de la mejora los tuvo en cuenta en este sentido, cuando se comparan con los del 2004. Se introdujo también un

cuarto indicador, de carácter económico que no puede considerarse directamente relacionado con la mejora, ya que el Servicio realizó en 2005 acciones económicas que nada tienen que ver con las actividades de mejora presentadas. Los indicadores tomados fueron los siguientes:

Indicador I: N° No Conformidades en el servicio y % respecto al n° total de NC de la entidad

Se redujeron las no conformidades en general del servicio de Garantía Social respecto a la totalidad de la entidad en un 14% (del 41% al 27%).

Indicador II: N° NC en los procesos operativos de GS y % respecto al n° total de NC del servicio de Garantía Social

Se redujeron las no conformidades específicas de los procesos operativos del 2004 al 2005 en un 11% (del 76% al 65). El equipo humano también se encontraba mucho más sensibilizado en la detección de las mismas.

Indicador III: N° Objetivos PEI conseguidos

Se tuvo gran interés en seguir y controlar los resultados obtenidos con los alumnos durante ese curso, para detectar cualquier interferencia que el proyecto de mejora pudiera suponer en la eficacia de la acción docente. Los resultados no divergieron de los “normalmente obtenidos”, se mantuvieron entre el 90-100%, ni siquiera hubo consecuencias destacables en el servicio de “Itinerarios Laborales” que establece sus actividades con los alumnos salientes de la escuela. Aquel año Itinerarios Laborales mantuvo sus índices de inserción en los términos aceptados como eficaces.

Indic.	2003		2004		2005	
I	10 NC	22%	30 NC	41%	23 NC	27%
II	7 NC de las 10,	70%	23 de las 30,	76%	15 de las 23,	65%
III	60 de 66,	90 %	63 de 70,	90%	68 de 72,	94%

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

- Partir de la propia realidad.
- Tener y recoger datos cuantitativos que nos orienten y nos permitan ajustes antes, durante y al final de la mejora.

LO QUE SE DEBE HACER

- Trabajo en equipo y conocer la globalidad de la acción.
- Un sistema y unos hábitos de Comunicación fluida.
- Permitirnos tener tiempo para reflexionar, planificar y analizar resultados.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Tener prisa en resolver las situaciones críticas. ¡Esperar prudentemente antes de tomar decisiones!
- El copiar y pegar no resuelve los problemas propios. ¡Mejor conocer!
- Perdernos en la visión independiente del proceso desconectado del resto del Sistema, el Servicio y la Entidad. ¡Un proceso operativo no debe ser un reino de taifas, sino una pieza más del puzzle!

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Mejorar las evaluaciones de los procesos versus los datos que necesitan los Indicadores de Servicio.

Ajustar las herramientas de diagnóstico (observaciones iniciales).

Buenas Prácticas en...

EL TALLER ITINERANTE COMO INSTRUMENTO PARA LA CONSOLIDACIÓN DE UN SERVICIO EN ZONA RURAL

Nombre de la entidad: APANAS.

Promotor/es de la buena práctica: Director del C.O. “Cobisa” perteneciente a la asociación APANAS, personal de los Servicios Sociales de la zona PRAS de Calera y Chozas y la Jara.

Federación a la que pertenece: FEAPS Castilla – La Mancha.

Coordinador o persona de contacto: Luis Vázquez García, director del C.O. “Cobisa” de la asociación APANAS.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 1995, 1996 y 1997.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

En colaboración con los Servicios Sociales de la zona PRAS (Plan Regional de Acción Social) de Calera y Chozas y la comarca de la Jara, en 1995 la asociación APANAS elaboró el “Proyecto de Intervención Social con Personas Discapacitadas”, con el fin de conseguir la mayor integración posible de este colectivo en el medio rural. Se trataba de “exportar” los servicios del centro ocupacional existente en ese momento a otras zonas rurales deprimidas y sin recursos, pero con las mismas necesidades, extendiendo así la labor rehabilitadora del centro ocupacional a otras personas de la comarca.

Para ello, periódicamente se llevaron a cabo talleres itinerantes en distintas localidades de la comarca. En estos talleres, a modo de “pre-taller”, se invitaba a

que las personas con discapacidad intelectual participaran. Además, desde una perspectiva más global se planificaron otras dos acciones para completar y dar sentido a la labor de estos talleres itinerantes:

- Actividades de ocio y tiempo libre, así como jornadas de convivencia abiertas a todas las personas con discapacidad y sus familias.
- Jornadas de sensibilización dirigidas a toda la población en general.

El objetivo era dar respuesta a una necesidad latente que existía, pero que nadie manifestaba: “despertar” la necesidad en familias y usuarios para lograr su integración). Sabíamos que “la montaña no iba a ir a Mahoma, sino que Mahoma tenía que ir a la montaña”. Por eso, con los talleres itinerantes y el resto de acciones programadas, nos acercamos a las familias y a los posibles usuarios. También tratábamos de concienciar e implicar a los ayuntamientos y servicios sociales sobre esta necesidad y, en definitiva, ofrecer una alternativa a las personas con discapacidad intelectual, ya que su única opción en aquel entonces era permanecer aislados en el núcleo familiar.

Hasta ese momento el modelo de servicio era un centro fijo y estático ubicado en una localidad. Quizás lo innovador fue acercar este servicio a los usuarios en su misma población o en una población cercana, para no perder lo que a cualquier persona le aporta vivir en su ambiente natural y familiar.

ANTECEDENTES

El Centro Ocupacional “Cobisa” (Calera y Chozas) fue creado en 1983, es de titularidad municipal y está gestionado desde 1989 por la Asociación Provincial APANAS de Toledo. En el año 1995 asistían al centro únicamente 8 usuarios, todos ellos residentes en Calera y Chozas. En otros pueblos de la comarca no existían alternativas para las personas con discapacidad intelectual. Estas personas se mantenían aisladas en su entorno familiar sin expectativas de futuro. Tan sólo algunas optaban por acudir a algún centro de Talavera de la Reina. Además, en ese momento las familias de las personas con discapacidad intelectual no demandaban ningún servicio, probablemente por el desconocimiento que tenían sobre el tema. En este sentido, no había asociacionismo entre estas familias y los servicios sociales de la zona se centraban exclusivamente en la tercera edad. Sin embargo,

como hemos dicho anteriormente, en el colectivo de personas con discapacidad intelectual y sus familias existía una necesidad no manifiesta, pero real.

Con la buena práctica se consiguió dar a conocer la labor de los centros ocupacionales a la hora de satisfacer necesidades de usuarios potenciales y sus familias.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

A través de de los propios profesionales del centro ocupacional “Cobisa” y de los Servicios Sociales de la zona se realizó un estudio en el que se detectó la existencia de un importante número de personas con discapacidad intelectual en la comarca, y que estos usuarios potenciales y sus familias tenían necesidades no cubiertas. Como ya hemos apuntado, en su mayor parte se trataba de personas que vivían con sus padres, la mayoría de ellos ancianos, y que no realizaban ninguna actividad concreta en su vida cotidiana. Muchos de ellos nunca habían asistido a ningún centro, y aunque algunos habían estado durante su infancia y juventud en centros de alguna gran población, desde hacía años permanecían en sus municipios con sus familiares sin la posibilidad de recibir ningún tipo de atención.

PROCESO SEGUIDO

En el desarrollo de la buena práctica se llevaron a cabo tres actuaciones de forma simultánea:

Talleres itinerantes

En estos talleres se realizaban actividades ocupacionales sencillas y que resultarían motivadoras. En 1995, 1996 y 1997 durante tres meses se hicieron talleres dos veces por semana en dos municipios de la zona. La duración de cada taller era de cuatro horas y en ocasiones también se contemplaban actividades pedagógicas para la adquisición y desarrollo de hábitos personales de la vida diaria. Las personas que participaron por primera vez en un taller de este tipo se sintieron útiles y atraídas por estas actividades.

Actividades de ocio y tiempo libre.

Principalmente se programaron excursiones, actividades lúdicas y jornadas de convivencia. Estas actividades tuvieron un enorme éxito. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los participantes nunca habían tenido la oportunidad de salir de su pueblo, y por ello les resultó especialmente grato participar. Es importante señalar que sobre todo se consiguió que las familias y los usuarios se conocieran entre sí, que pudieran compartir sus experiencias, sus inquietudes, sus problemas y también sus deseos.

Jornadas de sensibilización

Estas jornadas iban dirigidas a toda la población en general, con el objetivo de concienciar sobre la situación de las personas discapacitadas y la necesidad de integración. Se hicieron distintos encuentros y actividades con los escolares, mesas redondas con vecinos y otras actividades como una obra teatral representada por personas con discapacidad.

En cuanto a los recursos empleados durante el proceso podemos resumirlos básicamente en recursos humanos (monitor de centro ocupacional, Servicios Sociales de la zona PRAS, voluntarios y animadoras socioculturales) y recursos materiales (unidad de transporte y locales cedidos por los ayuntamientos a los que se acudía).

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Se ha conseguido pasar de una situación en la que había necesidades no cubiertas y un servicio poco conocido y poco consolidado, a una situación actual en la que dos centros están muy integrados en el medio rural. A nivel social se percibe un cambio positivo en la actitud de los vecinos hacia las personas con discapacidad intelectual.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Algunos indicadores que dan cuenta de las mejoras que se han conseguido a través de la buena práctica son:

- **Nº de usuarios y familias** que se integraron: se pasó de 8 a 20 usuarios en el centro ocupacional de Calera y Chozas. Se creó un centro nuevo en la localidad de Gargantilla con 9 usuarios.
- **Nº de Centros y Servicios para personas con discapacidad intelectual:** se creó un nuevo centro y se amplió el que ya existía.
- **Elevado nivel de participación** en todas las actividades.

Con el conjunto de acciones llevadas a cabo se logró el objetivo inicial, es decir, revitalizar con nuevos usuarios el Centro Ocupacional “Cobisa” de Calera y Chozas. Así, a día de hoy son 20 las personas que diariamente acuden al centro y participan en la amplia gama de actividades que se llevan a cabo: reparación de calzado, tampografía-serigrafía y rotulación, así como en los programas educativos y actividades complementarias.

Además, superando nuestras propias expectativas iniciales, las personas con discapacidad intelectual disponen de un recurso nuevo en la zona de la Jara: el Centro Ocupacional “Gargantilla”. Podemos afirmar que en la actualidad este centro está totalmente integrado en el entorno de esa pequeña localidad, dando un servicio de lavandería a un pequeño hotel, a una residencia de tercera edad y a algunos particulares que ya son mayores.

Consideramos que desde la asociación APANAS estamos contribuyendo a la mejora de la calidad de vida usuarios y familias de zonas rurales, integrándolos en el movimiento asociativo y posibilitando que reciban servicios que con anterioridad ni siquiera se planteaban como necesidad.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Es básico y fundamental el trabajo colectivo. Por ello se tiene que buscar la implicación y el apoyo de ayuntamientos y servicios sociales.

No es prioritario disponer de amplios recursos. Lo importante es tener ilusión y empezar.

Hay que creer en el proyecto para superar los escepticismos iniciales que pueda

haber. Es lógico que en un primer momento puedan darse resistencias al cambio incluso por parte de las familias.

LO QUE SE DEBE HACER

- Buscar el apoyo mutuo y la labor de equipo entre todos los participantes: profesionales, familias, personas con discapacidad, vecinos, etc.
- Realizar una buena planificación de todas las actividades, así como de las acciones de seguimiento.
- Diseñar actividades dinámicas y variadas que hagan que las personas con discapacidad se sientan útiles y atraídas desde un primer momento.
- Evitar la dependencia absoluta de las personas con discapacidad ante la opinión de las familias (al principio las personas con discapacidad apenas opinaban).

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Que los profesionales desarrollen el proyecto sin tener en cuenta la opinión, las ideas, las inquietudes, etc. de usuarios y familias.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Los recursos existentes en la actualidad a raíz de la buena práctica (ampliación del C.O. “Cobisa” y creación del C.O. “Gargantilla”) están en buena medida consolidados y funcionan con normalidad. Sin embargo, desde hace algún tiempo estamos detectando una nueva necesidad. Un número considerable de usuarios se acercan o superan los 45 años, y en muchos casos los padres han fallecido o tienen dificultades grandes para atenderlos. Por ello, con el fin de dar respuesta a esta situación, comienza a ser prioritario contemplar un servicio residencial. Si no es así, estas personas se verán obligadas a “emigrar” a zonas urbanas que les proporcionen ese

servicio. Eso supondría desarraigarlos de su entorno natural, donde han vivido siempre, donde están sus compañeros, sus amigos, sus familiares cercanos, etc. Por ello, entendemos que ofreciendo un servicio integral que incluya la residencia podemos contribuir a la mejora de la calidad de vida de este colectivo, y ése es nuestro reto actual.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS...

Desde la asociación APANAS creemos que el medio rural puede y debe contar con recursos para las personas con discapacidad intelectual. Entendemos que la experiencia que hemos recogido como buena práctica es fácilmente exportable a otras zonas rurales y que de alguna forma puede contribuir a revitalizar los servicios que se prestan en la actualidad.

Buenas Prácticas en...

EL JUICIO PROFESIONAL COMPARTIDO. MANUAL DE AYUDA Y REFLEXIÓN DE NUESTRO QUEHACER PROFESIONAL

Nombre de la entidad: AUTISMO Cádiz.

Promotor/es de la buena práctica: Equipo profesional de la Unidad de Estancias Diurnas “Alhucema”, Autismo Cádiz y la Residencia para personas con trastorno del espectro autista “Hogares”.

Federación a la que pertenece: FEAPS Andalucía.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Isabel del Hoyo Reyes, responsable de los servicios para personas adultas.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Otoño de 2002 hasta la actualidad.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

El equipo profesional de vida adulta ha acometido un ambicioso proyecto de revisión del funcionamiento organizativo de los servicios; consensuamos las funciones, procesos y procedimientos claves de nuestra entidad, así como los protocolos de intervención en situaciones que así lo permitieran. También hicimos un repaso de los aspectos de coordinación, información y formación de los servicios entre profesionales y familias para que la comunicación fluyera en todos los sentidos. Hicimos un repaso de todas las herramientas de trabajo para la recogida de información y los eventos de los servicios.

Todo esto, que fue un proceso largo, doloroso y costoso, se ha concretado en un

documento (2004) revisable (tipo manual) en donde queda escrito el trabajo de reflexión, acuerdo y consenso de un equipo profesional, y que sirve de referencia y ayuda a todos los profesionales que se incorporan al servicio. Es un documento escrito por los profesionales, no impuesto por nadie y que viene a fortalecer el sentimiento de equipo. Al ser revisable, todas las personas (redactores y nuevas) tienen la oportunidad de mejorarlo, y de esta forma, sentirlo como suyo.

ANTECEDENTES

La asociación Autismo Cádiz era una asociación pequeña, con servicios centrados en la ciudad de Cádiz y algunas ciudades de la Bahía de Cádiz. La plantilla profesional era pequeña y, por tanto, eran escasas las incorporaciones de nuevos profesionales, y los procesos de formación de éstos se basaban en la práctica y eran de transmisión verbal, es decir, se aprendía viendo a los compañeros y siendo orientados por ellos mismos.

La ampliación de servicios por parte de la entidad, el traslado del centro de recursos a la ciudad de Puerto Real, el inicio de servicios en la ciudad de Jerez, y el mantenimiento de otros en la ciudad de Cádiz hicieron que aumentara el número de asociados en la provincia y se produjera una notable ampliación del número de profesionales contratados por la entidad. En el caso de los servicios para personas adultas es donde se produjo el mayor crecimiento, teniendo que triplicar la plantilla de la Unidad de Día y la creación de la plantilla del servicio residencial.

En los primeros años de esta nueva etapa de la entidad no parece que ocurriera nada entre los profesionales pero, en el año 2001, el clima laboral estaba altamente tocado. Las buenas relaciones de los primeros años habían desaparecido y empezaba a notarse desencanto y falta de interés por el trabajo y por la entidad.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

A petición de algunos responsables de la entidad, la Junta Directiva solicitó los servicios de la Red de Consultoría de FEAPS para que nos ayudara a dar el salto de ser una “asociación familiar” a una “asociación dirigida por familias y gestionada por profesionales”. Esta petición se puso en conocimiento de todos los pro-

fesionales de la entidad, pero sin informar adecuadamente sobre las intenciones, porque tampoco los dirigentes lo tenían muy claro, lo que llevó a que cada persona elaborara su propio sentido de la consultoría, esperando que viniera a resolver los problemas que cada cual percibía que existían. Por tanto, se crearon tantas expectativas como personas había en la entidad.

Uno de los resultados del trabajo de análisis de la Red de Consultoría en nuestra entidad dejaba patente que una de las líneas de mejora reclamadas especialmente por los y las profesionales era la comunicación. Se denunciaban problemas de comunicación que afectaban al ambiente laboral de los servicios.

PROCESO SEGUIDO

En los servicios para la vida adulta, Unidad de Estancias Diurnas Alhucema y el Servicio Residencial “Hogares”, nos propusimos indagar y determinar qué causas contribuían a alterar el clima comunicativo de estos servicios. Estaba claro que éramos nosotros los que teníamos que solucionar nuestros problemas, aclarar qué debíamos cambiar.

Tras una encuesta de clima laboral, los resultados nos dieron pistas más claras sobre lo que los y las profesionales sintetizaban bajo el epígrafe de “problemas de comunicación”, demostrándose que lo que en gran parte existía era una falta de debate y acuerdo común sobre aspectos organizativos y de funcionamiento del servicio, dentro de un sistema jerarquizado no siempre conocido (por no estar todo escrito), ni compartido (por no estar razonado y fundamentado). Quedó patente que necesitábamos reflexionar, hablar, consensuar y escribir qué modelo organizativo teníamos en nuestros servicios, qué funciones tenía cada uno/a y de qué forma íbamos a trabajar.

Para ello, en sesiones semanales, fuimos determinando las funciones que pensábamos que cada profesional tenía en función del servicio. Este fue el primer trabajo que se acometió de forma distinta en los dos servicios:

- En la Unidad de Día: se hizo un listado de asuntos importantes en relación con los clientes del servicio, y a partir de éstos se determinaron las funciones.
- En el Servicio Residencial: según los turnos de trabajo, se fue determinando

las tareas más importantes.

En estas sesiones semanales se anotaban las propuestas y eran devueltas en la siguiente reunión en un documento que debía ser aprobado o modificado, según el caso de lo determinado en la reunión anterior. Así hasta llegar a determinar todas las funciones de los profesionales. A su vez íbamos repasando y actualizando todos los documentos (registros, protocolos, procedimientos) necesarios para el trabajo, dándoles un único formato y homogeneizando su uso.

El siguiente aspecto acometido fue determinar los distintos niveles de coordinación entre profesionales, servicios y familias. En ambos servicios seguimos con la misma dinámica de trabajo en reuniones semanales donde se planteaban los aspectos a determinar y eran devueltos a la semana siguiente en un documento que debía ser aprobado para poder continuar el trabajo. A medida que íbamos avanzando en este trabajo, el clima laboral se iba templando y el grado de participación aumentando notablemente.

Para terminar, aprovechando la redacción del Código Ético de FEAPS, hicimos una revisión de nuestro trabajo desde los parámetros de la ética y las buenas prácticas y su traducción en el funcionamiento diario de los servicios. Para ello, creamos un grupo transversal de profesionales de varios servicios para elaborar un documento de ayuda que hiciera más accesible el Código Ético de FEAPS para la práctica profesional.

Poco a poco nos dimos cuenta de que estábamos haciendo un manual de autoayuda, no sólo para los trabajadores y trabajadoras que estábamos en los servicios, sino también para los futuros compañeros y compañeras que se incorporarían con los miedos y dudas de cualquier persona que empieza por primera vez en un trabajo y pide “tablas de salvación” para sentirse más segura y capaz. No sólo estábamos escribiendo sobre nuestra organización en el presente, sino que estábamos sentando las bases para la revisión y mejora de años futuros, para que los profesionales que no participaron en su redacción inicial pudieran mejorarlos en las revisiones anuales y sentirse protagonistas de este documento de la organización.

Para completar este trabajo en equipo decidimos que, para que fuera un auténtico manual interno, debíamos incluir algunos puntos sobre la asociación, el autismo y la necesidad de ponernos en el lugar de las personas con autismo, además de una relación bibliográfica y algunos documentos de interés, de tal forma que

este manual está compuesto por los siguientes puntos:

- Presentación.
- Para quién trabajamos: AUTISMO CÁDIZ.
- Quiénes son las personas para las que trabajamos: personas con TEA.
- Nuestro lugar de trabajo.
- Cómo trabajo en ...: Principios de Intervención.
- Quiénes son mis compañeros y compañeras del servicio.
- Las funciones de mi puesto de trabajo.
 - Cómo nos coordinamos.
- Qué es nuestro Código Ético y su implicación en mi trabajo día a día.
- Buenas Prácticas Profesionales: algunas pistas.
- Si quieres profundizar: Algunas referencias bibliográficas interesantes.
- Para terminar por el momento...

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Todo esto, que fue un proceso largo, doloroso y costoso, se ha concretado en un documento revisable desde el año 2004, en donde queda escrito el trabajo de reflexión, acuerdo y consenso de un equipo profesional y que sirve de referencia y ayuda a todos los profesionales que se incorporan al servicio. Es un documento escrito por los profesionales, no impuesto por nadie y que viene a fortalecer el sentimiento de equipo. Al ser revisable, todas las personas (redactores y nuevas) tienen la oportunidad de mejorarlo, y de esta forma, sentirlo como suyo. Se ha determinado como momento de revisión y valoración el mes de septiembre de cada año.

En la actualidad, cuando un profesional se incorpora a uno de los servicios se le entrega un manual, se le explica el sentido y la envergadura que tiene para la

organización y se le emplaza a otra reunión, una vez acabada su lectura para aclarar dudas o hacer comentarios sobre el mismo y sobre su puesto de trabajo, y se le pide que rellene una encuesta de valoración.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Esta buena práctica ha servido al conjunto de los servicios para:

- Normalizar el ambiente laboral, con una implicación y participación de los profesionales muy altas.
- Crear el sentimiento de equipo, la costumbre de reflexionar y valorar todo con todos.
- Aprender a decir lo que pensamos por el bien del servicio y los clientes.
- Eliminar “malas costumbres” en cuanto al poder, la responsabilidad y las decisiones, pasando de un esquema de “yo no asumo responsabilidades” a “yo conozco lo mejor para mis clientes y lo comparto con mis compañeros”.
- Cargar de competencia a cada profesional porque, por un lado, cuenta con un documento de ayuda y, por otro, el equipo profesional le ayuda y acompaña en todo el proceso.
- Aumentar la autoestima de cada una de las personas que conforma la plantilla profesional por el orgullo que siente por el trabajo realizado concretado en el documento: **El juicio profesional compartido. Manual de autoayuda y reflexión de nuestro quehacer profesional.**

El impacto que ha tenido esta buena práctica en las personas con discapacidad y sus familias se traduce en un trato y un apoyo más profesional, consistente y cohesionado.

En cuanto a la organización, tener un grupo de profesionales que, dando muestra de una implicación y una responsabilidad superior a convenios, han determinados sus funciones, la metodología de intervención que debe caracterizar los ser-

vicios, las buenas prácticas, la coordinación con las familias, el proceder ético, así como aspectos específicos de la discapacidad. En definitiva, el “*estilo*” que debe respirarse en nuestros servicios.

Los recursos que necesitamos no fueron excepcionales:

- Recursos humanos, especialmente, materia gris y experiencia previa, para ver en qué hemos fallado, qué hemos hecho bien y qué debemos mejorar.
- Recursos económicos, liberando según el momento a algunos trabajadores para que pudieran dedicar tiempo en exclusividad a este trabajo.
- Recursos formativos, dedicando tiempo para estudiar y revisar la documentación teórica sobre el nuevo paradigma de atención a las personas con discapacidad y el peso de la calidad de vida.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Con esta buena práctica hemos aprendido:

- Desde la dirección, a dar poder al grupo, ser humilde, confiar, escuchar, pedir opinión, sugerir y estar si es reclamada.
- Necesidad de capacitar tanto profesional como emocionalmente, para que cada persona se sienta y crea capaz.
- Asumir con naturalidad que no siempre tenemos la razón y que las cosas se hacen mejor cuando las valora un grupo.
- Implicar a todos en todo como la mejor garantía de que todos y todas compartimos un proyecto común.
- Lo potente que es el compromiso asumido por cada persona, por propia iniciativa, sin imposición.

LO QUE SE DEBE HACER

Creemos que en lo que hemos acertado y, por tanto, recomendamos son los siguientes aspectos:

- Crear el sentimiento de equipo, la costumbre de reflexionar y valorar todo.
- Eliminar “malas costumbres” en cuanto al poder, la responsabilidad y las decisiones, pasando de un esquema de “yo no asumo responsabilidades” a “yo conozco lo mejor para mis clientes y lo comparto con mis compañeros”.
- Cargar de competencia a cada profesional porque, por un lado, cuenta con un documento de ayuda y, por otro, el equipo profesional le ayuda y acompaña en todo el proceso.
- Aumentar la autoestima de cada una de las personas que conforma la plantilla profesional por el orgullo que siente por el trabajo realizado concretado en el documento: **El juicio profesional compartido. Manual de Autoayuda y reflexión de nuestro quehacer profesional.**

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Tener prisa, que nos angustie el presente y parezca que no vamos a poder salir de esta mala situación.
- No ser tolerante, intentar influir torticeramente sobre el personal, manipular los resultados.
- Prestar demasiada atención a aquellos profesionales que no construyen, que no se creen el proyecto y lo único que hacen es salvarse las espaldas.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Para continuar con esta buena práctica no debemos olvidar el esfuerzo que hizo un grupo de profesionales durante dos años para facilitar el funcionamiento de unos servicios. No debemos convertir el proceso de revisión del manual en algo frío y carente de sentido.

Seguiremos revisando y completando todo lo que hemos consensuado, en definitiva, mejorándolo.

Deberemos incluir nuevas técnicas de mejora de competencias y compromiso.

Será importante ampliar la informatización de la información, a través de una intranet para los trabajadores y trabajadoras de cada servicio.

Buenas Prácticas en...

ESTRUCTURACIÓN SECCIÓN DEPORTIVA

Nombre de la entidad: Asociación Uribe Costa.

Promotor/es de la buena práctica: Servicio de Ocio.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador o persona de contacto: Paola Dapena Montes.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde el curso 2003 /2004 hasta la actualidad.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

La buena práctica consiste en la reorganización de las actividades deportivas surtidas dentro del Servicio de Ocio. La estructuración nos ha llevado a cambiar la forma y frecuencia de los entrenamientos y nuestra propia estructura formal, creando la Agrupación Deportiva Uribe Costa, que pertenece a las Federaciones Deportivas correspondientes –la vizcaína y la vasca- que por la “singularidad” de la ley vasca de Deporte (al igual que la navarra) agrupan a todos los deportistas con todo tipo de discapacidad (parálisis cerebral, discapacidad visual, auditiva, física, intelectual) y colabora en la puesta en marcha de la federación vizcaína. En las dos federaciones representamos a las personas con discapacidad intelectual desde la vocalía creada a tal fin y desde el mes de marzo de 2006 tenemos la presidencia de la federación vasca.

Creemos que la actuación de la entidad en todo el proceso que llevamos durante estas dos temporadas y media ha sido modélica y ha hecho salir a la luz la realidad deportiva de un colectivo hasta ese momento silente en el ámbito deportivo

vizcaíno. Hemos conseguido dar salida de un modo participativo e integrado en la comunidad a dos de los equipos –atletismo y fútbol sala- y hemos comenzado a hacer nuestros “pinitos” con el tercer equipo -natación-, a la vez que seguimos conservando otros canales más tradicionales de participación para todos ellos.

ANTECEDENTES

El deporte nace dentro del Servicio de Ocio y cuenta con tres modalidades: natación, fútbol sala y atletismo. La actividad de natación comenzó apoyada en un principio por la responsable del servicio y más tarde por voluntarios; fútbol sala, por una asociación de voluntarios del municipio; y atletismo, por los técnicos del servicio y por voluntarios. Ninguna de las modalidades contaba con un entrenador cualificado.

La demanda en deporte fue creciendo considerablemente, especialmente en fútbol sala, pero carecía de un soporte que pudiera gestionar y apoyar la actividad adecuadamente.

Existían muchas diferencias en el funcionamiento en las tres prácticas por variables que no se controlaban, como la relacionada con el voluntariado o los conocimientos técnicos requeridos para la tarea.

El deporte en nuestra entidad estaba creciendo en demasía, la demanda aumentaba y había que darle una respuesta más consistente, organizada y respaldada técnicamente desde la asociación.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

El Servicio de Ocio contó con los siguientes elementos que le orientaron para introducir esta práctica:

- La propia experiencia para ser conscientes de dónde veníamos y saber que algunos caminos ya estaban recorridos para nosotros.
- A nivel de organización/información la recibida desde APDEMA en concreto desde su responsable deportivo y de ocio.

- Desde el punto de vista de la forma: una experiencia aparecida en el Manual de Buenas Prácticas Ocio en Comunidad, que aportaba un ejemplo posible de participación para un chico que quería jugar al fútbol.

Las entidades que nos han apoyado son las siguientes:

- APDEMA: como se ha dicho anteriormente ha sido durante años el “Pepito Grillo” para que nos organizáramos formalmente y diéramos forma externa a lo que veníamos haciendo.
- CAJA MADRID: económicamente nos respaldó durante unos meses para la puesta en marcha de la agrupación deportiva.

PROCESO SEGUIDO

En el curso 2003/04 se acuerda con un voluntario que haga de correa transmisora en todos los deportes. Es una persona con experiencia en el deporte normalizado y a su vez conocedor de nuestros usuarios por ser voluntario de la entidad. Al contar con este coordinador de deporte voluntario durante un curso, se vio que era claramente insuficiente su labor como voluntario y la necesidad de contratarle para que pudiera dedicar las horas necesarias en dicha tarea. En un primer momento se le contrató a media jornada durante seis meses y desde Junio de 2005 está a tres cuartos de jornada, lo que nos permite mejorar la estructura formal. Además, en cada deporte se cuenta con diferentes voluntarios que apoyan la actividad tanto en entrenamientos, como en competiciones, coordinado siempre por nuestro coordinador deportivo.

Al mismo tiempo que se estaba gestionando una persona estable, se estaba dando forma a la Agrupación Deportiva, comenzando a participar en los ámbitos correspondientes.

Los recursos económicos son pocos. En un primer momento contamos con un pequeño respaldo de Caja Madrid, pero hasta la fecha excepto por una pequeña cantidad de cuotas de deportistas, la Agrupación Deportiva carece de recursos propios, y “sobrevive” al amparo del Servicio de Ocio, del que ha nacido.

Una de las ideas que tenemos en mente en la medida de lo posible, es poner en marcha en todas las modalidades deportivas, la práctica leída del Manual Ocio en

Comunidad que aportaba un ejemplo posible de competición de un chico que quería jugar a fútbol en su entorno, en barrios, pueblos...

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

La práctica está generalizada, pero no enraizada. Está creciendo en volumen y en calidad, pero no sabemos bien cuál va a ser el futuro (este año se ha introducido un campus deportivo en verano).

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Los indicadores de evaluación que hemos utilizado han sido los siguientes:

- Aumento del número de deportistas.
- Aumento de la satisfacción de los mismos.
- Aumento de la satisfacción de los voluntarios.

Los resultados que hemos obtenido son los siguientes:

- Mejorar la calidad de los entrenamientos.
- Estructurar el deporte de nuestra asociación.
- Defender el deporte base como núcleo en una federación eminentemente competitiva.
- Aumentar las posibilidades de competición de nuestros deportistas y la calidad de de las participaciones.

El impacto que ha tenido la experiencia:

- Los deportistas participan más en número y el aumento de la frecuencia de los entrenamientos ha sido para responder no sólo a necesidades técnicas,

sino también por deseo de ellos.

- Las familias, al tener una estructura estable y un técnico permanente al frente, están más tranquilas y contentas y hacen a su vez de “correa transmisora” dentro de la asociación.
- La organización se ha tenido que movilizar en la búsqueda de recursos económicos que puedan sostener el aumento de las acciones y de los deportistas. Ha cedido personal para su participación en los ámbitos de representación.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

- Vale la pena apostar por un modelo profesional también en el deporte.
- El trabajo en equipo de personas con discapacidad intelectual, técnicos y voluntarios es muy rico y satisface ampliamente a todos los sectores implicados.
- Grupos reducidos de deportistas.
- Participar en competiciones normalizadas o competiciones de deporte ordinario no federado, en nuestro ámbito comunitario, pueblos... Esta práctica facilita la integración y normalización del colectivo, fomentando nuevas amistades, experiencias...
- Agrupar a los deportistas por niveles de competencia deportiva.
- Trabajar la teoría del sistema de apoyos aplicado al deporte en competiciones ordinarias con personas sin discapacidad.
- Participación en competiciones como parte de la programación habitual deportiva.

LO QUE SE DEBE HACER

- Dar estabilidad y calidad a las actividades con la contratación de un profesional.
- Dar cabida a los deportistas, tanto para poder participar a nivel de federado como no, con la idea de fomentar el deporte recreativo y el deporte de competición.
- Utilizar instalaciones ordinarias de la comunidad, compartiendo espacios con la población en general.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Atender todas las solicitudes recibidas sin sopesar bien esa capacidad de absorción.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

A nivel federativo nos queda mucho por caminar. Conseguir recursos suficientes para que los deportistas puedan participar en aquello que desean.

Lograr que la Agrupación Deportiva pueda tener sostenibilidad económica propia.

Tener un espacio físico propio para poder gestionar las actividades deportivas.

Tanto en atletismo como en natación compartir entrenamientos con clubes ordinarios cuando alcancemos un mayor nivel de competencia.

Tener un equipo estable de voluntarios tanto en entrenamientos como en competiciones.

Buenas Prácticas en...

TRANSVERSALIDAD Y MODELO DE CALIDAD FEAPS: DOS CLAVES IMPRESCINDIBLES PARA LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la entidad: Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual.

Promotor/es de la buena práctica: Equipo del proceso de evaluación y mejora de la Fundación San Francisco de Borja.

Federación a la que pertenece: FEAPS Comunidad Valenciana.

Coordinador o persona de contacto: Ana Carratalá Marco.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde abril del 2005 a enero del 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

Con el fin de desarrollar la directriz del Plan Estratégico de la Fundación relativa a la mejora continua de la entidad y ante la preocupación por salvaguardar las señas de identidad de la misma, que hacen referencia a la felicidad de cada uno de los usuarios de sus servicios, se plantea diseñar un proceso de evaluación y mejora continua que además esté en consonancia con los requerimientos del entorno en materia de calidad.

Sin embargo desde la trayectoria seguida por la Fundación entendemos que se requiere una respuesta global, que surja desde la participación de todos los agentes de la misma y que asegure que todos los esfuerzos organizativos repercutan

positivamente en cada una de las personas atendidas, añadiendo mayor valor a sus vidas.

El modelo de calidad FEAPS aporta esta visión global, ofreciendo a la organización instrumentos tanto para mejorar su gestión de calidad como para asegurar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y sus familias, dentro de un marco ético.

Esta buena práctica recoge el proceso desarrollado por un equipo transversal en el que participan personas con discapacidad intelectual, familiares, profesionales de atención directa, técnicos, personal de servicios y dirección, cuya misión será diseñar el proceso de autoevaluación y mejora de la Fundación, para incorporarlo dentro del mapa de procesos de la entidad y asegurar así su continuidad en el tiempo. El proceso se desarrolla contando con un apoyo total por parte del Patronato.

Para cumplir su cometido el grupo se formó en materia de calidad, de desarrollo de procesos y específicamente sobre el modelo de Calidad FEAPS que fue el que se adoptó para la evaluación. Previamente a esta formación se profundizó en el marco de valores referencial del grupo, destacando el gran peso de una cultura organizacional altamente compartida y valorada.

Tras realizar un primer diseño del proceso y de modificarlo con la opinión de expertos externos a la Fundación, se realizó la primera autoevaluación. Pese a que se planteaba un nivel global en la evaluación, el grupo profundizó en las tres áreas generando un informe de evaluación y mejora, que fue aprobado por el Patronato y que contiene importantes cambios para la Fundación.

El proceso resultó muy satisfactorio tanto por los resultados para la organización, como para el equipo y para cada uno de sus miembros, destacando el valor de la participación de las personas con discapacidad y de las familias y la posibilidad de transferir este modelo de trabajo al conjunto de la organización y a otras organizaciones.

ANTECEDENTES

La Fundación San Francisco de Borja para personas con discapacidad intelectual viene gestionando desde el año 1982 una serie de servicios y programas destinados a mejorar la vida de las personas a las que atiende, presentando todas ellas

grandes necesidades de apoyo.

En estos casi 25 años la Fundación ha experimentado un notable crecimiento, por lo que ha tenido que desarrollar mecanismos de adaptación para mantener su valor principal: “una marcada orientación a la persona”.

La inauguración en el año 1995 de la actual residencia ofreció una importante oportunidad de cambio en los modelos de prestación de apoyo así como en los sistemas de gestión de la organización. Pero es en torno al año 1996, coincidiendo con el primer Plan Estratégico de FEAPS y con la implantación de sus Manuales de Buenas Prácticas, cuando los dirigentes ven como oportunidad la introducción de sistemas de gestión de calidad en la organización, como una forma de mejorar la gestión y asegurar la finalidad de la Fundación.

El plan estratégico de la Fundación, aprobado en el 2004 tras un proceso muy cuidado de participación de todos los grupos de interés, contempla el desarrollo de un modelo de calidad en la gestión para garantizar la misión, lo que incluye una mejora continua de la organización.

Los directivos de la entidad consideran que deben disponer de un sistema que ordene y aglutine todas sus actuaciones, asegurando una dinámica de mejora continua que consiga salvaguardar las señas de identidad o hecho diferencial de la Fundación, que se autodefine como:

“Un esfuerzo permanente por devolver y asegurar la dignidad de cada uno de nuestros usuarios, apoyándoles para que puedan alcanzar metas personales valoradas y, en definitiva, para que puedan ser felices. Para ello se desarrolla un plan de atención personalizado, rico en actividades significativas tanto en el propio centro como en la comunidad, dentro de un clima de acogida, confianza, afecto y respeto”.

También, por las demandas del entorno, la Fundación necesita desarrollar un modelo de calidad (el Sistema Básico de Calidad) a demanda de la Consellería de Bienestar Social.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

En los antecedentes se recoge el proceso mediante el cual se detecta la necesidad de introducir esta práctica, que se plantea inicialmente como una demanda poco definida.

Contando con la consultoría de FEAPS, se realiza un análisis de la situación de partida y de las expectativas de la Fundación por medio de entrevistas con la dirección y responsables del centro, así como con el Patronato. Es así como se identifica la necesidad de desarrollar un sistema de evaluación y mejora continua que sirva para asegurar, más allá de los procesos de gestión, el “sello de marca de la Fundación”, desarrollando un modelo forjado en su historia, alimentado con los paradigmas científicos más actuales y con la experiencia, y bañado por la ética.

Tras valorar los distintos sistemas de calidad, tales como el Sistema Básico de Calidad, el modelo EFQM, la norma ISO, ONG CON CALIDAD, etc., el modelo de CALIDAD FEAPS se considera como un referente óptimo para desarrollar este proceso.

Por otro lado, la experiencia de la organización con otros procesos y equipos de mejora, demuestra que la transversalidad añade un valor irrenunciable a los mismos, ya que ofrece la posibilidad de integrar todas las perspectivas tanto en el planteamiento de los problemas como en la resolución de los mismos. Es por ello que se ve la necesidad de profundizar y avanzar en la constitución de equipos transversales como motor de cambio y guía para el mismo, vivenciando esta transversalidad como un comportamiento que pase a formar parte de una nueva forma de pensar en la organización y quede integrado en sus valores.

El proceso que se presenta en esta buena práctica se ha visto enriquecido por la metodología del desarrollo organizacional, que proporciona a la organización una serie de estrategias que le permiten resolver sus propios problemas y aprender a mejorar.

Tras el diagnóstico se concluye que el objetivo que se persigue es el diseño de un proceso complejo de evaluación y mejora continua que sea coherente con la estrategia de la Fundación, alineado con el modelo de Calidad FEAPS y con las exigencias de la Comunidad Valenciana en materia de prestación de servicios sociales, y especialmente vinculado a la cultura e identidad de la Fundación.

PROCESO SEGUIDO

La consecución del objetivo planteado se debe al trabajo realizado por el equipo de proceso. Para ello ha sido necesario tanto un trabajo individual como reuniones de equipo y subequipos. Los pasos seguidos fueron los siguientes:

1. Constitución del equipo de proceso observando los criterios de transversalidad (incluyendo directivos, profesionales, familiares y usuarios), implicación y visión de conjunto de la entidad, voluntariedad y aportación del conocimiento práctico.
2. Formación del equipo sobre conceptos básicos de calidad, y en especial, sobre Calidad FEAPS. Una primera parte del proceso de formación se dedica a cohesionar al grupo en torno a unos valores compartidos alineados con la cultura de la Fundación.
3. Planificación del trabajo a realizar, demarcando lo que sería un trabajo de diseño del proceso y un primer desarrollo del mismo.
4. Elaboración del plan de comunicación, de modo que fuera un proceso conocido por toda la organización y que facilitara la implicación de sus diferentes agentes.
5. Diseño del proceso de autoevaluación utilizando una ficha de proceso que se tradujo a lectura fácil. Incluye procedimientos de constitución y formación de los equipos, comunicación y el modelo del informe de autoevaluación y propuestas de mejora. En cada ciclo del proceso se determinan los instrumentos de evaluación a utilizar en cada una de las áreas del modelo FEAPS.
6. Contraste del diseño con expertos externos y análisis de las sugerencias realizadas, incorporando las que se consideraron pertinentes.
7. Realización de la primera autoevaluación. Para ello se utilizó el Euskalit, para la gestión de calidad, los Manuales de Buenas Prácticas para calidad de vida y el Código Ético para la evaluación ética. Se dispuso de unas guías para el trabajo individual, para los mini-equipos y para el trabajo del conjunto del grupo.
8. Elaboración de propuestas de mejora sobre la base de la evaluación. Para ello se dispuso igualmente de unas fichas guía para priorizar las propuestas.
9. Entrega del diseño del proceso y primer informe de autoevaluación y mejora

al Patronato, que fue aprobado por unanimidad.

10. Evaluación del proceso con incorporación al mismo de las mejoras pertinentes.
11. Evaluación del trabajo del equipo, que fue reconocido formalmente por el Patronato.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

La aprobación de este proceso y su incorporación al conjunto de la organización conlleva un compromiso de continuidad. Tras la evaluación de la primera experiencia de autoevaluación y mejora, se concluyó que este equipo debería continuar su trabajo por un periodo de dos años, iniciándose entonces un nuevo ciclo. No existe perspectiva suficiente para evaluar el desarrollo de distintos ciclos del proceso, pero sí podemos afirmar que el impacto de los resultados de esta experiencia se han traducido en mejoras reales en la organización, con un fuerte compromiso de los órganos directivos en su implantación.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Se hace una valoración del trabajo realizado a tres niveles:

Para la organización:

- Se ha dotado a la Fundación de un instrumento complejo y ambicioso, que pretende implicar a muchas personas para conseguir la mejora continua de la entidad, sin perder de vista que tiene que impactar en mejores resultados personales para cada uno de sus atendidos.
- La transversalidad surge como una forma irrenunciable de trabajo que debe extenderse al conjunto de la organización, siempre que se dé dentro de un clima de respeto y de escucha activa.
- Las familias y las personas con discapacidad intelectual han tomado un papel activo dentro del proceso, ocupando el lugar que les corresponde en nuestras organizaciones.

Para el equipo:

- Se ha incrementado la identificación con la cultura de la entidad, siendo esto un impulso orientador de todo el proceso.
- Se ha producido una evolución desde el “grupo” al “equipo”, tomando todos sus miembros conciencia de la tarea que tenían encomendada.
- El grupo ha aprendido una nueva forma de trabajar, considerando las distintas perspectivas, lo que le ha permitido alcanzar las metas establecidas, tomando conciencia de su capacidad para lograrlo.
- Las personas con discapacidad intelectual aportan un valor especial al proceso, aunque su participación no tenga por qué ser siempre a través de la palabra.

Para las personas:

- Los miembros del equipo han hecho una valoración altamente satisfactoria de todo el proceso, no solo por los aprendizajes adquiridos, sino por el cambio de perspectiva y actitudes que supone esta forma de trabajar. Todos se han sentido valorados y escuchados por los demás.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

- La transversalidad como clave y comportamiento a extender a todos los niveles de la organización, pero dentro de un proceso cuidado y modulado por la cultura.
- Una cultura organizacional altamente compartida y valorada es un factor de aseguramiento del proceso.
- Incorporar a la persona con discapacidad intelectual y a su familia en el proceso.

LO QUE SE DEBE HACER

Que el grupo culmine su tarea con éxito, para lo que se requiere un proceso cuidado y apoyado por los responsables y directivos de la entidad.



LO QUE NO SE DEBE HACER

No cumplir las expectativas generadas tanto por el equipo de proceso como por el conjunto de la organización.



LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Mejorar la participación de las personas con discapacidad con los apoyos necesarios para incorporar su perspectiva, que no supone necesariamente que dispongan de lenguaje verbal.

Generalizar los aprendizajes del grupo y esta “forma de hacer” al conjunto de la organización.

Buenas Prácticas en...

CREACIÓN DE UN EQUIPO TRANSVERSAL DE PROFESIONALES PARA PROMOVER MEJORAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE PRESENTAN GRAVES PROBLEMAS DE CONDUCTA Y/O TRASTORNOS MENTALES

Nombre de la entidad: FEAPS Extremadura.

Promotor/es de la buena práctica: Equipo de profesionales del Programa de Intervención en personas con discapacidad que presentan graves problemas de conducta y / o trastornos mentales, en 20 entidades de FEAPS Extremadura.

Federación a la que pertenece: FEAPS Extremadura.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Matilde Vivas Matas, Técnico Coordinadora del Área de Familia de FEAPS Extremadura

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 2001 - 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

Esta práctica ha sido realizada por un equipo de profesionales de 20 entidades de FEAPS Extremadura. Participaron un total de 24 psicólogos/as y 1 pedagogo, todos ellos profesionales en activo que habitualmente realizan intervenciones directas con personas con discapacidad intelectual. El trabajo general se articuló

en un proceso consensuado que asumió como misión:

“Generar y llevar a cabo un cambio organizacional que promueva modelos ecológicos de intervención, generando metodologías de trabajo en red proveedoras de recursos adecuados para el aumento de la calidad de vida de aquellas personas con discapacidad intelectual que se encuentren en situación de desventaja social por problemas de salud mental y/o conductual”.

Las actuaciones orientadas a conseguir esta misión, se agruparon en las siguientes líneas de trabajo:

- Acciones de cohesión y consolidación del equipo de profesionales.
- Acciones para generar el trabajo en red y de apoyo mutuo entre los profesionales del equipo.
- Acciones para el conocimiento de la realidad de esta casuística en Extremadura.
- Acciones de formación del equipo de profesionales: sesiones clínicas, supervisión externa de casos, formación, intercambio de experiencias, etc.
- Acciones de evaluación e intervención directa con las personas de nuestras entidades que presentan esta problemática.
- Acciones de colaboración y coordinación con la red socio-sanitaria pública y privada de Extremadura.
- Acciones de sensibilización y formación del personal socio sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Consideramos que esta experiencia ha tenido un impacto bastante positivo tanto en las personas con discapacidad que presentan graves problemas de conducta y/o trastornos mentales, como en sus familias y en los profesionales de las entidades en las que se les prestan apoyos.

ANTECEDENTES

Todo comenzó en el año 2001 en el marco del Programa de Desventaja Social, subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con cargo al

0'52% del IRPF. A fin de atender las continuas demandas de los profesionales se planteó poner en marcha un programa operativo específico para abordar la problemática que surgía de la enfermedad mental de las personas con discapacidad intelectual que recibían apoyos en los centros de la red FEAPS de Extremadura.

La enfermedad mental y los trastornos en la conducta, afectan directamente a la calidad de vida de la persona y su presencia produce una tremenda merma, no solo en la del propio sujeto, sino en la de todo el sistema familiar.

La Comunidad Autónoma de Extremadura no contaba con ningún recurso específico, público o privado sin fin de lucro, adecuado para la cobertura de las necesidades mencionadas en este colectivo. La red FEAPS de centros de apoyo tampoco contaban con un trabajo conjunto y coordinado entre sus distintos profesionales para la provisión de los apoyos adecuados.

Los apoyos que desde las entidades se proporcionaba a este colectivo en ese momento, estaban orientados más bien a intervenciones psicológicas y/o farmacológicas aisladas, y no tanto ecológicas. Su incidencia en la solución de los problemas y, por ende, en la mejora de la calidad de vida era muy poco significativa. Esto motivó el inicio de esta buena práctica.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Dado que en Extremadura no se contaba con dato alguno sobre el nivel de incidencia de la problemática de salud mental en las personas con discapacidad intelectual, ni estudios que orientaran acerca de las necesidades reales que presentaban estas personas y, como quiera que toda la información que se manejaba se basaba en datos aislados cuyo origen era la casuística particular de cada profesional implicado, el equipo de profesionales decidió, como primera acción, realizar un estudio inicial de aproximación a la realidad. Con él, se obtuvo un primer perfil de la incidencia del problema, que posteriormente se estimó necesario completar con otro más en profundidad y con más rigor metodológico y que se reflejó en el informe titulado: *“Impacto de los problemas de salud mental y del comportamiento en las personas con discapacidad intelectual en las entidades de FEAPS Extremadura”*, el cual fue presentado en el II Congreso “Derecho y Discapacidad”, organizado por la Fundación Tutelar de Extremadura.

Por último, en el año 2005, y a demanda de la Subdirección General de Salud Mental y Recursos Socio-Sanitarios de la Junta de Extremadura, se realizó un tercer estudio titulado en este caso: *“Necesidades percibidas por un panel de expertos relativas a la Salud Mental de las personas con discapacidad intelectual”*, y que pretendió dar a conocer a la Administración Socio-Sanitaria Autonómica, cuáles eran las necesidades y carencias que se presentaban en esta problemática.

Todos estos estudios fueron marcando las líneas a seguir por parte del equipo transversal de profesionales y de la coordinación del mismo en la federación.

Así mismo, y para la introducción de esta práctica, FEAPS Extremadura contó con el apoyo y la orientación de Javier Tamarit Cuadrado, del Departamento de Calidad de FEAPS, el cual orientó el proceso de creación del equipo y el método de trabajo a seguir.

Del mismo modo, y en lo que se refiere a la mejora en la prestación de apoyos a este colectivo, se ha contado desde los comienzos, y hasta la actualidad, con la colaboración de Ramón Novell i Alsina, psiquiatra de la Asociación Española de Profesionales de la Discapacidad Intelectual, AEECRM, que orientó la formación y la intervención hacia un modelo de evaluación multimodal, y ha asesorado y supervisado la labor de los profesionales que forman parte del mismo.

PROCESO SEGUIDO

El proceso que se ha seguido para el desarrollo de esta práctica es el siguiente.

En cuanto a la metodología utilizada, desde la constitución del equipo, ha estado basada en la realización de reuniones de trabajo orientadas tanto a la consolidación del mismo, como a generar un trabajo en red y de apoyo mutuo entre los profesionales que lo integran. No obstante, y dado que el grupo de profesionales que lo conforman es numeroso, para la realización de determinados trabajos acordados por el propio equipo, se constituyeron comisiones y grupos de trabajo.

Por otro lado, y con la finalidad de influir también en el entorno de las personas de este colectivo, se mantuvieron varias reuniones, de colaboración y coordinación con responsables de la Administración Socio-Sanitaria autonómica, y se organizaron dos seminarios anuales, que han permitido sentar las bases para el

establecimiento de protocolos comunes de actuación en la provisión de los apoyos y recursos adecuados a las necesidades de estas personas.

Del mismo modo, y para optimizar la formación del equipo se realizaron sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento y sesiones formativas, bien de forma autónoma bien lideradas por expertos en la materia.

También, y al objeto de ir poco a poco generando en las organizaciones una *metodología de trabajo en red*, se empezó a generalizar la formación a los profesionales de atención directa de las entidades federadas (educadores, monitores, maestros, etc.), permitiendo de ese modo, unificar los modelos de intervención y apoyo a este colectivo.

Así mismo, para optimizar el desarrollo de esta buena práctica, se han movilizizado numerosos recursos como:

- A nivel federativo: técnicos, profesionales, familias y personas con discapacidad.
- A nivel de la Confederación: el Departamento de Calidad de FEAPS, el apoyo de la coordinación del programa de Desventaja Social.
- A nivel de la Administración pública socio-sanitaria: el Servicio Extremeño de Salud de la Consejería de Sanidad y la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura.
- Por último a nivel privado: la Asociación Española de Profesionales de la Discapacidad Intelectual, AEECRM.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Esta práctica está implantada en FEAPS Extremadura desde el año 2001, por lo que podemos decir que constituye una fortaleza para la organización, en lo que respecta a conseguir la misión de crear una serie de condiciones para que las asociaciones puedan prestar con más calidad los apoyos necesarios al colectivo de personas que presentan esta problemática y a sus familias.

Cabe destacar que, desde los comienzos, la motivación por parte de todos los miembros del equipo, el acompañamiento y coordinación desde la federación, y el apoyo de los dirigentes de nuestras organizaciones a esta estructura han contribuido a la consolidación de esta práctica y a su generalización a otras federaciones autonómicas.

No obstante, en la trayectoria del equipo también han surgido algunas trabas o dificultades, tales como:

- No todas las entidades han incorporado de la misma forma el modelo de evaluación e intervención que se ha trabajado en el equipo.
- El doble rol de algunos profesionales del equipo (gerente/psicólogo u otros), ha mermado su implicación en el mismo y la aplicación de las buenas prácticas y modelos de intervención en este colectivo.
- Las estructuras y funcionamiento de las asociaciones, dificulta la puesta en marcha de modelos ecológicos e integrales de intervención encaminados a mejorar la calidad de vida de este colectivo.
- Los desajustes en los tratamientos psiquiátrico-farmacológico y psicológico-social; debido a una falta de coordinación y trabajo en red entre los profesionales de los diferentes sectores implicados.
- Después de varios años de trabajo este movimiento asociativo aún no está suficientemente presente en las políticas socio-sanitarias de la región. Los vínculos establecidos con la Administración Autonómica son todavía débiles como para influir de forma óptima en los acuerdos que se adoptan para apoyar a este sector de población.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

En general, y haciendo una valoración de todos estos años, podemos decir que esta práctica ha influido en la mejora a tres niveles:

- En las personas con discapacidad intelectual, porque se ha apreciado una considerable mejoría y en algunos casos extinción de las conductas problema, repercutiendo de forma positiva en los distintos ámbitos de su vida: familiar, social, laboral, afectivo-relacional.

- En las familias de estas personas, porque la mejora de la persona con discapacidad ha aportado bastantes beneficios en el entorno y en la dinámica familiar.
- En las entidades en que se prestan apoyos a estas personas:
 - Porque se ha producido un cambio organizacional en la medida en que se ha sistematizado y asumido un modelo ecológico de intervención que apoya de forma integral a estas personas.
 - Se ha creado un equipo transversal de profesionales especializados en la federación para apoyar e intervenir en este colectivo, generándose un espacio común para compartir e intercambiar conocimientos y buenas prácticas, activándose una metodología de trabajo en RED.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

En síntesis, con esta buena práctica, y como ideas clave a transmitir a otros emprendedores, hemos aprendido que:

- La constitución de este equipo, ha permitido el intercambio de información y formación, la concreción de modelos diagnósticos y de intervención claros y fiables, y de herramientas adecuadas para poder evaluar / diagnosticar con criterios comunes a las personas de nuestras asociaciones que se encuentran en esta situación.
- Este equipo añade valor a la organización, al constituirse como una estructura de participación transversal técnica y experta, especializada en un campo concreto de la discapacidad intelectual, funcionando como un órgano consultivo y observatorio.
- Esta metodología es muy útil, y por tanto se hace necesario incorporarla para trabajar en éste y en otros ámbitos de la discapacidad.
- La gran importancia de trabajar en RED, tanto en nuestras organizaciones como con las estructuras socio sanitario público y privadas, consiguiéndose resultados muy satisfactorios.

LO QUE SE DEBE HACER

- Crear y consolidar equipos transversales de profesionales especializados en nuestras organizaciones, en diversos ámbitos de la discapacidad.
- Sistematizar un modelo común de evaluación e intervención.
- Activar una metodología de trabajo en RED.
- Obtener y mantener un compromiso por parte de los profesionales de adhesión al modelo común y al trabajo en RED.
- Legitimar un equipo de estas características por parte de la dirección de nuestras organizaciones.
- Proporcionar el acompañamiento y apoyo logístico necesarios al equipo, que le permita un óptimo desarrollo. En definitiva cuidar y mimar cada uno de sus procesos.
- Establecer una estrecha coordinación con todos los organismos públicos y privados que estén implicados en la provisión de apoyos a este colectivo.

LO QUE NO SE DEBE HACER

Consideramos que se debe evitar que:

- Haya diferentes niveles de implicación por parte de los miembros del equipo.
- Los miembros del equipo no transfieran el conocimiento y las buenas prácticas que se generan al resto de profesionales y estructuras de sus asociaciones.
- No se exija un compromiso de participación y de formación mínima en el equipo que garantice su continuidad y desarrollo.
- Se trabaje de forma aislada, sin establecer canales de comunicación con el resto de estructuras de la organización.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Aunque el trabajo realizado hasta ahora ha aportado resultados muy positivos, aún quedan cosas por hacer, ya que la idea es continuar prestando desde la federación el apoyo necesario para el desarrollo cada vez más óptimo del equipo, y poder seguir contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de las personas que presentan graves problemas de conducta y de salud mental, hasta conseguir que en Extremadura (tanto en el movimiento asociativo FEAPS como en la red socio sanitaria pública y privada), se generen recursos específicos e inclusivos que den respuesta a esta problemática.

Para ello, todos nuestros esfuerzos irán en lo sucesivo orientados a fortalecer y mejorar los vínculos ya establecidos con la Administración Socio-Sanitaria Autonómica.

Buenas Prácticas en...

INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN ESCUELAS DE ADULTOS

Nombre de la entidad: AFANIAS.

Promotor/es de la buena práctica: Ángeles Martínez (dirección técnica), David López y Miguel Ángel Rivas (Plegart-3 AFANIAS), Cristina Fenellós y Ana García (Las Victorias AFANIAS), Lola Cava (AFANIAS Pozuelo), Julia Díaz-Noriega (AFANIAS Canillejas).

Federación a la que pertenece: FEAPS Madrid.

Coordinador o persona de contacto: M^a Ángeles Martínez Isaac. Directora Técnica de AFANIAS Magallanes.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Curso escolar 2005-2006, renovado para el curso 2006-2007.

Otros datos que se consideren relevantes: Esta experiencia está avalada por un convenio de colaboración con la Dirección General de Promoción Educativa de la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid, que se renueva anualmente.

Ha sido considerada por *Inclusion International* como una de las quince experiencias más innovadoras en Europa, siendo presentada en los congresos internacionales de *Inclusion Europe* en Graz (Abril 2006) y Bruselas (Mayo 2006).

LA BUENA PRÁCTICA

La práctica consiste en: la inclusión educativa de usuarios de los centros ocupacionales de la Asociación AFANIAS y antiguos usuarios de estos centros, que

están insertados laboralmente; en la red de Centros de Educación Permanente de Adultos (en adelante CEPA) de la Comunidad de Madrid.

La Buena Práctica es producto del desarrollo del antiguo servicio de Ajuste Personal y Social de los centros ocupacionales en los CEPA. Mediante esta práctica, profesionales de los equipos de Apoyo Personal y Social de AFANIAS, junto con el equipo de orientación y profesores de los CEPA, desarrollan conjuntamente los planes de formación grupales y las adaptaciones individualizadas adecuadas, para atender a las necesidades de formación permanente de los adultos con discapacidad intelectual.

El proyecto está dirigido a personas adultas con discapacidad intelectual, con independencia de cuales sean sus necesidades de apoyo.

La experiencia en los CEPA hasta la actualidad se ha realizado a dos niveles:

1º) Integración física que consiste en trabajar en grupos específicos utilizando el entorno y los recursos de la formación permanente de adultos ordinaria, con profesores tanto de AFANIAS como de los CEPA.

2º) Inclusión participativa, de los alumnos en la oferta formativa ordinaria ofrecida por el CEPA.

Un tercer nivel común a los dos anteriores es el de la integración comunitaria de todos los alumnos con discapacidad intelectual en la vida participativa y comunitaria de la escuela: órganos de gobierno, fiestas, elaboración de la revista, etc.

ANTECEDENTES

La inclusión educativa en un centro público de educación de adultos se lleva realizando desde el año 1999 de forma sistemática por el Centro Ocupacional Plegart-3 en colaboración con el equipo pedagógico del CEPA Canillejas.

La experiencia se mantenía fruto de la magnífica disposición del CEPA Canillejas para acoger al colectivo de personas con discapacidad intelectual y al esfuerzo del Centro Ocupacional Plegart-3 de “desplazar” una parte importante de su actividad (el área de Apoyo Personal y Social) a un recurso ajeno a sus propias

instalaciones. Esta situación no dejaba de ser inestable puesto que la acogida al colectivo y a la organización no estaba respaldada por el organismo público del que depende el CEPA y su colaboración, como ya hemos dicho, dependía de la buena voluntad del equipo directivo del momento.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

La necesidad de desarrollar el área de formación académica y funcional de los centros ocupacionales en espacios inclusivos, como son los Centros de Educación Permanente de Adultos, se basa en aspectos que tienen que ver con el valor de formar a las personas con discapacidad intelectual en competencias personales y sociales en los mismos entornos en los que estas destrezas cumplen su función, facilitando el acceso a los recursos como un ciudadano más. Este valor se fundamenta en la necesidad de complementar la formación recibida en los centros ocupacionales con la formación en la participación social, de modo que esa formación tenga el valor intrínseco de la participación activa en espacios inclusivos.

La formación de adultos que se proporciona en el ámbito del centro ocupacional se ve limitada al currículo que se puede impartir desde la propia organización y a la formación específica de los profesionales por ella contratados, la participación en este proyecto amplía las expectativas formativas de las personas con discapacidad.

Por otro lado, nuestra experiencia nos dice que los CEPA llevan trabajando muchos años con personas con discapacidad intelectual, sin darles una respuesta satisfactoria (como lo manifiesta el profesorado en cuantas reuniones se han planteado el tema) o rechazándolo, por carecer de recursos adecuados o siquiera de una visión sobre sus necesidades específicas.

PROCESO SEGUIDO

Al finalizar el curso 2003/2004 se realizó una evaluación exhaustiva de los objetivos compartidos por el centro ocupacional Plegart-3 y el CEPA Canillejas. A partir de la evaluación de esa experiencia y tras reunión con la Dirección General de

Promoción Educativa se decide la firma del convenio entre AFANIAS y la Comunidad de Madrid, con fecha de comienzo de aplicación del mismo a principio del curso 2005-2006. Para la implantación del convenio se propone que cada centro ocupacional elabore un plan anual conjunto con el CEPA con el que va a colaborar, con sus propios objetivos y metas, puesto que las realidades en cada uno de los centros ocupacionales difieren mucho (por edad de las personas, necesidades de apoyo, etc.), al igual que la de cada uno de los CEPA (oferta formativa, recursos...).

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

En Julio de 2005 se firmó un convenio de colaboración entre Promoción Educativa y AFANIAS para el desarrollo de programas conjuntos de integración de adultos con discapacidad intelectual de diversos centros de AFANIAS en las Escuelas Permanentes de la Comunidad de Madrid. Convenio que ha permitido extender la colaboración de esta experiencia a los centros ocupacionales: AFANIAS Canillejas, AFANIAS Las Victorias, AFANIAS Plegart y AFANIAS Pozuelo en colaboración con el CEPA Las Rosas, CEPA de Tetuán, CEPA Canillejas y CEPA Pozuelo.

Para el curso de 2006-2007 se incorporará al proyecto un nuevo centro de AFANIAS en Móstoles.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

De esta experiencia se están beneficiando más de 200 personas provenientes de AFANIAS, e indirectamente otros 50 adultos con discapacidad intelectual que asistían por su cuenta a los CEPA. Las evaluaciones de los distintos proyectos de colaboración de cada CEPA con AFANIAS, nos indican que después de la convivencia continuada con personas con discapacidad, la visión que se tiene sobre las mismas varía positivamente hacia actitudes de convivencia y respeto en vez de sobreprotección y rechazo.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA. LO QUE SE DEBE Y LO QUE NO SE DEBE HACER.

Una de las clave del éxito en esta práctica ha sido la presencia física de los profesionales de AFANIAS en los CEPA, y el adaptar el proceso de inclusión a los ritmos, necesidades, expectativas y en ocasiones “miedos” de cada CEPA.

Una posible formula que nos ha ayudado a superar posibles miedos y mejorar la confianza mutua, ha sido la oportunidad de que se impartan clases para grupos específicos, compartiendo esa actividad docente, entre profesionales de los CEPA y profesionales de AFANIAS, esta situación produce beneficios mutuos, genera alianzas dentro de los CEPA y abre muchas posibilidades a experiencias nuevas y distintas.

Lo que consideramos que no se debe hacer es forzar el proceso, ir con el derecho por delante, puesto que tal y como hemos descrito, para nosotros la clave del éxito es que el claustro y el equipo directivo hagan suyo el proyecto.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Nos queda mejorar el currículo que ofertamos a las personas con discapacidad y encontrar y desarrollar un abanico más amplio de actividades, también sistematizar el proceso de seguimiento en la inclusión en las actividades ordinarias de los CEPA, así como desarrollar la inclusión en los CEPA de referencia geográfica para las personas de nuestro colectivo, con un modelo de supervisión y tutorización individualizado y que garantice el éxito de la inclusión.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

Creemos que la inclusión no tiene por qué ser vista solo como un esfuerzo para las instituciones, sino como una oportunidad para ampliar y mejorar los recursos que ofertamos a las personas. Desde nuestra perspectiva además de ampliar las oportunidades que les ofertamos a las personas con discapacidad, aumentamos la cantidad y calidad de recursos con los que cuenta una institución.

Esta experiencia está sustentada legalmente en el decreto 128/2001 de 2 de Agosto, por el que se establece el marco de actuación de personas adultas en la Comunidad de Madrid, así como en el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2005-2007).

Buenas Prácticas en...

GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL AFECTAS POR EL RÉGIMEN PENAL PENITENCIARIO

Nombre de la entidad: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, FEAPS.

Promotor/es de la buena práctica: Los autores han sido cinco coordinadores del programa de “Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para Personas Reclusas y Ex - Reclusas con Discapacidad Intelectual”: Laura Cardona i Bonet (APPS); Maite Casado Serrate (FEAPS); Gema Fernández Aranaz (FEPROAMI); Carmen Guzmán Córdoba (AMPROS); Juan Luís Quevedo Rodríguez (APSA) y Clarisa Ramos Feijoo (profesora del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Alicante, colaboradora del Real Patronato sobre Discapacidad).

Además de éstas personas, han formado parte del proceso de elaboración de la Guía los responsables de las veinte entidades que ejecutan el programa.

Federación a la que pertenece: FEAPS.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Azahara Bustos (FEAPS).

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 2002 - 2005.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

La Guía se divide en dos partes: la primera parte es introductoria y trata de describir el proceso de identificación de las personas con discapacidad intelectual,

sus necesidades y las diferentes fases por las que ha atravesado el programa desde el año 1995.

En la segunda parte se describen los procesos y alternativas que pueden darse en los distintos tipos de intervenciones basados en la experiencia acumulada, para que puedan servir de orientación a las entidades y profesionales vinculados a este colectivo.

La Guía aborda desde el inicio de la intervención con la persona con discapacidad intelectual, y las acciones previas a la intervención (detección, diagnóstico, oficialización), hasta los tipos de intervención según el colectivo de atención (personas en situación de riesgo, personas que han delinquido y están en recursos alternativos, personas que ya están en prisión o ya han cumplido condena). Presenta también el marco penitenciario y la colaboración con Instituciones Penitenciarias a la vez que recoge una guía de recursos, un glosario psicológico-psiquiátrico y jurídico y unos anexos que presentan programas individuales de rehabilitación o modelos de certificados oficiales entre otros.

Los objetivos que se han pretendido con esta Guía son:

- Disponer de un documento que describa los procedimientos utilizados hasta el momento para intervenir y que reflexione y proponga soluciones a los retos y problemas no resueltos en esa intervención.
- Orientar a las entidades que quieran iniciar la intervención con este colectivo, a los profesionales que de un modo u otro se coordinan con nosotros para atender a estas personas y quieran conocer el funcionamiento interno y las particularidades del mismo.
- Describir el perfil básico de la persona usuaria, sus especiales necesidades, las acciones de coordinación entre todos los agentes implicados y los pasos a seguir para proporcionar la atención especializada.
- Unificar criterios y acciones de intervención.

La Guía, sobre todo, ha tratado de dar respuesta a todas las realidades de cada una de las entidades del programa intentando recoger cada peculiaridad y situación que se daba.

ANTECEDENTES

Esta práctica se enmarca en el Programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para Personas Reclusas y Ex-reclusas de FEAPS.

Fueron tres las entidades que empezaron con el programa en el año 1995, sin modelos, sin precedentes, ni experiencias que “dieran pistas” sobre las posibles líneas de actuación con personas con discapacidad intelectual recluidas en un centro penitenciario. Cada entidad actuaba guiada por su sentido común y su experiencia teniendo en cuenta las posibilidades, recursos disponibles y directrices de la propia organización, lo que hacía posible unas u otras acciones.

Con el tiempo se fueron incorporando entidades nuevas al programa y todas planteaban las mismas dificultades a la hora de empezar a intervenir en un entorno tan hostil como es la cárcel: había mucha experiencia en el programa, pero no existía un referente escrito que “guiara” a las demás entidades en este camino.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Desde 1995 se fueron incorporando entidades al programa sin que hubiera ningún referente que les ayudará en la intervención con personas con discapacidad intelectual en el medio penitenciario.

Las demandas de las entidades que empezaban el programa y el intercambio en las reuniones de coordinadores del mismo, evidenciaron la necesidad de establecer un marco de trabajo común en todas las Comunidades Autónomas, la unificación de la metodología de intervención y la necesidad de una herramienta que informara a los profesionales de los centros penitenciarios de nuestra intervención.

PROCESO SEGUIDO

Para la elaboración de la Guía se nombró una Comisión de Trabajo formada por 5-6 responsables del programa que diseñaron la estructura del documento y sus contenidos.

Los autores de la Guía procedían de diferentes comunidades autónomas y fue necesario encontrar un sistema de trabajo que facilitara su desarrollo, evitara continuos desplazamientos y fuera eficiente. Es por ello que la metodología empleada fue variando según el tiempo y la evolución del propio documento.

Se celebraron numerosas reuniones de dos días de duración de la comisión de trabajo en Madrid, así como multiconferencias que evitaron los desplazamientos. Se desarrolló mucho trabajo, tanto de carácter individual como por grupos, que se intercambiaba vía correo electrónico.

Todo el trabajo de la comisión era remitido al resto de los responsables del programa y se incluía en el orden del día de cada una de las reuniones donde se hacía una puesta en común y se debatía el documento.

En cuanto a los recursos empleados han ido desde la metodología, herramientas de detección, intervención, información e intercambio de experiencias de las entidades del programa y otros colaboradores al fondo documental y bibliografía propios del programa.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

La Guía ya está publicada por lo que toda entidad, miembro de FEAPS o ajena a ella, que esté interviniendo o quiera intervenir en los centros penitenciarios podrá disponer de ella y comenzar con la intervención.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Esta Guía puede constituir un referente para otras organizaciones, entidades y profesionales que se estén planteando iniciar una intervención dentro de los centros penitenciarios que mejore la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en estas situaciones (tanto dentro como fuera de la red de FEAPS, en los Centros Penitenciarios y las Administraciones Públicas).

Durante estos últimos diez años, 445 personas con discapacidad intelectual han sido atendidas mejorando su calidad de vida.

Las familias se sienten acompañadas en la búsqueda de una mejora de la situación del familiar además de estar asesoradas en unos procesos que les son totalmente ajenos (abogados, juicios, sentencias, lenguaje jurídico, etc.).

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Consideramos que es necesario contar con un marco de trabajo escrito, unos procedimientos comunes que sean repetibles por cualquier profesional que se incorpore al trabajo con nuestro colectivo de atención.

Cuanto más necesitado y complejo es el colectivo, más necesaria es una herramienta que dé y garantice calidad a la intervención.

LO QUE SE DEBE HACER

- La Guía se ha convertido en una herramienta útil, que describe las diferentes situaciones de este colectivo, sus necesidades y el modo de intervención específico en un entorno de características tan particulares como es un centro penitenciario.
- Para ello ha sido necesaria la implicación, participación y colaboración de los responsables del programa además de un contraste con expertos en el tema.
- La puesta en común, los grupos de debate-opinión, las aportaciones y críticas han ayudado a validar su contenido además de permitir comprobar su comprensión, lenguaje, conceptos y su practicidad.
- El haber conseguido potenciar la participación de los responsables en el documento ha permitido que esta Guía sea considerada como la “Guía de todos”.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- ⊖ El tiempo de elaboración de la Guía ha sido excesivo (tres años y medio) lo que produjo mucho cansancio además de una pérdida de la perspectiva en algunos momentos. Sin embargo, no se debe olvidar que la Guía ha tratado de reflejar la realidad de todas las entidades del programa y que los miembros de la Comisión de Trabajo procedían de regiones diferentes lo que dificultaba, en ocasiones, la celeridad del documento.
- ⊖ Resultó difícil mantener constantemente esa visión global que recogiera todas las realidades y apartara a cada uno de su realidad.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

La Guía va a ser una herramienta de manejo en el día a día de todas las entidades que ejecutan el programa o lo hagan en el futuro. Resulta por ello necesario lograr la máxima difusión posible de este documento.

Debemos resaltar también que para las organizaciones constituye un reto que se enmarca en las exigencias éticas a las que el Movimiento Asociativo FEAPS tiene que dar respuesta.

Buenas Prácticas en...

TALLER DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

Nombre de la entidad: Fundación San Cebrián.

Promotor/es de la buena práctica: Julio César del Río / Marisa Salán.

Federación a la que pertenece: FEAPS Castilla y León

Coordinador/es o persona/s de contacto: Julio César del Río.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde septiembre de 2004 hasta la actualidad.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

En septiembre de 2004, después de diferentes intentos se organiza un taller de personas con problemas de conducta. Son seis personas con distintos diagnósticos y una larga historia de fracasos e inadaptaciones, tanto en el ámbito familiar, como en el escolar, social, laboral, etc.

El objetivo que pretendemos es lograr su adaptación al centro, de forma que sus repertorios de conducta sean un refuerzo positivo y no motivo de rechazo y de castigo.

La monitora del taller se encarga de organizar las tareas de formación, prelaborales, de ocio, etc. Cuenta con un monitor de apoyo durante determinadas horas y con el apoyo y colaboración del psicólogo. Entre el monitor y el psicólogo elaboran y ejecutan los programas individuales y de modificación de conducta. La característica más importante es que los objetivos sean sencillos, concretos, y fáciles de medir, por ejemplo: acudir a comer todos los días, asistir al taller toda

la jornada...

En el equipo de trabajo siempre se ha considerado importante la valoración objetiva de los resultados mediante el registro de conducta. Esto junto a otras valoraciones, nos permite pensar que la intervención que se realiza es positiva para los usuarios.

ANTECEDENTES

La Fundación San Cebrián atiende a unos 265 usuarios, repartidos en distintas localidades: Carrión de los Condes, Villamuriel, Palencia, San Cebrián de Campos. Los servicios se delimitan por las diferentes direcciones. La que nos afecta es la dirección de centro de día de San Cebrián, que está compuesta por: el servicio ocupacional, el de mayores y de jóvenes.

De los 265, un 30% de los usuarios presenta trastorno dual, la mayoría de ellos se encuentran perfectamente adaptados. Algunos no lo consiguen, es por lo que nos hemos visto obligados a dar otras soluciones, como es la creación de un servicio que facilite la adaptación a ese grupo de usuarios.

Anteriormente la atención a estos usuarios se basaba en la actitud y la voluntad del trabajador, en su grado de implicación. También se contaba con el apoyo del Comité de Ajuste, integrado por técnicos, que intervienen en los casos problemáticos.

DIAGNOSTICO Y VALORACIÓN

En 2002 se establece la figura del psicólogo del centro ocupacional. En su plan de acción se plantea el objetivo de prevenir las conductas desafiantes, donde se propone:

1. Identificar a los usuarios con riesgo de presentarlas y
2. Elaborar programas grupales (sobre todo de habilidades sociales).

En 2004 se elabora un programa específico para usuarios con “alteraciones de conducta”, donde se actúa de forma individual y en momentos puntuales del día.

La derivación de usuarios proviene de los trabajadores de atención directa.

El último paso se dio en septiembre de 2004, cuando se destina un aula y un monitor para atender a “usuarios con problemas de conducta”. Dichos usuarios son:

(En la descripción de cada uno se indica el diagnóstico y valoración de la gerencia, el nivel de servicio del ICAP "Inventario para la Planificación del Cliente y de la Agencia", una ligera referencia a su historia personal y su situación en 2004)

- Usuario A: con 40 años, presenta retraso mental ligero, alteración de la conducta, con 52%. 55 de nivel de servicio. Ha presentado problemas en el ámbito familiar (caracterizado por frecuentes conductas agresivas, desafiantes y negativitas). En 2004 no acudía a ningún taller. A casa iba cada vez menos fines de semana. Su apariencia física e higiénica dejaba mucho que desear.
- Usuario B: tiene 32 años y presenta monoplejía branquial derecha con crisis comiciales y retraso en el desarrollo psicomotriz (78%). Nivel de servicio de 43.
- Usuario C: tiene 47 años. Está diagnosticado con discapacidad del sistema neuromuscular, trastorno cognitivo craneoencefálico y trastorno mental (73%). El nivel de servicio es de 40. Tuvo una caída desde 3 metros por la que sufrió una lobotomía traumática. Se le diagnostica psicosis delirante con deterioro cognitivo, déficit atencional y deterioro de memoria a corto plazo, largo y remota. No comprende textos ni cálculo. En 2004 se muestra totalmente ausente, es incapaz de relacionarse.
- Usuario D: tiene 21 años, presenta retraso mental moderado (69%). Nivel de servicio de 54. Proviene de una familia con larga experiencia en protección de menores. Fue institucionalizado a edad temprana. En el centro ha pasado por todos los talleres, pero sin éxito.
- Usuario E: tiene 26 años. Diagnosticado de retraso mental ligero con alteraciones de la conducta (48%). Nivel de servicio de 57. En su expediente se hacen constantes referencias a las dificultades de comprensión de situaciones sociales. Presenta conductas de acoso. En 1994 el equipo del MEC le diagnostica: inadaptación escolar, hipolaboriosidad e indisciplina. Conducta dis-

ruptiva y socialmente ofensiva en el aula. En 2004 la asistencia al centro era mínima y cuando asistía por la tarde se fugaba a casa.

- Usuario F: tiene 36 años, presenta retraso mental moderado y trastorno de la afectividad (77%). Diagnosticado de síndrome neuroléptico maligno que limita el tratamiento farmacológico. En un informe social de mayo de 2004 se dice que “acude al taller acompañado por un monitor, pues al levantarse tiende a fugarse y encerrarse en el servicio. Debido a los problemas de conducta suele permanecer menos tiempo en el domicilio familiar en vacaciones”.

PROCESO SEGUIDO

Conocidos los usuarios planteamos el programa, donde proponíamos como **objetivo principal**: “Conseguir la adaptación al centro, integrándoles en las actividades, horarios y espacios de la Fundación, mediante la adaptación a ellos del personal y los espacios”. **Otros objetivos** propuestos son: conseguir un grupo de referencia; mantener y mejorar las capacidades físicas y mentales; conseguir hábitos de vida correctos; fomentar la participación en actividades que ocupen, distraigan, entretengan; formar a los usuarios en hábitos de salud e higiene; conseguir y mantener hábitos laborales básicos.

Las **acciones** realizadas durante estos dos años han sido:

- **Recogida de información mediante entrevistas con los usuarios, familias y otros trabajadores y revisando expedientes:** al comienzo recurrimos a los expedientes y a los propios usuarios, lo que era facilitado por el contacto habitual. Ha sido interesante la información aportada por los trabajadores del centro. La participación de las familias, con las que se tuvo una entrevista inicial donde se explicó en qué consistía el taller, y otras sesiones para plantear objetivos comunes y recibir feedback.
- **Elaboración de programas de modificación de conducta:** el trabajo en equipo es una característica del programa, la colaboración entre la monitora y el psicólogo, con reuniones diarias, ha permitido intervenir en la conducta de los usuarios, mediante: planteamiento de objetivos, planificación de actuaciones, establecimiento de criterios de evaluación, intervenciones de urgencia

(en las que también han intervenido otros técnicos: sujeción, búsqueda y conducción de los usuarios al taller o al comedor...).

- **Seguimiento y evaluación:** realizado por la monitora en su actuación diaria en el taller. La familia ha tenido un papel importante, aportando su punto de vista sobre la evolución de su familiar.
- **Otras actividades:** son las que se realizan diariamente y dan consistencia al taller. Las hay de tipo laboral (gresite, agendas, jardinería, etc.) que permiten no desconectar a los usuarios de lo laboral. Otras son de tipo formativo: algún usuario sale del taller para realizarlas. Y actividades de ocio: salidas que se realizan una vez al mes, preparación de los carnavales...
- **Recursos humanos:** al frente del taller está una monitora, con experiencia en las personas con discapacidad, pero no con preparación específica en problemas de conducta. Su horario se cubre en un 60% con cuidadores de apoyo. El psicólogo participa: en reuniones con la monitora para la programación y realización de actividades, entrevistas con usuarios y familiares, en momentos puntuales participa en la atención directa del taller.

En determinadas circunstancias se emplean otros recursos de la Fundación, como: equipo técnico, comité de ajuste, servicio sanitario, profesorado. En tres usuarios el tratamiento psiquiátrico es externo.

- **Otros recursos:** un aula de unos 25 m², bien ubicada, con material nuevo y con buenos accesos. Se dispone de material variado para las actividades. Se usan también otros recursos como: gimnasio, aula de formación, sala multisensorial, vehículos, otras aulas o despachos para entrevistas con familias, etc.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

La actividad del taller se desarrolla durante todo el año salvo en vacaciones: el mes de agosto, una semana en Semana Santa y otra en Navidad. El horario es el mismo de cualquier servicio de centro de día, de 9:00 h. a 17:30 h. La mañana comienza con actividades formativas (habilidades académico-funcionales), durante un periodo de dos horas (de 9 a 11 h.). Hasta las 11:30 h. hay un descan-

so. De 11:30 a 13:00 h. se dedica a las actividades prelaborales, donde se intenta crear el hábito del trabajo. Hay periodos donde falta material, es cuando se recurre a las manualidades. A las 13:00 h. es la comida, seguida de un descanso hasta las 15:00 h., se aprovecha para realizar actividades de higiene. A partir de las 15:00h. se reparten el tiempo las actividades de tipo laboral con las de ocio, dependiendo de días y de épocas del año. En verano se aprovecha para paseos, disfrutar de la piscina...

Otras actividades que no se ubican en el aula son: un usuario recibe sesiones de fisioterapia dos veces a la semana, tres reciben una sesión semanal de 45 minutos en la sala multisensorial, otro acude todas las tardes a un curso y otro participa en el taller de jardinería dos mañanas (martes y jueves). Una vez al mes se hace una salida para visitar a usuarios o a sus padres o ir a localidades cercanas.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Al comienzo de la práctica, establecimos la necesidad de medir los progresos, de tal forma que fuera posible aportar algún dato numérico. La evaluación de la actividad la realizamos de tres formas:

Resultados de los registros de evaluación: (los resultados se comparan entre el año 2005 y el primer semestre de 2006)

- Usuario A: la enuresis diurna ha pasado de 33 a 2 en 2006. Las fugas del taller fueron 12 frente a 3 ahora. No asistir a comer se dio en 11 ocasiones frente a 2 en lo que llevamos de año. En 2006 se ha empezado a registrar los días en los que el usuario duerme en exceso, lo que nos confirma la necesidad de trabajar con el servicio de residencia.
- Usuario B: en 2005 se usó la sujeción farmacológica en 10 ocasiones, este año hasta el mes de julio se usó una vez. Las ausencias del taller fueron 84 en 2005, en 2006 han sido 32, suelen coincidir más con el buen tiempo. Los episodios de agresiones fueron 27 frente a 16 en 2006, pero es significativo que se producen en los periodos de descanso.
- Usuario C: se registraron las ausencias del taller, en 2005 se dieron en 31 ocasiones, en 2006 de momento han sido 30. Es el usuario con el que menos se

ha avanzado.

- Usuario D: se han registrado las ausencias del taller y no son buenos datos, de 84 frente a 57 en este año. Se necesita trabajar el aspecto laboral. Sí creemos que se ha dado cierta evolución en su autodeterminación.
- Usuario E: registramos la asistencia, dándose 70 faltas en el 2005 y 26 en el 2006. Durante 2005 estuvo ingresado en psiquiatría varias veces, que no se han contabilizado como falta (sería cerca de un mes sin contar agosto).
- Usuario F: entre el 2005 y el 2006, las conductas de fuga están estables (25 frente a 13). El aspecto más importante con este usuario es el peso, que ha variado de 63 kilos a 71. La evolución ha sido ascendente hasta estabilizarse.

Lo que hemos apreciado: al comienzo el primer reto fue que estos usuarios asistieran al taller y que mantuvieran su horario cada día. Hoy asisten voluntariamente y están integrados en el aula y en el grupo. El proceso se ha basado en la constancia: acompañándoles al taller, al comedor...

Opinión de otros trabajadores y de la familia: aprecian, en general, que 6 usuarios que habitualmente captaban la opinión negativamente, hoy pasan desapercibidos y en algún caso, se ven reforzados positivamente en su relación con los trabajadores. Las familias lo han manifestado también. En dos casos las vacaciones o estancias con la familia se han alargado o hecho más frecuentes. En un caso el psiquiatra ha manifestado la mejoría a los padres. En otro la actitud de asistir es considerada normal, cosa que antes no ocurría.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

El trabajo en equipo, con voluntad. Programaciones individuales centradas en la persona e interviniendo en los ámbitos de su vida: familia, taller, vivienda. Objetivos concretos y fáciles de evaluar, que permiten el uso de registros. Implicación personal y constancia.

LO QUE SE DEBE HACER

- La implicación de las familias en el proceso, han sido el mejor refuerzo.
- La definición (a veces escasa) de los criterios de evaluación y atribuirles un valor numérico.
- Lograr que los usuarios tengan el taller como lugar de referencia.
- Ser flexibles, para rectificar cuando nos equivocamos.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Intentar imponer a unos padres la forma de actuar con su hijo.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Se debe fomentar el aspecto laboral, mediante una figura parecida al pre-parator laboral, con el fin de lograr una adaptación progresiva a un servicio estable. En algún caso es importante trabajar conjuntamente con el servicio de vivienda, ampliando la actuación a todo el día. Nos queda también afrontar periodos de cambio de usuarios: salida de algunos (decidir cuando debe ser) e ingreso de otros, ya que el número de usuarios es el justo.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

La madre de un usuario nos dijo que hace dos años pensaba que su hijo, tal como estaba, se moría. Otros también lo pensábamos cuando íbamos una y otra vez a buscarlo, en junio o julio, a las 12, la 1 ó las 2 de la tarde y lo encontrábamos tumbado en mitad de una tierra a medio kilómetro de la carretera.

Un usuario dijo: “Marisa me gusta estar en el taller contigo”.

Buenas Prácticas en...

EXPERIENCIA DE ENSEÑANZA COMBINADA CON PERSONAL DE APOYO

Nombre de la entidad: ASTOR.

Promotor/es de la buena práctica: Centro Educativo Específico “Virgen de Loreto – REHTO” de ASTOR.

Federación a la que pertenece: FEAPS Madrid.

Coordinador/es o persona/s de contacto: M^a Paz de Pando Asensi (directora académica).

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde septiembre de 2004 hasta la actualidad (durante el próximo curso también se llevará a cabo).

Otros datos que se consideren relevantes: Otras responsables de esta experiencia han sido Patricia Arroyo Sánchez (psicóloga-orientadora) y M^a Gemma Galán Fernández (jefa de estudios).

LA BUENA PRÁCTICA

La Enseñanza Combinada es una modalidad educativa alternativa en la que el proceso de enseñanza - aprendizaje del alumno/a se desarrolla en dos centros a la vez, pudiendo recibir los recursos que sus necesidades requieren. Se combina la atención a las necesidades educativas especiales en un centro de educación especial, donde se desarrolla la parte fundamental de la respuesta educativa, con un centro ordinario en el que se atiende prioritariamente a objetivos de interacción e inserción social, además de potenciar que el alumno/a se beneficie de otros entornos más normalizados. Esta opción organizativa únicamente se plantea en las etapas de Educación Infantil y Primaria y con un programa conjunto de intervención de

los dos centros, revisable anualmente siempre y cuando las necesidades del alumno/a lo requieran.

El principal objetivo en la actualidad en cuanto a la atención a la diversidad se ha centrado en la inclusión. Es por ello por lo que hemos potenciado el buen funcionamiento de esta práctica educativa, “solventando” las barreras con las que nos encontramos.

La Enseñanza Combinada, según la Ley de Educación, nos parece que está mal planteada en la forma, no en el fondo. Para llevar a cabo con éxito dicha modalidad educativa, faltaba la figura del coordinador / ejecutor del proceso. Nuestro centro educativo es pionero en la puesta en práctica de esta modalidad educativa. Llevamos desarrollándola desde el curso escolar 1997 / 98 en estrecha colaboración con el EOEP de Torrejón de Ardoz y el Servicio de Inspección Educativa. Hemos solventado progresivamente ciertas dificultades: falta material de tiempo de coordinación interprofesional, imposibilidad real de realización de programaciones conjuntas entre los tutores, profesional que realice las adaptaciones curriculares significativas y el material escolar...

Con el apoyo del Consejo Escolar de ASTOR, presentamos el proyecto, siendo aprobada una partida “extra” para el pago de un profesional (figura de referencia para el alumno/a en ambos centros con visión integral del niño/a). Sus funciones principales son:

- Adaptar el material escolar y explicaciones del profesor en el centro ordinario, con el objetivo de que el menor siga la clase como el resto de sus compañeros/as.
- Facilitar la coordinación entre los centros al estar en ambos, por lo menos, una vez a la semana.

ANTECEDENTES

El Centro Educativo Específico “Virgen de Loreto – REHTO” es miembro de ASTOR (Asociación de Padres con Hijos con Discapacidad Intelectual de Torrejón de Ardoz), sin ánimo de lucro -al amparo del artículo 22 de la Constitución-, realiza servicios de promoción y atención globalizada de la persona con discapacidad intelectual a lo largo de toda su vida, para alcanzar el mayor

grado de inclusión social según sus capacidades. Surge en 1977 como respuesta a la necesidad de servicios y recursos para las personas discapacitadas residentes en Torrejón y pueblos de la zona.

Es miembro de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, FEAPS; de la Federación de organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual y sus familias de la Comunidad de Madrid, FEAPS Madrid, y de la Fundación Tutelar de Madrid, FUTUMAD. Está inscrita en el registro de Asociaciones del Gobierno Civil de Madrid el 09/09/1977 con el N° 2559 y declarada de “Utilidad Pública” en el Consejo de Ministros de 02/03/1978. Inscrita en el Registro de Asociaciones del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz nº 5, y declarada de “Utilidad Pública Municipal” el 14 de Enero de 2005.

ASTOR se inspira en principios universales tales como: solidaridad, justicia social y participación. Los servicios de los que dispone son: atención temprana, centro educativo específico, centro ocupacional, centro de día, residencia y pisos tutelados. Y desarrolla programas como: grupo de madres, escuelas deportivas, musicoterapia, ocio y tiempo libre, respiro familiar.

El Centro Educativo Específico “Virgen de Loreto- REHTO” de ASTOR, está reconocido como centro de recursos de la zona, desarrollando todo tipo de experiencias integradoras para dar la respuesta más normalizada a los alumnos/ as y a aquellos que provienen de los centros de integración.

Las etapas educativas que atiende son:

- Educación Infantil (alumnos/as de 3 a 6 años),
- Enseñanza Básica Especial (alumnos/as de 7 a 16 años) y,
- Transición a la Vida Adulta (alumnos/as de 17 a 20 o 21 años).

En cuanto a la población escolar, se trata de alumnos/as con necesidades educativas permanentes, con discapacidad intelectual asociada en muchos casos a plurideficiencias importantes (motóricas, sensoriales, trastornos de conducta y/o de personalidad).

Los **objetivos principales** y pilar básico de nuestro trabajo son:

- Desarrollar la autodeterminación, es decir, tratamos en todo momento de que las personas con discapacidad intelectual sean ciudadanos de hecho y de dere-

cho potenciando su inclusión social.

- Promover su acceso a aquellos entornos y experiencias (escolares, de ocio, laborales) lo más normalizados e integradores posibles, con los ajustes y apoyos necesarios.
- Potenciar el máximo desarrollo de sus capacidades de acuerdo con lo establecido en el marco curricular común a todos.
- Facilitar la formación diferenciada y adaptada a sus necesidades educativas en las diferentes etapas, adecuando en cada momento el tipo e intensidad de los apoyos para facilitar el máximo desarrollo y/ o compensar las dificultades existentes.
- Favorecer su transición adecuada y ajustada del centro ordinario al específico (en los casos en que ésta sea la alternativa más adecuada), y hacia el mundo laboral y la vida adulta.

Dadas las características de nuestros alumnos/as y con el fin de favorecer su proceso de enseñanza – aprendizaje, nos surgieron las siguientes necesidades:

- Posibilitar una escolarización adecuada a las necesidades del alumno/a.
- Facilitar la toma de decisión, con relación a la futura escolarización del alumno/a en quien no se ve con total claridad cuál es la opción más adecuada a sus capacidades.
- Acompañar a las familias, tratando de dar respuesta a sus necesidades.
- Favorecer la adaptación al centro específico del menor y su familia.

La adaptación al centro específico y la valoración de la modalidad educativa más adecuada de Enseñanza Combinada se realiza en conjunto con el E.O.E.P., los orientadores y tutores de ambos Centros y la Directora de REHTO.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Desde nuestra experiencia en Enseñanza Combinada detectábamos el problema

de la falta de visión conjunta. Por ello planteamos dicho proyecto dado que, teniendo a la maestra de enlace conseguíamos solventar el vacío en la coordinación.

PROCESO SEGUIDO

Acciones

- Presentación de un proyecto a la Consejería de Educación con la exposición de las características, objetivos y necesidad de un maestro para llevar a cabo la experiencia.
- Información a los Equipos de Orientación y de Atención Temprana de la zona de la puesta en marcha del proyecto, para que tuvieran en cuenta en la valoración del alumno/a la posibilidad de esta modalidad educativa.
- Concreción del proyecto con atención personalizada de cada alumno/a.

Recursos movilizados

Personales: profesores-tutores y de apoyo de los centros ordinarios (con los que se ha realizado una labor de sensibilización hacia este tema), profesionales de nuestro centro, equipos de la zona (E.O.E.P. y E.A.T.) y familias.

Materiales: Financiación de la Consejería de Educación equivalente al Concierto de un Módulo de Psíquicos, acorde con el trabajo realizado.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Dados los excelentes resultados obtenidos en la formación de los alumnos/as con los que hemos desarrollado esta modalidad educativa, nuestro deseo es continuar trabajando en la misma línea e insistir a la Consejería de Educación en la necesidad de seguir financiándola, si bien es cierto que la falta de esta subvención supondría un obstáculo importante aunque no insalvable.

Por otro lado, para el curso 2006/07 las resoluciones de escolarización de alum-

nos/as para esta modalidad son más numerosas, lo cual da una visión de la valoración positiva tanto del E.O.E.P., como de las familias y de la Inspección Educativa de la Dirección Territorial de Madrid-Este.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Los indicadores de evaluación utilizados han sido:

- El exhaustivo control de la eficacia del proyecto con seguimiento continuo del proceso entre todos los agentes activos del mismo.
- Reuniones iniciales, finales, y siempre que algún profesional o familia lo ha requerido a lo largo del curso.
- La elaboración de adaptaciones curriculares significativas en el centro ordinario y del Documento Individual de Adaptaciones Curriculares en el específico.

En cuanto a los objetivos alcanzados, debemos citar:

- Una educación integral basada en el principio de inclusión.
- El fomento de la coordinación y trabajo en colaboración interprofesional.
- La adaptación del alumno/a a ambos centros.
- La generación de una dinámica normalizadora de apoyo a todo el alumnado que también lo solicita al igual que el alumno con necesidades educativas especiales dentro del aula del centro ordinario.
- La responsabilidad compartida por todos ganando para la causa a profesores anclados, a veces, en sistemas de enseñanza poco flexibles y centrados en los contenidos conceptuales.

Por otro lado, el impacto que ha tenido esta experiencia en las personas con discapacidad intelectual, en sus familias y en la organización se puede resumir señalando que: el alumno/a con discapacidad vive su proceso escolar con mucha más alegría. Las familias colaboran activamente en el proceso, y los centros ordinarios

se enriquecen con la atención a la diversidad así entendida, que pasa a los procesos seguidos por sus equipos de apoyo.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

- El maestro/a contratado en estos momentos, según la legislación vigente, no puede ser de pago delegado. Está sujeto a la autorización de dicho proyecto y con el riesgo de que no sea autorizado en el siguiente ejercicio.
- Conseguir sensibilizar a los maestros de los centros ordinarios. Le hemos dedicado varias reuniones. Es difícil adecuar el ritmo de la clase a un alumno con necesidades educativas especiales y a un maestro más. Hoy día podemos decir que existe una buena coordinación y colaboración entre los centros.

LO QUE SE DEBE HACER

- Dirigir la solicitud de este proyecto al organismo competente de la Consejería de Educación junto a la documentación de solicitud de Concierto.
- Contratar al profesional adecuado que crea en el proyecto y tenga una gran asertividad para ejercer su función coordinadora.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Prescindir de los tiempos necesarios para coordinarse y elaborar material de apoyo.
- Actuar con descoordinación y prácticas contrarias o repetitivas.
- Esperar al desarrollo de la normativa con relación a la Enseñanza Combinada. Hay que recurrir a acuerdos particulares inter-centros.

- ⊖ No atender a la sensibilización y que persista el “temor” de algunos profesionales para aceptar en su aula al profesor que lleva a cabo la experiencia.
- ⊖ Mantener una estructura organizativa en el aula que impida la labor simultánea de dos docentes en acciones paralelas descoordinadas.
- ⊖ Dar primacía a los conocimientos sobre la socialización.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Conseguir que el profesor de enlace sea un maestro más de pago delegado con todas sus repercusiones administrativas.

Que los centros específicos privados-concertados funcionen realmente como Centros de Recursos (estamos hablando de tiempos de la LOGSE) y reciban por tanto las dotaciones económicas que les habiliten para prestar los apoyos necesarios en la zona con medios propios.

Buenas Prácticas en...

ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE NUEVAS VIVIENDAS

Nombre de la entidad: AFAS.

Promotor/es de la buena práctica: La Junta Directiva de la Asociación, el Gerente de la Asociación y el Director del Centro.

Federación a la que pertenece: FEAPS Castilla – La Mancha.

Coordinador o persona de contacto: Bernabé Blanco Lara, Gerente de AFAS.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde mayo del 2005 hasta enero del 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

La Junta Directiva de la asociación era consciente desde hace algún tiempo de que la residencia actual de AFAS no ofrecía las condiciones mínimas de calidad que hoy en día se ofrecen a las personas con discapacidad en los centros residenciales. Por ello se inició un proceso para confeccionar un proyecto de remodelación completo de la residencia del centro. A tal efecto, se creó una Comisión de la que forman parte miembros de la Junta Directiva, el gerente, el director, un representante de los trabajadores de atención directa, una persona con discapacidad residente en el centro y el arquitecto encargado de redactar el proyecto arquitectónico.

En primer lugar, se hizo una valoración de la situación de la residencia que

actualmente está en funcionamiento en el centro, detallando cuáles eran los principales problemas que había. A continuación se contactó con el departamento de calidad de la Confederación, FEAPS, para que nos informase de cuáles son los modelos residenciales que mejor están funcionando en España, con la finalidad de poder ir a visitarlos in situ. Estas visitas a diferentes residencias de España fueron muy participativas por parte de nuestra asociación ya que la expedición que las componían estaba formada, por el gerente, el director del centro, el arquitecto, un trabajador de atención directa, y varias personas con discapacidad, para conocer también cuál es su opinión acerca de los diferentes servicios residenciales que visitamos por toda la geografía española.

En cada una de las residencias que se visitaron se tomaron numerosas fotografías. Posteriormente, se confeccionó una presentación en *Power Point* con dichas fotografías, distinguiendo en esta presentación los diferentes ámbitos que forman parte de una vivienda (dormitorios, aseos, cocina, comedor, etc.) para, una vez visualizados por las personas con discapacidad residentes actualmente en el centro, pasarles un cuestionario muy sencillo en el que pudieran expresar su opinión acerca de cuál es el modelo de dormitorio, de comedor, de aseos, etc., que más les había gustado. Esta misma presentación en *Power Point* se presentó, a las familias de los residentes para que éstas también expresasen su opinión acerca del modelo residencial que más les gustaría para sus familiares con discapacidad.

Una vez que se dispuso de toda esta información aportada por cada una de las partes, se analizó por la Comisión creada a tal efecto para extraer unas conclusiones definitivas que se presentaron al arquitecto, el cual realizó definitivamente el proyecto arquitectónico.

ANTECEDENTES

La Asociación de Familiares y Amigos de Personas con discapacidad de Tomelloso (AFAS) es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de Utilidad Pública, constituida en el año 1977. Esta asociación, hoy en día, ofrece diferentes recursos para las personas con discapacidad intelectual: alojamiento, centro ocupacional, centro de día, atención temprana, centro especial de empleo, programa de Garantía Social, educación de personas adultas, apoyo a familias, etc.

En concreto, el servicio de alojamiento que ofrece la asociación está formado

por una residencia en la que viven personas con discapacidad gravemente afectadas (30) y personas con menos necesidades de apoyo (18), y por dos viviendas tuteladas en las que viven un total de 13 personas con discapacidad.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

La residencia actual que tiene AFAS está construida de acuerdo con una concepción antigua (años 80), por la que las necesidades y el momento eran otros muy distintos a los que existen hoy en día. La propia dinámica del tiempo, la experiencia de AFAS en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad intelectual, y la observación de otras realidades distintas a la de AFAS, nos hicieron llegar a la conclusión de que se podía ofrecer un mejor servicio de alojamiento a las personas con discapacidad que estaban utilizando este recurso.

PROCESO SEGUIDO

Se creó una comisión de la que formaban parte miembros de la Junta Directiva, el gerente, el director, un representante de los trabajadores de atención directa, una persona con discapacidad residente en el centro y el arquitecto encargado de redactar el proyecto arquitectónico.

En primer lugar, se hizo una valoración de la situación de la residencia que actualmente está en funcionamiento en el centro, detallando cuáles eran los principales problemas que existían. A continuación se contactó con el departamento de calidad de la Confederación FEAPS, para que nos informase de cuáles son los modelos residenciales que mejor estaban funcionando en España, con la finalidad de poder ir a visitarlos in situ. Estas visitas a diferentes residencias de España fueron muy participativas por parte de nuestra asociación ya que la expedición que las componía estaba formada por el gerente, el director del centro, el arquitecto, un trabajador de atención directa, y varias personas con discapacidad, para conocer también cuál era su opinión acerca de los diferentes servicios residenciales que visitamos por toda la geografía española. En cada una de las residencias que se visitaron se tomaron numerosas fotografías.

Posteriormente, se confeccionó una presentación en *Power Point* con dichas fotografías, distinguiendo en esta presentación los diferentes ámbitos que forman parte de una vivienda (dormitorios, aseos, cocina, comedor, etc.) para, una vez visualizados por las personas con discapacidad residentes actualmente en el centro, pasarles un cuestionario muy sencillo en el que pudieran expresar su opinión a cerca de cuál era el modelo de dormitorio, de comedor, de aseos, etc., que más les había gustado. Esta misma presentación en *Power Point* se presentó a las familias de los residentes para que éstas también expresasen su opinión acerca del modelo residencial que más les gustaría para sus familiares con discapacidad.

Una vez que se dispuso de toda esta información aportada por cada una de las partes, se analizó por la Comisión creada a tal efecto, para extraer unas conclusiones definitivas que se presentaron al arquitecto, el cual redactó definitivamente el proyecto arquitectónico.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

El proyecto de las nuevas viviendas residenciales de AFAS ya es una realidad. Se dispone de financiación por parte de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y en breve comenzarán las obras de construcción de estas viviendas.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

El proceso que se ha seguido para la elaboración del proyecto de las nuevas viviendas residenciales ha beneficiado a todos los componentes de la gran familia de AFAS. Las personas con discapacidad se sienten copartícipes de este proyecto y lo sienten como suyo. Las familias están encantadas por el hecho de que su opinión haya contado para decidir el modelo residencial que van a tener sus familiares con discapacidad. Los profesionales de atención directa están encantados porque, además de que también se ha contado con ellos en una decisión tan importante como es el cambiar el modelo residencial que existe en la asociación, van a ver mejoradas sus condiciones de trabajo cuando las nuevas viviendas estén en funcionamiento. Y por todo ello, la Junta Directiva y la asociación en sí, está encantada e ilusionada con este nuevo proyecto tan ambicioso, que va a servir para mejorar la calidad de vida que se ofrece a las personas con discapacidad que utilizan este recurso residencial.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Esta buena práctica ha enseñado al conjunto de la asociación el hecho de que un proyecto es mucho mejor acogido y mucho más completo cuando se cuenta con la opinión de todas aquellas personas que van a tener relación, de una forma u otra, con el mismo cuando éste pase a convertirse en una realidad.

Con esta buena práctica se ha aplicado el proceso de aprender y compartir (*benchmarking*) con el objetivo de compartir, aprender unos de otros, fomentar la información, motivación e innovación entre las prácticas profesionales del movimiento asociativo FEAPS.

LO QUE SE DEBE HACER

- AFAS ha acertado, sobre todo, en contar con la opinión de las personas con discapacidad que van a vivir en estas nuevas viviendas, porque consideramos que éste es un ejemplo de técnica de Planificación Centrada en la Persona (PCP), ya que las propias personas con discapacidad, en la medida de sus posibilidades y con los apoyos que cada uno ha necesitado, han podido decidir cómo quieren que sea su casa, el lugar donde van a vivir.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- El principal problema con el que se ha encontrado la Asociación en este proceso de redacción del proyecto de nuevas viviendas ha sido el de extraer e interpretar la opinión de las personas con discapacidad más gravemente afectadas o con más necesidades de apoyos. Por lo tanto, hay que seguir trabajando en mejorar las técnicas de comunicación con estas personas, para que ellas también puedan expresar sus opiniones sobre cualquier acción que les pueda afectar a su vida.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Con el nuevo modelo residencial de viviendas que se va a poner en funcionamiento se van a poder aplicar con más facilidad técnicas de planificación centrada en la persona, lo cual va a repercutir, evidentemente, en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad residentes, ya que van a poder sentirse más protagonistas de su propia vida, porque sus decisiones, con los apoyos necesarios, van a ser tenidas en cuenta y, poco a poco, se irá abandonando la filosofía de tener que decidir siempre por ellos.

Buenas Prácticas en...

APLICACIÓN DE EFQM PARA FUNDAMENTAR EL FUTURO

Nombre de la entidad: AMADIP.ESMENT.

Promotor/es de la buena práctica: Toda la organización - Fernando Rey.

Federación a la que pertenece: FEAPS Baleares.

Coordinador o persona de contacto: José Manuel Portalo.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 2003 – 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

En 2005 integramos diversas vías de entrada de información para determinar los objetivos a lograr en los próximos dos años (plan estratégico 2006-07). Una de estas vías es una jornada de autoevaluación EFQM (junio 2005) en la que participamos más de 30 personas entre profesionales de las diversas áreas y familiares. Hasta ese momento solo habían participado en la autoevaluación los miembros del comité de dirección. Para este mayor despliegue elaboramos una guía de autoevaluación, simplificando el lenguaje y haciendo referencias concretas a nuestra realidad. La jornada permitió, aproximando el modelo EFQM a las personas, sumar más y mejores aportaciones al nuevo plan estratégico y, lo más importante, por un mayor número de voces.

Esta práctica explica la integración de las diversas vías de entrada para fundamentar la planificación estratégica.

ANTECEDENTES

Desde 1998 hemos adoptado el modelo EFQM en AMADIPESMENT como marco para comprender mejor la organización y construir nuestro futuro.

En 2001 incorporamos la autoevaluación EFQM como herramienta de entrada para elaborar el plan estratégico (a dos años). Así lo recogimos en el proceso de planificación estratégica y de gestión, y se han realizado dos autoevaluaciones más en 2003 y 2005.

En 2004 se nos concedieron: el “Premio Oro a la excelencia en la gestión” (más de 500 puntos EFQM) por el Govern de les Illes Balears y el premio IMSERSO Infanta Cristina a la Calidad en los Servicios Sociales, también en base al modelo EFQM.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Desde 2004 estamos dedicando esfuerzos a acercar el modelo a las personas de la organización. Creemos que seguirá siendo un referente integrador de nuestro avance hacia el futuro, y por ello queremos hacerlo más comprensible, transparente y cotidiano.

Detectamos las siguientes necesidades:

- Aproximar el modelo EFQM a las personas de la organización.
- Clarificar las vías de entrada del plan estratégico.
- Elaborar un plan estratégico comprensible para todas las personas de la organización, ordenado en base el modelo EFQM, e integrador de todas las vías de entrada de información sobre las necesidades internas y externas.

Nos hemos orientado en base a las siguientes referencias:

- Modelo EFQM. Principios básicos de excelencia. Ciclo REDER de mejora continua.
- Cuadro de mando integral, para el despliegue de indicadores y objetivos (Kaplan y Norton).
- ISO 9001:2000, para la implantación del sistema de gestión basado en procesos.

PROCESO SEGUIDO

Objetivos

- Incorporar las diversas vías de entrada de información para la elaboración del plan estratégico: análisis de los resultados, auditorías internas y externas ISO, autoevaluación EFQM, las evaluaciones de satisfacción y un análisis estratégico del entorno y el futuro.
- Recoger la opinión y aportaciones al plan estratégico de todas las partes implicadas (personas con discapacidad intelectual, familias, clientes de las actividades del CEE, socios, profesionales, voluntarios y colaboradores).
- Integrar las aportaciones de las diversas vías en el plan estratégico.

Actuaciones

Para definir lo que queremos durante los próximos dos años hemos tenido en cuenta:

Qué	Cómo	Quién
<i>Qué queríamos conseguir hasta ahora y qué resultados hemos conseguido</i>	Revisión del plan estratégico 2004-05	Comité de dirección y comité ejecutivo
	Seguimiento del cuadro mando (2004 y 2005)	Comité de dirección
<i>Cómo estamos haciendo las cosas</i>	Auditoría interna ISO 9001:2000	Responsables y coordinadores
<i>Cómo está la organización (coherencia entre lo que somos, queremos, hacemos, conseguimos y aprendemos)</i>	A u t o e v a l u a c i ó n EFQM 2005	Responsables, coordinadores, y familiares del comité ejecutivo
<i>Cómo nos ven las partes implicadas</i>	Encuestas satisfacción	Usuarios y familias, clientes comerciales, personal y voluntarios
<i>Cómo vemos el entorno y el futuro</i>	Análisis DAFO	Comité de dirección y comité ejecutivo

Cada una de estas actividades se han realizado entre mayo y julio 2005 y la información aportada por estos instrumentos ha sido revisada en la jornada de planificación estratégica realizada por el comité de dirección en julio (revisión por la dirección).

El plan estratégico se despliega en cascada mediante indicadores y objetivos en el plan de gestión corporativo y en los planes de gestión por servicios (área social), actividades (área comercial) y departamentos (área apoyo). Los resultados de los planes se revisan mensualmente en un sistema de comités (comité de dirección y comités de áreas: social, comercial y apoyo).

Recursos

Personas y tiempo en reuniones del comité de dirección, comité ejecutivo y comités de área.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Toda la organización.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Impacto de las mejoras introducidas

Hemos conseguido integrar las diversas vías de entrada y elaborar un documento de plan estratégico que recoge la información básica de cada una de ellas, a la vez que establece los objetivos ordenados en base al modelo EFQM, sobre lo que queremos conseguir (objetivos de resultado) y las cosas a hacer o recursos a movilizar para conseguir los resultados (objetivos de agentes).

Indicadores de evaluación utilizados

El plan estratégico incluye aproximadamente 80 indicadores de resultado (de los que 20 se revisan mensualmente y el resto trimestral o anualmente), y 35 indica-

dores de cumplimiento de acciones y mejoras para conseguir los resultados.

En relación a la práctica, los principales indicadores son:

- Nº de participantes en el plan estratégico.
- Nº de aportaciones realizadas.
- % de aportaciones integradas sobre las realizadas.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Elementos de interés para otras entidades o centros

Esta práctica tiene un impacto global y a largo plazo. Permite traducir las necesidades de forma coherente para establecer los objetivos, así como comunicar de forma más accesible lo que pretendemos lograr y mejorar a todas las partes implicadas. Permite cumplir mejor la misión, visión y valores fortaleciendo la identidad y el compromiso de las personas.

Creemos que supone un desarrollo avanzado de implantación del modelo EFQM, especialmente en cuanto a una organización no lucrativa.

Claves del aprendizaje

Hemos aprendido a integrar en un mismo documento (el plan estratégico corporativo) las diversas vías de entrada de necesidades para fundamentar lo que la organización quiere lograr en relación a las personas con discapacidad, las familias, los clientes del CEE, los profesionales y los voluntarios, la administración pública, los colaboradores y la sociedad, así como para fundamentar las actuaciones para conseguir estos resultados.

Creemos que es posible hacer mucho más cercano el modelo EFQM a las personas.

LO QUE SE DEBE HACER

- Tomárselo con calma en relación al modelo EFQM. Es una cuestión de tiempo, formación continua y dedicación progresiva.
- Adaptar el modelo a la organización y no a la inversa.
- Usarlo como gran “paraguas” para ordenar la organización.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Perderse en la “maraña” del modelo.
- Querer implantarlo de hoy para mañana.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Seguir avanzando hacia la excelencia.

Buenas Prácticas en...

UN PLAN INTENCIONAL PARA HACER AMIGOS Y AMIGAS

Nombre de la entidad: A Toda Vela.

Promotor/es de la buena práctica: El voluntariado en el programa de Recreación de A Toda Vela.

Federación a la que pertenece: FEAPS Andalucía.

Coordinador o persona de contacto: M^a del Mar Martínez Martín.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Abril 2004 – 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

A Toda Vela es una asociación que surgió hace 10 años respondiendo a las demandas de familiares y profesionales que evidenciaban las necesidades de apoyo de los niños/as y jóvenes con discapacidad intelectual para desarrollar un ocio digno en su comunidad. Comenzamos ofertando diferentes opciones para ocupar el tiempo libre a través de aficiones (arte, cultura, deporte, turismo...), de la recreación, poniendo en contacto grupos de iguales, aunando gustos y trabajando la autonomía, interdependencia, autodeterminación en tiempo libre y en comunidad.

La evolución hacia el ejercicio de la plena ciudadanía ha sido uno de los letreos luminosos que ha orientado el comienzo de nuestra actuación y, aunque solicitaban distintas opciones para desarrollar sus aficiones, sin dudas ni excepciones todos y todas ponían en primer término ser y **tener amigos y amigas**, ser significativos para sus iguales, compartir espacios privados e íntimos con otros para

gozar del valor humano de la amistad.

En abril de 2004 los/as técnicos/as y el voluntariado comprendimos que había que avanzar más para dar respuestas a esas demandas y diseñamos un Plan Intencional en el programa de recreación que nos llevara hacia auténticas relaciones de amistad.

ANTECEDENTES

Desde el programa de recreación detectamos el interés y demanda explícita de las personas de tener relaciones de amistad. Igualmente descubrimos como, cuando el programa se cerraba para dar paso a la oferta estival, las relaciones establecidas se perdían y las personas dejaban de verse hasta el inicio del otoño, con nuestra vuelta.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Al iniciar el Plan Intencional nos encontramos con varias dificultades. La primera fue que, en el tema de la amistad, existían demasiadas variaciones, tantas como personas estábamos. El proceso, por tanto, había que enfocarlo desde nuestra propia reflexión, desde nuestras experiencias; las de los técnicos y del voluntariado, después las de las familias. Y así comenzamos: reflexionando sobre nuestras propias vivencias en materia de ocio y de amistad para, de este modo, clarificar lo que significaba e implicaba este tipo de relaciones. Cuáles son sus características con respecto a otras relaciones, qué pasos hemos dado todos de manera natural hasta llegar a tener un/a amigo/a, cuál era el proceso seguido hasta llegar a la amistad..., para así poder pasar a elaborar la metodología, pautando la forma de pasar del macro grupo (nosotros/as) a la relación interpersonal (yo y tú), de la ciudad al barrio, del cine a la película en casa, de lo extraordinario a lo cotidiano. Qué distinguía a las personas con discapacidad intelectual del resto, dónde encontraban los escollos, qué apoyos necesitarían.

Un fin de semana de encierro y discusión entre técnicos y voluntarios, un fin de semana que supuso el pistoletazo de salida de un proceso que se avecinaba interesante, retador y algo intimidatorio por lo que implicaba de flexibilidad, responsabilidad e implicación personal.

Ante la falta de experiencias a nivel teórico nos guiamos por alguna bibliografía, pero, sobre todo, por la valoración y escucha continua de las personas voluntarias durante sus tiempos libres y de ocio compartidos. El único punto de referencia ha sido el modelo comunitario en la forma de vivir la amistad. Por ello, el voluntariado ha sido una guía permanente en esta experiencia.

PROCESO SEGUIDO

El programa en el que llevaríamos a cabo el proceso sería en el de Recreación en el que participaban una media de 60 personas con discapacidad intelectual y unos 40/50 voluntarios y voluntarias.

Nos planteamos como objetivo primordial el que las personas con discapacidad intelectual tuvieran amigos y amigas con los que compartir sus espacios más íntimos, los familiares, los personales. Para ello, debíamos crear las condiciones necesarias para que surgieran afinidades entre personas, proporcionar apoyos para la generalización de esas relaciones surgidas, incluir como agentes activos del proceso a las familias y al voluntariado, etc.

A nivel profesional tuvimos que priorizar algunas acciones:

- La Planificación Centrada en la Persona nos dio la primera pauta para encauzar la metodología, con la elaboración de una pequeña guía de acciones o cuestiones a observar (véase Anexo).
- Implicar de manera activa al voluntariado y familiares a través de reuniones conjuntas y encuentros como medios de apoyos naturales era fundamental. Debíamos conocernos, ubicarnos espacial y mentalmente, poner en la mesa nuestros recursos personales y su disponibilidad, llegar a acuerdos, darnos apoyos, etc.
- Concretar, aunar, describir y pautar las actuaciones a llevar a cabo por parte de las familias, los voluntarios/as y personas con discapacidad para fomentar las relaciones de amistad.
- Protocolizar la recogida de información y el proceso para asegurar una metodología común en todos los grupos.

- Arriesgar formatos cambiando estructuras en cuanto flexibilidad de tiempos, espacios, proporcionando espacios cotidianos, etc.
- Respetar y apoyar las decisiones de las personas con discapacidad.

El voluntariado, a su vez, debía de estar alerta a cualquier indicio de las personas que nos pudiera dar pistas sobre preferencias e intereses personales. Debía proporcionar oportunidades entre los miembros de los grupos, flexibilizar actuaciones y mantener un contacto estrecho con el responsable de voluntariado.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Después de dos años del proceso, éste se encuentra en un nivel de implantación satisfactorio si bien quedan muchas personas con necesidades de apoyo extenso a las que el proceso aún no ha llegado de una manera satisfactoria para la entidad.

- Se han desarrollado relaciones de amistad entre personas de un mismo grupo.
- Las relaciones de amistad establecidas se han generalizado a otros tiempos y espacios distintos a los de la entidad.
- Las familias se han implicado apoyando a sus hijos e hijas y coordinándose con otras familias para facilitar encuentros en los tiempos de ocio y facilitando sus recursos familiares para el disfrute de los pequeños grupos.
- Continuamente, y al margen de la entidad, grupos de personas se reúnen para celebrar eventos, acudir a conciertos o disfrutar de un día tranquilo en la playa o en un cortijo.
- Se manifiesta continuamente un alto grado de satisfacción de todas las personas implicadas en el proceso.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Los indicadores de evaluación establecidos han sido el número de relaciones establecidas y de familias implicadas en el proceso y el grado de satisfacción con su calidad de vida de las personas y sus familias. Además realizamos una observa-

ción constante y registros periódicos por parte del voluntariado y los profesionales. Por último, se potencian intercambios comunicativos permanentes con las personas con discapacidad intelectual y sus familias.

Hemos observado algunas mejoras en todo el sistema: respecto a las personas con discapacidad intelectual, la mejora en su bienestar emocional y profundización en algunas relaciones interpersonales ya establecidas, respecto a las familias, la incorporación de sus hogares y recursos personales al proyecto, y respecto a la organización, una mayor flexibilidad en horarios, espacios y tiempos.

Observamos, además, un paso importante del macroespacio y los programas y servicios, al microespacio y los apoyos personales, siempre desde una perspectiva comunitaria.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Creemos que las ideas clave para emprender esta buena práctica son: partir de una perspectiva de orientación al cliente, la planificación centrada en la persona y la disposición de apoyos personales.

Como puntos fuertes hemos descubierto la importancia de la participación activa de todos los componentes durante todo el proceso y, por otra parte, la cohesión a nivel teórico y práctico entre todos los agentes implicados (personas con discapacidad, familiares, profesionales y voluntariado), aunando criterios, actitudes, etc., hacia los objetivos propuestos. Como punto débil, hay que destacar la necesidad de adaptar los formatos mucho más a las personas con necesidades de apoyo extenso.

LO QUE SE DEBE HACER

- Creemos que, además de lo ya dicho, esta buena práctica ha de partir desde un programa de recreación en la comunidad. A través de él las personas se conocen al margen de programas y objetivos a cubrir, disfrutan de la oferta comunitaria y establecen las primeras relaciones que después se potenciarán en una práctica como esta.

- Es importante que las familias confíen en la entidad, pues se trata de una práctica basada en la confianza y la disposición natural de los recursos personales, como en cualquier proceso de amistad.
- También es importante partir del trabajo en grupo de las personas con discapacidad intelectual, el voluntariado adscrito, el equipo técnico y las familias. Es fundamental aunar voluntades, exponer los miedos y ajustar expectativas de todos los miembros del grupo.
- También es importante acompañar a los grupos de voluntarios en el proceso. Con ello aseguraremos el éxito del programa y evitaremos iniciativas individuales que se aparten de los objetivos iniciales.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- No hemos encontrado barreras importantes en el proceso salvo las derivadas del miedo de algunas familias a las que hemos debido acompañar más de cerca y con mayor calidez.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Esta práctica continuará en función de seguir dando pasos hacia la “normalización” en las relaciones de amistad de manera que avancemos hacia una generalización de las relaciones de amistad: que las personas con discapacidad intelectual tengan amigos en otros ámbitos (colegio, gimnasio, barrio, etc.), con otras personas con o sin discapacidad, según sea su libre elección.

Llegar a las relaciones de amistad de personas con discapacidad con necesidades de apoyo extenso y generalizado...

ANEXO

CONCLUSIONES DEL ENCUENTRO DE VOLUNTARIOS PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (PCP): FOMENTANDO AMISTADES

La PCP parte del convencimiento de que ninguna persona es igual a otra y de que todos tenemos distintas capacidades, intereses, realidades y sueños por lo que la individualización debe ser la tónica de nuestra acción. Las personas con discapacidad intelectual van adquiriendo competencias, se van incorporando a otras redes, tienen una realidad cercana, etc.

Si queremos desarrollar la amistad es importante que reflexionemos conjuntamente (familiares, personas con discapacidad, voluntariado, amigos...), personas significativas que aporten pistas sobre las capacidades, inquietudes y sueños de las personas con discapacidad intelectual. Además deberemos encontrar las oportunidades en el ambiente que nos faciliten una mayor inclusión en el entorno. Con visión de futuro.

1. Propuestas de acción para el voluntariado para fomentar amistades en los grupos de recreación

1.1. Pistas para conocer a la gente:

- Observar las relaciones, lazos de amistad, rechazos, preferencias...
- Poner en común gustos, aficiones, relaciones fuera de ATV, qué hace y con quién, dónde vivimos y trabajamos .
- Buscar puntos en común para el establecimiento de distintas redes de apoyos entre todos nosotros.
- Detectada una relación intentar conocer los gustos y preferencias de otras personas para descubrir posibles nuevas relaciones.

- Crear el hábito del dialogo; incorporar otros temas cotidianos además del ocio.
- Respondiendo a las demandas solicitadas directamente, a través de otros lazos y apoyos comunitarios, etc.

1.2. Pistas para encontrar capacidades en la gente:

- En los viajes preguntarles con quién quieren dormir, dónde quieren ir, qué alternativa elegir.
- Fomentar sus capacidades artísticas, mostrando sus ejecuciones e incorporarlas a exposiciones, rifas de aniversario, etc.
- En carnaval incorporar a las personas con discapacidad intelectual en la elección del disfraz, al igual que lo hacemos en la canción.
- Poner en común con las familias la historia a través de reuniones.
- Establecer redes de comunicación entre los miembros del grupo, con cadenas cortas 2/2, 2/3, partiendo de las relaciones de amistad que ya existen, eligiendo ellos a quién llaman e incorporando otras formas de comunicación no telefónicas (coincidencia en la asistencia a otros talleres, centros ocupacionales, etc.).

1.3. Pistas para encontrar oportunidades en la comunidad:

- Buscar cosas en común entre las familias para que las puedan compartir.
- Fomentar la relación entre las familias (informar de ofertas comunitarias) para fomentar la interdependencia entre ellas, y entre éstas y los voluntarios (para que se enriquezca la información).
- Conocer otros intereses y buscarle apoyos en la comunidad para que los puedan realizar; anticiparnos a cuestiones fundamentales que no han desarrollado y facilitar los apoyos (cumpleaños, etc.); ser mediadores entre las familias de información que les pueda resultar de interés.
- Conocer las dificultades para la participación en la comunidad de algunos de ellos.

- Buscar espacios comunes con referencias significativas para las personas.
- Buscar respuestas en la comunidad que den salida a aficiones personales, independientes de A Toda Vela.

1.4. Creando visión de futuro:

- Conocer las costumbres veraniegas para poderlas compartir cuando no hay actividad establecida en A Toda Vela o esta no se ajusta a sus intereses.
- Conocer utopías, sueños y recrearnos en ellos.
- Evolucionar en los apoyos pasando de los apoyos artificiales a los naturales.

2. Algunos cambios estructurales en la gestión y organización del voluntariado

- Ruptura con los horarios cerrados, incorporando actividades antes y después de los programas basadas en la relación.
- Actualizar la normativa de los voluntarios analizando posibilidades y consecuencias de la flexibilidad en las mismas; no olvidemos la ética de la acción y nuestra situación ventajosa respecto a ellos y ellas.
- Flexibilidad; actividades en microgrupos, en otros horarios y espacios.
- Cuestionario modelo que guíe la recogida de información relevante sobre las personas con discapacidad intelectual para los encuentros con las familias y con ellos mismos.
- Cambio de actitud en la comunicación con las familias, incorporándolas en nuestro campo de intereses; buscar momentos antes y después para saludos, conversaciones informales, etc.

Buenas Prácticas en...

CAPTACIÓN DE ATZEGIZALES

Nombre de la entidad: ATZEGL.

Promotor/es de la buena práctica: Servicio de Acción Asociativa.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Mitxel Lakunza Zumeta y Aloña Agirre Bereziartua.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Comienzo en abril de 2000 hasta la actualidad, con continuidad.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

El objetivo de la buena práctica es la captación de *ATZEGIZales* entre toda la población guipuzcoana.

Antes de analizar los pasos que dimos para lograr el objetivo propuesto, convendría definir lo que entendemos por “*atzegizale*”. Denominamos así a la persona que tiene una **actitud positiva** respecto a las personas con discapacidad intelectual: acepta su distinta forma de expresión, su ritmo, está dispuesto a echarle una mano cuando lo necesite (en una tienda cuando tiene dificultades para pagar, etc)... en definitiva, lo acepta y valora tal y como es.

¿Qué les pedimos?

Ni dinero, ni que trabajen con nosotros..., tan solo que nos den **sus datos** para mandarles nuestra revista trimestral y la información que consideremos oportuna para que vayan conociendo cada vez más el mundo de la discapacidad intelectual. Así conseguiremos que cada vez estén más sensibilizado y su actitud sea más “apoyadora”.

Una sociedad informada y sensibilizada es la garantía de futuro de que las personas con discapacidad intelectual estarán bien en un entorno positivo.

Consideramos innovadora la figura del *atzegizale*. Dentro del movimiento asociativo la figura del *atzegizale* complementaría a la de las familias socias (familias que tienen algún miembro con discapacidad intelectual) y a la de los socios colaboradores (personas que colaboran con una aportación económica anual).

Estos serían unos ejemplo de actitudes *atzegizales*:

PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SITUACIONES	CONDUCTA DE UN ATZEGIZALE
En un supermercado, tienda, autobús etc., a la hora de pagar puede suceder que no entienda la cantidad que tiene que abonar y no pida ayuda (por vergüenza, por no saber cómo hacerlo, etc.) y además está haciendo cola.	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente/a: reconocer sus dificultades y ayudarle pidiéndole todo el dinero que tiene y dándole las vueltas etc. - Clientes: paciencia, no enfadarse por tener que esperar un poco más e incluso ofrecer ayuda.
En el cine, museos, bibliotecas, etc. (lugares silenciosos): puede suceder que una persona con discapacidad intelectual hable alto y haga mucho ruido con sus risas, etc.	No enfadarse ya que tal vez necesita que alguien le recuerde el adecuado comportamiento en este lugar: acercarse donde la persona o grupo y con buenos modales pedirles que sean más silenciosos.
En paradas de autobús, estación del tren etc., una persona con discapacidad intelectual puede desorientarse al perder su autobús, por ejemplo.	Acercarse y ofrecer ayuda.
En determinadas instalaciones, como los polideportivos, el autobús con máquina para pasar la tarjeta, en supermercados con el carro..., se pueden encontrar con dificultades para utilizar la taquilla, la tarjeta para pasar la banda magnética, el carro de la compra...	Al detectar este tipo de situaciones el <i>atzegizale</i> se acerca, pregunta a la persona con discapacidad si quiere que le ayude y le explica el funcionamiento del "aparato".
Una persona con discapacidad intelectual puede vivir sola, por no tener familia o estar solo en un momento dado y tendrá una serie de necesidades de apoyo.	El vecino <i>atzegizale</i> estará dispuesto a ofrecer su ayuda en temas concretos que pueda necesitar: llamar a algún técnico, al carnicero, panadero, etc. El <i>atzegizale</i> le ayudará a la hora de decidir su compra (si lo necesita)
Cualquier otra situación cotidiana de la vida diaria que podamos pensar en la que una persona con discapacidad intelectual pueda necesitar de un apoyo concreto.	

ANTECEDENTES

Atzegi es la Asociación Guipuzcoana en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Desde 1960 trabaja para que las familias de estas personas no se encuentren solas. Además de los servicios que a lo largo de estos años se han ofrecido y de los que se siguen ofreciendo en la actualidad, siempre ha sido una prioridad para Atzegi el contar con un Servicio de Apoyo a Familias desde el que se trabajan valores fundamentales como el sentido de pertenencia a una asociación, el apoyo mutuo, la sensibilización social, etc.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Respecto a este tema de la concienciación social anualmente se realiza una campaña de sensibilización, difundimos una revista trimestral y se realizan distintas actividades, siempre encaminadas a la difusión de información dirigidas a la sociedad en general.

Siguiendo con esta línea, en el año 2000 se pensó en crear la figura del *atzegizale*. Es una realidad el que las personas con discapacidad intelectual se integran en nuestra comunidad, en los medios de ocio, laborales, educativos y de vida, pero que para llegar a la total participación necesitan de apoyos por parte de su entorno sensibilizado y preparado y conocedor de los apoyos que necesitan para desenvolverse socialmente. Aquí encaja la función “apoyadora” de los *atzegizales*.

PROCESO SEGUIDO

En todas las campañas anuales de sensibilización, desde el año 2000, hemos perseguido el dar a conocer esta figura e ir consiguiendo cada vez más *atzegizales*. Sabiendo que era un término cuya interiorización por parte de la sociedad iba a costar un tiempo, decidimos explicar en qué consiste la figura del *atzegizale* desde la campaña del 2000 y anualmente irlo recordando. Aprovechamos todos los medios a nuestro alcance en ese periodo (medios de comunicación, carteles, folletos explicativos...) para ir explicando la idea e ir captando *atzegizales*.

Además toda la base asociativa coordinada a través de las Comisiones de Zona trabaja a lo largo de todo el año para conseguir cada vez más *atzegizales*. En todas

las charlas formativas, visitas..., etc., explicamos en qué consiste y dejamos impresos para que la gente se apunte. Asimismo en nuestra página web (www.atzegi.org) existe un formulario en el que cualquiera se puede hacer *atzegizale*.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

En cuanto a los datos, éstas serían las cifras totales del número de *atzegizales* que hemos ido recogiendo:

- Finales de 2001: 1.377
- Finales de 2002: 1.555
- Finales de 2003: 2.051
- Finales de 2004: 2.929
- Finales de 2005: 4.486
- Ultimo dato: 6 de julio de 2006: 5.120 atzegizales.

El término “*atzegizale*” ha ido calando poco a poco en toda nuestra base asociativa y cada vez resulta más familiar y conocido.

Desde la campaña del año 2000, hasta la celebrada en 2006, todos los años se han publicado folletos explicativos de lo que supone ser *atzegizale*, con invitaciones expresas a la gente para que nos proporcionara sus datos personales y entrara a formar parte de nuestra base asociativa. Estos folletos también nos sirven a lo largo de todo el año para irlos distribuyendo en los diferentes ámbitos con los que tenemos contacto: colegios, universidades, institutos, colectivos diferentes en los que damos charlas informativas, cursillos...

Por último es preciso comentar que a la hora de lograr un alto número de *atzegizales* nos ha supuesto de mucha ayuda el contar con muchas familias socias dispuestas a captarles en su entorno más cercano. Ha quedado claro que es más fácil lograr que muchas familias logren al menos un *atzegizale* más cada una, que conseguir que pocas personas consigan muchos. Además, de esta manera tan diseminada conseguimos acercarnos más al objetivo principal de la difusión y mentalización social.

El aspecto que ha dificultado en ocasiones el contar con más *atzegizales* ha sido la duda por parte de las personas a las que se solicitaban sus datos de que les cobraríamos alguna cantidad económica. Comentaban que aunque en una primera fase no lo íbamos a hacer, más adelante sería muy probable que lo hiciéramos. Intentamos despejar estas dudas explicando que no era así, que para ello ya contábamos con la figura del socio colaborador. Por último también nos hemos encontrado con personas (las menos) que, a pesar de entender nuestro interés y objetivos, eran reacias a facilitar sus datos personales. Por último, señalar también la dificultad con la que nos hemos encontrado en ocasiones para transmitir a nuestros socios la idea o concepto de *atzegizale* para que lo pudieran entender y además la diferente implicación de los socios a la hora de captar *atzegizales*.

Como resumen de la implantación social de Atzegi en la sociedad guipuzcoana podemos decir que, en la actualidad, el 1,38% de la población guipuzcoana pertenece a Atzegi de una u otra manera (cerca de 1.900 familias socias, 2.500 socios colaboradores y los *atzegizales* antes mencionados, más de 5.000). A todas estas personas, casi 10.000, y a sus hogares llega puntualmente información de Atzegi y de sus actividades como mínimo una vez cada tres meses a través de la revista y otras informaciones, convocatorias, llamadas a participación, etc., que surgen a lo largo del año.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Además de constituir un nexo de unión entre Atzegi y la sociedad guipuzcoana, la captación de *atzegizales* ha servido para cohesionar aún más a nuestra asociación en el sentido de involucrar a las familias en la tarea de captar *atzegizales*. Es un trabajo a realizar fundamentalmente explicando su objetivo “boca a boca”, de persona a persona y de ahí la importancia de que cada persona, cada familia, logre el mayor número de *atzegizales* en su entorno más cercano.

Desde que se instaló esa figura el número de *atzegizales* no ha parado de crecer, como hemos podido observar. El impacto que esta práctica ha tenido sobre las familias socias ha sido fundamentalmente el que se involucraran en explicar la importancia de mantener actitudes positivas hacia su familiar en el entorno más cercano y hacer partícipes a las familias en un proceso de sensibilización en el que son ellas las verdaderas protagonistas e impulsoras del cambio social que se pretende.

El impacto de esta práctica sobre las personas con discapacidad intelectual es difícilmente mensurable en su aspecto cuantitativo; es indudable la importancia del trato personal que puedan recibir en los lugares en los que viven habitualmente, fuera de los servicios de trabajo, residencia, ocio...Cuanto más *atzegizales* tengan a su alrededor, más personas le apoyarán en aquellos momentos en los que precise de soportes, de ahí el indudable valor de la calidad de las relaciones personales que puedan disfrutar también en su entorno más cercano.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

La idea fundamental en la que debe sustentarse esta práctica es la creencia de la importancia de la sensibilización social como variable fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual.

En cada asociación, federación..., habrá que tener en cuenta el entorno concreto, los puntos fuertes de cada asociación, y en base a ellos, definir programas de actuación ajustados a las necesidades diferentes de cada lugar.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Nuestra pretensión es continuar con la práctica de la captación de *atzegizales* porque, como ha quedado claro, es un proceso con continuidad en el tiempo. Iremos revisando y adaptándonos a las circunstancias cambiantes que pudiesen surgir, siempre con el objetivo final de lograr la mayor sensibilización social posible.

Buenas Prácticas en...

PROGRAMA INGURUAN (TRABAJO COMARCAL): FAMILIAS, PROTAGONISTAS EN EL CAMBIO SOCIAL

Nombre de la entidad: ATZEGI.

Promotor/es de la buena práctica: Servicio de Acción Asociativa.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Mítxel Lakunza Zumeta y Aloña Agirre Bereziartua.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde la creación de la asociación en 1960.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

El programa *Inguruan* o trabajo por zonas se desarrolla desde el Servicio de Acción Asociativa de Atzegi y consiste en la coordinación de las diferentes Comisiones de Zona.

Las Comisiones de Zona están formadas por familiares que de forma voluntaria y basándose en la solidaridad que caracteriza a toda asociación, se reúnen periódicamente, una vez al mes, cada mes y medio o cada dos meses, con el objetivo de programar y realizar actividades de sensibilización social en su comarca para, poco a poco, ir consiguiendo un entorno más positivo y facilitar así la integración social de las personas con discapacidad intelectual. El funcionamiento de cada Comisión de Zona es distinto y adaptado a la idiosincrasia concreta de su ámbito específico. Tratan de activar una respuesta social, basándose en los pará-

metros de calidad total en la gestión del Plan de Calidad aprobado por FEAPS.

El campo de acción de estos grupos es la sociedad, su entorno más próximo, y se erigen en referentes de la problemática en la zona, para las familias, instituciones y otras redes sociales.

Utilizan como herramienta el Plan Anual para programar las actividades que desean llevar a cabo en su zona, abarcando las siguientes áreas de actuación y de relación:

- La administración
- Las familias socias
- Las familias no socias
- Los servicios de atención directa
- Otros grupos existentes
- Los medios de comunicación
- La campaña de sensibilización anual.

ANTECEDENTES

Atzegi es la Asociación Guipuzcoana en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Desde 1960 trabaja para que las familias de estas personas no se encuentren solas. Este fue el primer objetivo por el que se creó la asociación y la unión entre las familias ha sido el motor que ha empujado a Atzegi en todos estos años. Esta labor asociativa tiene en la actualidad su mejor reflejo en el Programa *Inguruan* o trabajo por zonas, en el que a través de las Comisiones de Zona se pretende fomentar la colaboración de las familias en la labor de sensibilización de la sociedad.

Siguiendo los objetivos descritos en el Plan de Calidad de FEAPS y basándonos en la calidad en la asociación como base para que haya calidad en los servicios, encontramos en este programa un instrumento muy válido para fomentar el asociacionismo.

Guiándonos por los Manuales de Buena Práctica de FEAPS en su apartado de “Asociacionismo”, consideramos que “la calidad de los procesos asociativos garantiza con más posibilidades de éxito el cumplimiento de la misión y da unidad y coherencia organizativa a todos los subsistemas de servicios”.

Antecedente claro de este programa es la necesidad de cambiar el concepto social de la discapacidad intelectual, teniendo clara la importancia del entorno en el funcionamiento de estas personas. La discapacidad está en función de las exigencias del entorno por lo que resulta imprescindible la actuación en el mismo. Nada mejor para cambiar dicho entorno que la propia labor de las familias, unidas y trabajando solidariamente.

Además, teniendo en cuenta que Guipúzcoa se conforma por comarcas que tienen su propia identidad diferenciada de las demás, se vio la necesidad de llevar a cabo una labor de sensibilización por zonas.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

La creación de las Comisiones de Zona data de los principios de Atzegi y se han ido adecuando a las necesidades: en un principio fueron propulsoras de servicios (ante la inexistencia de los mismos) para con el tiempo ser motoras del cambio y la sensibilización social.

En cada Comisión de Zona se elige a un representante (Delegado de Zona) que es la persona que coordina al grupo y representa a su zona o comarca en la Junta General de Atzegi.

Objetivo fundamental de las Comisiones de Zona ha sido fomentar el asociacionismo de una manera participativa, la inserción de la problemática de la discapacidad intelectual en la comunidad por medio del trabajo en las redes sociales que conforman la misma para facilitar la participación social de las personas con discapacidad intelectual en su comarca.

La relación más cercana de las diferentes Comisiones de Zona con las familias de esa zona, con la administración local y con los agentes sociales que allí se encuentran facilita la labor de mentalización social y el acercamiento de las familias a Atzegi.

PROCESO SEGUIDO

El primer paso fundamental es la creación y mantenimiento de las diferentes Comisiones de Zona. Para ello se contacta con familias que por su relación con Atzegi, su colaboración e interés podrían participar en las mismas y se les ofrece la oportunidad de formar parte de ellas. Más adelante y a través de los diferentes contactos que se mantienen con los socios familiares de la comarca (reunión general de socios, por ejemplo) se les informa del funcionamiento de estos grupos y se les anima a unirse a ellos. Así, el proceso de incorporación de nuevas personas a las Comisiones de Zona no se cierra y siempre está abierto a posibles nuevas incorporaciones.

Cada Comisión de Zona, con el apoyo de los técnicos del Servicio de Acción Asociativa, desarrolla diferentes actividades de sensibilización en su comarca: reuniones en los ayuntamientos con los trabajadores sociales y los representantes de bienestar social para recordarles qué es ATZEGI y cómo funciona la comisión de la zona; charlas en colegios para los alumnos, profesores y padres de alumnos; presencia en los medios de comunicación comarcales, participación en la campaña anual... Quedan reflejadas dichas acciones en los diferentes Planes Anuales. A primeros de año se plantean los objetivos y la metodología a seguir. Adjuntamos un cuadro a modo ilustrativo de lo que ha sido un Plan Anual en una de las 11 Comisiones de Zona (véase Anexo).

El recurso principal de este programa son las familias socias de ATZEGI. Estas van utilizando las herramientas que necesitan para poder llevar a cabo las actividades programadas.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Hay en funcionamiento 11 Comisiones de Zona que movilizan a cerca de 70 familias que se reúnen mensualmente, coordinadas por el Delegado de Zona y con la ayuda de un profesional del servicio de Acción Asociativa de Atzegi.

En todas las Comisiones de Zona hay un delegado que coordina el grupo y, a su vez, se coordina con el técnico del Servicio de Acción Asociativa. Además, esta persona forma parte de la Junta Directiva de Atzegi, representando a las familias de su comarca.

La implantación de las Comisiones de Zona está muy consolidada en la asocia-

ción. Una de las dificultades más importantes es la de encontrar familias que se comprometan a trabajar en dichas comisiones. Los profesionales del Servicio de Acción Asociativa en sus distintas reuniones con familias, intentan hacerles ver la importancia de su labor en su comarca.

Con el paso de los años es conveniente sustituir a las familias que pertenecen a las comisiones bien porque algunas llevan muchos años bien porque la incorporaciones de personas puede aportar ideas frescas que den vitalidad y afán de trabajo a la comisión.

Otra dificultad añadida es que ahora las necesidades básicas de las personas con discapacidad intelectual (educación, sanidad, trabajo, vivienda...) están más o menos cubiertas y el afán por conseguirlas fue justamente lo que hizo unirse a muchas familias. Hoy en día la realidad afortunadamente es distinta y también cambian los objetivos de las comisiones y para conseguir dichos fines es más difícil concienciar a las familias de que su labor y su “peso específico” dentro de la asociación debe seguir siendo predominante. Debemos procurar que sean las familias las protagonistas a la hora de dar una imagen positiva de sus familiares con discapacidad intelectual.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Consecuencia directa de la aplicación del programa es la participación de familias en las Comisiones de Zona: involucrarse en el asociacionismo e impulsar el trabajo comarcal. También, indirectamente se consigue la presencia del delegado de cada zona en la Junta de Atzegi, como representante de la misma.

En cada caso, los objetivos conseguidos por cada Comisión de Zona se valoran analizando su Plan Anual y viendo el grado de participación de las familias en el trabajo comarcal y su presencia en los estamentos locales: ayuntamientos, colegios, medios de comunicación...

Acercar los recursos a su lugar de origen es valorado de manera muy positiva por las familias. La detección de necesidades de servicios también se observa más fácilmente a través de las comisiones, además de posibles casos que por alejamiento de la realidad sería imposible llegar a ellos por otras vías. Se pretende que los componentes de las Comisiones de Zona sean un referente para las familias

socias de esa zona.

Valoramos también la sectorización de nuestra asociación ya que creemos que se enriquece con las distintas realidades que se conforman.

Uno de los puntos fuertes es el que las familias se sienten Atzegi, entienden su función de motor de cambio, supone una gran implicación y son un referente para las personas del entorno... También este programa nos sirve para impulsar y valorar el asociacionismo en nuestra base social.

Como puntos débiles, algunos ya comentados, podríamos hablar de la dificultad de mantener alto el nivel de compromiso de las familias, el involucrar a más familias en las comisiones...

Es intención de Atzegi seguir trabajando este programa, fomentando en todo momento la participación de las familias en la asociación. Tenemos grandes retos por delante para adecuarnos a las nuevas necesidades: cambios generacionales en las comisiones, implicación de hermanos, ampliación de las áreas de actuación, etc.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

La idea clave que nos gustaría transmitir es la importancia del trabajo de cada familia. Cuantas más familias se sientan parte activa de la asociación más fácil será conseguir los objetivos que se proponen.

En principio el programa *Inguruan* es exportable teniendo en cuenta primero que se necesita de una red amplia de familias por zonas: dependerá del territorio, historia del asociacionismo en la zona... En definitiva, adecuar el programa a cada situación, pero con la idea principal de la implicación de las familias en la labor de la asociación, cada una en la medida de sus posibilidades.

ANEXO

Ejemplo de Plan Anual de una de las Comisiones de Zona

DEBA GOIENA – PLAN 2005

AREA DE INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN
AYUNTAMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> * Reunión con la trabajadora social del ayuntamiento de Antzuola para recordarle la labor de Atzegi y de la Comisión de Zona. * Participación en reuniones de difusión cultural para poder poner los vídeos del Festival de Cortos de Atzegi.
SOCIOS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> * Charla informativa sobre Centro de Día de Gureak dirigida a las familias socias de la zona en Arrasate. * Reunión general de socios y festejo de socios de la zona en Antzuola. * Reuniones locales tras las comisiones.
FAMILIAS NO SOCIAS	<ul style="list-style-type: none"> * Acercamiento a familias no socias de Atzegi que acuden al taller de Gureak.
SERVICIO DE ATENCIÓN DIRECTA	<ul style="list-style-type: none"> * Invitación al responsable de Kutxa Zeharo a una de las reuniones de la comisión con el objetivo de recibir información de primera mano sobre el nuevo servicio existente en la zona.
OTROS GRUPOS	<ul style="list-style-type: none"> * Contacto con la escuela de Antzuola y charla informativa a un grupo de alumnos de primaria, así como a padres de alumnos. * Contacto con Txantxiku Ikastola y charla al grupo de profesores. * Contacto con Compañía de María y charla informativa al grupo de alumnos de integración social. * Contacto con la escuela de Elgeta y charla informativa a un grupo de profesores, alumnos así como a padres de alumnos. * Contacto con el centro educativo Karutzoberri y ofrecimiento de dar una charla informativa. * Contacto con Arizmendi Ikastola y ofrecimiento de dar una charla informativa. * Contacto con Aranzadi Ikastola y ofrecimiento de dar una charla informativa. * Contacto con el centro educativo Luis Eceiza y ofrecimiento de dar una charla informativa. * Compromiso de seguir haciendo <i>Atzegizales</i>.
CAMPAÑA	<ul style="list-style-type: none"> * Distribución del material de campaña y difusión del mensaje en la comarca. Mayor presencia en los medios de comunicación locales. Intensificación de la labor de hacer <i>Atzegizales</i>. * Distribución a nivel comarcal del folleto informativo sobre el concurso de cortos.
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Presencia en la revista Debagoiena y en el DV para informar sobre la charla sobre Centro de Día de Gureak en Arrasate, por la grabación del corto... * Intensificación de la presencia en los medios de comunicación comarcales en época de campaña.

Buenas Prácticas en...

BIENVENIDA, BIENVENIDO A NUESTRO CENTRO

Nombre de la entidad: AUTISMO Cádiz.

Promotor/es de la buena práctica: Equipo Profesional de la Unidad de Estancias Diurnas (UED) Alhucema.

Federación a la que pertenece: FEAPS Andalucía.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Isabel del Hoyo Reyes, directora de la UED Alhucema.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Octubre de 2004 hasta el momento.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

La incorporación de una persona con discapacidad afectada de trastorno del espectro autista (TEA) a un nuevo servicio es un momento importante que debemos cuidar y mimar. Este paso tiene tanta trascendencia para todas las personas implicadas –cliente, familia, profesionales y compañeros- que exige, por nuestra parte, detallar y desglosar un cálido proceso de acercamiento a su nueva actividad. Es algo totalmente nuevo y de lo que no tiene ninguna experiencia previa, lo que puede provocar mucho nerviosismo y ansiedad ante lo desconocido, no sólo en la persona con autismo, sino también en la familia (en cuanto al funcionamiento del servicio), el resto de clientes y los profesionales (desconocimiento del nuevo cliente)

Por ello y para que este acto sea positivo y festivo para toda la comunidad diur-

na, el equipo profesional de la Unidad de Estancias Diurnas Alhucema acometió un proceso de análisis y revisión de la incorporación de cualquier cliente.

ANTECEDENTES

Los motivos que nos llevan a plantearnos revisar desde los parámetros de atención adaptada a nuestros clientes fueron:

- El derecho que tiene toda persona a saber qué va a hacer y qué puede elegir.
- Homogeneizar, por parte del equipo profesional, el proceso de incorporación de un nuevo cliente, así como la acogida a la familia.
- Revisar las herramientas de recogida de información sobre los nuevos clientes.
- Concretar con evidencias la gestión por procesos y la orientación al cliente como parte importante del modelo de calidad de vida.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Desde el equipo profesional se decidió que, para crear una buena disposición por parte del nuevo cliente y de su familia, era necesario crear unos documentos de ayuda para darles información por adelantado del servicio, de sus compañeros y las actividades.

Lo mismo ocurre con los profesionales, necesitábamos establecer los documentos de recogida de información de aquellos aspectos fundamentales para el trato y la acogida adecuada, para que, desde el principio, cada cliente se sienta a gusto en la unidad de día, que se le conoce y respeta.

Al no existir un modelo consensuado, se procedió a determinar claramente el proceso de acogida de un nuevo cliente que se detalla en el apartado siguiente.

PROCESO SEGUIDO

En reuniones semanales, el equipo profesional de la Unidad de Estancias Diurnas Alhucema acometió un proceso de análisis y revisión de la incorporación de cualquier cliente, detallando los siguientes momentos:

1. Trámites administrativos y adjudicación de la plaza según los requisitos establecidos por la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
2. Preparación de la incorporación:
 - Información a la familia: por correo o través de una reunión presencial con la directora del servicio, se entregará y explicará la siguiente documentación:
 - Qué es la unidad de estancias diurnas Alhucema.
 - Qué es Autismo Cádiz.
 - Inventario de enseres personales de los clientes.
 - Gustos alimenticios.
 - Registro de tomas de medicación.
 - Autorización paterna para la participación en actividades en la comunidad.
 - Normas básicas de funcionamiento del servicio de transporte.
 - El papel del tutor de su hijo o hija.
 - Reuniones presenciales (calendario de reuniones).
 - Otras reuniones:
 - Con el psicólogo.
 - Con el gerente
 - Información al nuevo cliente: Para que el cliente tenga información por adelantado del servicio, las personas y las actividades, a la familia se le hará llegar un cuaderno de imágenes del servicio que contendrá los siguientes apartados:

- La persona tutora.
- Sus compañeros y compañeras.
- Instalaciones del centro:
 - Talleres.
 - Zonas de descanso.
 - Cocina y comedor.
 - Su vestuario: su taquilla y su caja personal.
- El entorno: el barrio y su ubicación en Puerto Real.
- Horario.
- Transporte: foto del vehículo, el chofer y los monitores.
- Actividad en el centro.
- Información a los clientes del servicio: panel de información sobre el nuevo cliente, con algunas de sus aficiones, y las cosas que no le gustan.
- Información para los profesionales: recogida de la información aportada por la familia y otros profesionales y valoración de la misma. Elaboración de ficha básica a cargo del psicólogo del servicio.

3. Incorporación del nuevo cliente:

La persona encargada de enseñar el servicio el primer día de incorporación será el tutor o tutora. Para que puede dedicarle toda su atención el primer día, contará con una persona de apoyo en su grupo, para que atienda las necesidades del resto del grupo.

La dedicación individual no deberá ser absoluta, para evitar que el cliente se haga una falsa idea del primer día. El/la tutor/a le enseñará el servicio, siguiendo los puntos principales marcado en el libro de imágenes enviado a la familia.

Los objetivos que pretendemos conseguir con esta buena práctica son:

1. Fomentar la cultura de seguir pensando en las necesidades y derechos de las personas con discapacidad por parte de la entidad y el equipo profesional.
2. Contribuir un poco más a la calidad de vida de las personas trabajando en la contribución en el bienestar emocional, personal y material de la persona que se incorpora en el servicio.
3. Concretar el derecho y el compromiso que tiene el equipo profesional dando información por adelantado del servicio y fomentando el papel activo de las personas con discapacidad en él.
4. Implicar a las familias desde el principio en el acontecer del servicio, contando con su opinión e informando por adelantado del funcionamiento del servicio y el papel de su hijo o hija en él.
5. Seguir trabajando en equipo, debatiendo y reflexionando sobre todos aquellos temas cruciales de la atención a las personas con discapacidad desde el paradigma de los apoyos y en la línea de contribuir en la calidad de vida de nuestros clientes.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Tras una experiencia piloto que todos valoramos de muy positiva, la buena práctica está implantada en nuestra entidad. Todos los documentos de ayudas están elaborados y el panel de información del nuevo cliente está en uso.

Para conocer el grado de implantación de esta buena práctica, se utilizarán las siguientes herramientas:

- Grado de satisfacción de las familias y los clientes a través de una encuesta de satisfacción.
- Grado de colaboración de las familias a partir del número de aportaciones y colaboraciones que realizan en el momento de recogida de la información sobre su hijo o hija.
- Análisis exhaustivo de los registros de incidencias de las primeras semanas

de incorporación, sobre problemas de conducta, grado de colaboración y sensación de satisfacción por parte del cliente.

- Informe de valoración por parte del tutor o tutora del cliente del periodo de incorporación.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Los aspectos en que pensamos que nos ha servido la buena práctica son los siguientes:

1. Informar y pedir colaboración a la familia para conocer mejor a su hijo o hija y para hacerla participe en el funcionamiento del servicio.
2. Facilitar la incorporación de la persona con TEA, para que sea una experiencia placentera, reduciendo todo lo que podamos el estrés que pueda ocasionarle estar con nuevas personas, en nuevos entornos y realizando nuevas actividades.
3. Apoyar a los profesionales, principalmente al tutor o tutora del nuevo cliente, para que se sienta más seguro/a y pueda dedicarle, al menos inicialmente, una atención más individualizada.
4. Informar al resto de los clientes sobre la incorporación de un nuevo/a compañero/a.
5. Ser conscientes de los apoyos y materiales que va a necesitar cada persona que se incorpora y tenerlos cuantificados y previstos.

En cuanto al impacto, lo valoramos en los siguientes aspectos:

- En las personas con discapacidad, seguir siendo el centro de nuestra organización y trabajo, pensando en un sistema de apoyos que contribuyan a ayudarles para que este acto de incorporación sea pausado, preparado y adaptado a sus capacidades y preferencias. Contribuir a su tranquilidad emocional y personal.
- En las familias, hacerlas partícipes de este nuevo momento en la vida de sus hijos, demostrar que sus informaciones y experiencias son importantes para

nosotros. Contribuir a su tranquilidad emocional y familiar aportando toda la información necesaria sobre el servicio.

- En los profesionales, desarrollando un sentimiento de equipo donde la responsabilidad está compartida y el trabajo no es sólo del tutor o tutora a quien le toca asumir al nuevo cliente. Pensar y prever por adelantado todo aquello que contribuya a que exista un contexto ideal que facilite la incorporación del nuevo cliente. Contribuir a la tranquilidad emocional y personal de los profesionales contando con aquella información crucial del nuevo cliente.
- En cuanto a la organización, conocer el aumento de número de personas que conforman la comunidad diurna, aportando los medios económicos y humanos para que el apoyo especial y el trabajo que supone la incorporación sea garantizado. Contribuir a que la tranquilidad emocional, personal y material de los agentes implicados esté garantizada.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Con esta buena práctica hemos aprendido:

- Que tenemos que seguir revisando y mejorando las acciones más importantes de una organización para que contribuyan realmente a la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.
- Que hay que dedicar tiempo a hablar, reflexionar y escribir todo aquello que queremos mejorar.
- Que hay que poner plazos que concreten nuestros compromisos.
- Que las familias tienen mucho que decir.
- Lo vulnerables y pobres que somos cuando el trabajo es individual y lo potente que es el compartido y en equipo.
- Reconocer que tenemos miedos e inseguridad en nuestro trabajo, que no hay manual para atender a las personas (porque no somos de serie), pero que recabar información, preparar la incorporación y contar con medios especiales para la ocasión nos fortalece como profesionales.

LO QUE SE DEBE HACER

- El proceso de incorporación era un aspecto que quedaba un poco en el aire, no consensuado y en función del tutor o tutora de referencia. Las distintas fases de la incorporación estaban como en departamentos estancos no conectadas, lo que impedía que fluyera adecuadamente la información, como si cada profesional (directora, personal de apoyo, tutor/a, psicólogo) tuviera su parte que ejecutar sin más.
- Con esta revisión por parte de todos los profesionales implicados queda compartido el conocimiento de la persona y el proceso y hace partícipe a todo el equipo profesional.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Seguir pensando que la entrada de una persona es sólo responsabilidad del tutor o tutora de turno: todos debemos conocer a todos los clientes, para ser tratados en coherencia con sus gustos y peculiaridades.
- Tampoco es un trabajo sólo del psicólogo o la directora: realmente la persona que va a hacer que el nuevo cliente se sienta a gusto es el tutor o tutora de referencia y, por tanto, esta persona debe liderar el proceso, contando con los apoyos y la información necesaria para que todo vaya bien.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Como otras buenas prácticas, ésta ya pasa a ser un proceso permanente de nuestra entidad, revisándola y mejorándola con las aportaciones de familias, clientes y profesionales anualmente.

Pero lo más importante, es seguir pensando por y para nuestros clientes como centro de nuestra actividad fundamental.

Buenas Prácticas en...

APLICACIÓN DE CRITERIOS DE “PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA” EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON AUTISMO: UN CAMBIO EN LA ESTRUCTURA DEL TRABAJO EN EQUIPO

Nombre de la entidad: Asociación B.A.T.A.

Promotor/es de la buena práctica: Servicio de atención a personas adultas con autismo B.A.T.A.

Federación a la que pertenece: FADEMGA - FEAPS Galicia.

Coordinador/es o persona/s de contacto: Fausto García Rey, director servicio adultos B.A.T.A.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Enero 2005 a julio 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

Desarrollo de un proceso para la incorporación de los principios de Planificación Centrada en la Persona (en adelante PCP) a la gestión de las actividades y programas individuales de las personas adultas, a través de un cambio en los criterios de asignación de objetivos y mediante la aplicación de herramientas de PCP y desarrollo de metodología específica de trabajo en equipo.

Este proceso de transición se ha centrado en varios puntos fundamentales:

- *Cambio de “modelo mental” del rol del profesional:* desde un papel directivo a la función de FACILITADOR.
- *Cambio en el sistema de programación y evaluación de objetivos:* desde la planificación basada en un sistema curricular de desarrollo de habilidades adaptativas a objetivos centrados en las preferencias, necesidades y conocimiento de los PROYECTOS DE FUTURO de los clientes.
- *Cambio de la estructura de trabajo en equipo:* creación de CÍRCULOS DE APOYO para cada cliente, con implicación directa de los clientes, familias y de todos los profesionales del servicio.
- *Cambio en los sistemas de registro, seguimiento y evaluación:* mediante la aplicación de recursos metodológico de la PCP (mapas, MAPS, ELP) y la creación de herramientas propias de trabajo.
- *Cambio en la gestión de los recursos;* adaptándolos, en la medida de lo posible, a las necesidades y preferencias de los clientes.
- *Cambio en la “cultura organizativa”* mediante el debate, la reflexión y el compromiso con acciones orientadas al conocimiento y “complicidad” con los sueños de las personas.

ANTECEDENTES

Dentro del proceso de cambio producido durante los últimos años en nuestra organización, y como fruto de un compromiso con el desarrollo de acciones que “orientasen” los servicios y programas hacia las personas con autismo y sus familias, se ponen en marcha diferentes iniciativas (consultoría FEAPS, implantación de sistemas de gestión de la calidad, clarificación de la misión y valores, formación específica) que evidencian la necesidad de revisar en profundidad los criterios y programas de intervención que conformaban el sistema de asignación de objetivos para los clientes de nuestros servicios.

Si bien existía (a través de los diferentes desarrollos curriculares) un contexto de intervención que abarcaba de manera general todo el ámbito de las habilidades adaptativas funcionales implicadas en las dimensiones de “calidad de vida” (bie-

nestar físico, emocional, social, autodeterminación, derechos, etc...), un análisis más profundo de los programas puso de manifiesto una tendencia a “homogeneizar” las actividades y áreas de intervención desde propuestas basadas en el diagnóstico y el análisis de características individuales de apoyo funcional, ignorando aspectos fundamentales del individuo (preferencias, deseos, contextos relevantes, puntos fuertes, historia personal, sueños...) que, de acuerdo con las nuevas propuestas de acción organizativa (orientación al cliente, ética, bienestar), deberían forma parte del núcleo central de la intervención.

Es por tanto, el contraste entre un compromiso organizativo con los valores individuales y la orientación a las personas y la forma en que estos se ven reflejados en las actividades cotidianas de los diferentes servicios lo que actúa como un desencadenante de las diferentes estrategias de evaluación y revisión del sistema de programación que dará lugar, algunos meses mas tarde, al compromiso con la Planificación Centrada en la Persona.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Se procede a un análisis de los procesos de evaluación y programación de B.A.T.A. (establecidos conforme a NORMA ISO 9001-2000) basados, fundamentalmente, en el desarrollo de habilidades adaptativas (áreas de comunicación, vida diaria, sociales, laborales...) con el objetivo de determinar el impacto de variables aplicables a los principios de PCP (inclusión social, participación, autodeterminación, metas, valores personales).

Los resultados obtenidos nos indican un déficit en la presencia de factores que reflejen preferencias y características individuales, así como un desconocimiento de los “proyectos de vida” de cada cliente, por lo que se decide poner en marcha los mecanismos organizativos necesarios para iniciar el proceso de cambio que permita actuar en los siguientes aspectos:

- Modificación de los procesos de intervención.
- Protagonismo de las personas con TEA (trastornos del espectro autista) en la planificación.
- Orientación del servicio a las necesidades, preferencias y proyectos de futu-

ro individuales.

- Compromiso profesional.
- Inclusión de personas relevantes para el cliente en sus proyectos (familia, amigos, miembros de la comunidad, etc.).

PROCESO SEGUIDO

Información/formación. Primera “toma de contacto” con la visión organizativa centrada en la persona a través de procesos formativos FEAPS. Desarrollo de iniciativas de debate interno a través del trabajo en grupo. Aportación de recursos bibliográficos al servicio.

Implantación parcial. Introducción de objetivos PCP en las programaciones individuales del grupo de control.

Valoración/compromiso con el cambio. Evaluación de los “objetivos PCP” y valoración del impacto en la persona en relación con los objetivos centrados en habilidades adaptativas.

Debate en equipo sobre la idoneidad del cambio a nuevos sistemas de programación y aceptación de compromiso organizacional sobre la introducción de modificaciones estructurales (horarios, distribución de personal, etc...) que faciliten la PCP.

Desarrollo de nuevos procesos. Creación de procesos de planificación, seguimiento y evaluación de acuerdo a patrones del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), con inclusión explícita de herramientas de PCP (PATH: “*Planning the future with hope*”, PFP: “*personal future planning*”).

De manera paralela al diseño de los procesos y su inclusión dentro del SGC de la entidad, se formaliza el compromiso profesional (legitimado por la dirección) para la incorporación de los nuevos modelos, adoptando como referencias de funcionamiento para el servicio los siguientes elementos:

- FACILITADOR: persona elegida por la persona con autismo para gestionar y

coordinar las acciones del grupo de apoyo.

- **CÍRCULO DE APOYO:** grupo de personas relevantes para el cliente que constituyen el equipo de referencia para el desarrollo de objetivos individuales.
- **PERFIL PERSONAL:** información individualizada de acuerdo a criterios de PFP y bajo formato de “mapas”.
- **PROYECTO DE FUTURO:** visión de futuro elaborada por la persona con discapacidad y su círculo de apoyo, que orienta la planificación de objetivos.

Implantación en el servicio y sistema de gestión de la calidad. Puesta en marcha de los procesos, con aplicación de nuevos sistemas de registros, evaluación y seguimiento orientados a la eficiencia y eficacia de los apoyos.

Inclusión de personas del entorno socio-familiar en los equipos y generación de objetivos multidisciplinares a partir de los PERFILES INDIVIDUALES.

Establecimiento de calendarios de seguimiento y evaluación de los planes personales de apoyo y asignación de objetivos a personas concretas de los círculos de apoyo. Elaboración de la documentación administrativa relacionada con el proceso.

Certificación y acreditación de los nuevos procesos de acuerdo a la norma ISO 9001-2000.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Los procesos de planificación, evaluación y seguimiento basados en metodología PCP abarcan todas las áreas del servicio de adultos B.A.T.A., afectando a cada uno de sus clientes y profesionales. La inclusión de las diferentes acciones dentro del sistema de gestión de la calidad garantiza la aplicación generalizada en los siguientes servicios:

- Centro ocupacional EL MONTIÑO.
- Viviendas con apoyo RAVELLA-LAKASITA.

- Servicio de orientación laboral SOIL.
- Unidad de apoyo a inserción laboral (empleo con apoyo) UAIL.

En la actualidad, todos los clientes del servicio de adultos disponen de un perfil individual y de un círculo de apoyo coordinado por un facilitador.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

La implantación de la Planificación Centrada en la Persona tiene como objetivo generar apoyos para los proyectos de vida individuales, favoreciendo la participación y la inclusión en la comunidad. El cambio de perspectiva en el desarrollo de las actividades (desde las necesidades y preferencias personales) ha supuesto una mejora cualitativa en diferentes ámbitos:

Familiar: mayor nivel de participación en la planificación. Implicación directa en los objetivos. Cambio de visión sobre el futuro y las expectativas individuales. Mayor conocimiento de la persona con autismo.

En la persona con TEA: disminución cuantitativa de conductas problemáticas. Mayor índice de presencia y participación social. Ajuste de las acciones a proyectos personales. Aumento de la motivación. Aumento del círculo de relaciones personales. Mejora en la calidad y diversidad de las actividades cotidianas. Incremento de las herramientas y recursos de apoyo individualizado. Mejoras claras en los niveles de autodeterminación y elección.

Profesionales: cambio de visión sobre la persona con autismo. Mayor percepción del “sentido de la actividad” asociado a una visión de futuro personal. Aumento de la implicación personal. Desarrollo de nuevos roles profesionales (facilitador, “cómplice”). Mejora de las estrategias de trabajo en equipo. Mayor coherencia en la planificación de actividades.

Calidad total: la evaluación objetiva de indicadores de los procesos de planificación y evaluación se contemplan en los instrumentos utilizados para medir la “satisfacción de los clientes” de acuerdo con el sistema de gestión de la calidad (ISMAP/SERVQUAL), aunque es necesario resaltar que los mismos se hallan, en este momento, en proceso de revisión para su mejor adaptación a variables liga-

das a la realización de proyectos de vida y funcionamiento de los círculos de apoyo.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

PCP supone un cambio de “modelo mental” sobre la intervención, las personas y las organizaciones. Es un “proceso” y por tanto, requiere tiempo, apoyos y compromiso.

Algunos factores relevantes a tener en cuenta pueden ser:

- Establecer una fase previa de información sobre los principios, objetivos y valores de la PCP. Familiarizarse con la terminología.
- Crear condiciones para un debate organizativo profundo que establezca las condiciones para el cambio.
- Apoyar desde la organización, de manera explícita y clara, la generación de iniciativas de cambio de planificación.
- Crear estructuras de trabajo en equipo.
- Dejar libertad a los profesionales para innovar, imaginar y proponer.
- Evaluar los procesos de programación, seguimiento y evaluación del servicio.
- Comenzar con pequeñas experiencias.
- Positivizar los errores. Son la fuente del aprendizaje.
- Darse tiempo, mucho tiempo.
- CREER y CONVENCER. La PCP da el PODER a las personas. Si no creemos que ello es posible y necesario, posiblemente fracasará.

LO QUE NO SE DEBE HACER

La PCP es un cambio personal, y por tanto requiere implicación y refle-

xi3n profunda sobre el rol de cada individuo (profesionales, familias, personas con...) dentro de la organizaci3n.

Podr3a resultar acertado:

No imponer la PCP como un nuevo "dise1o curricular" (PCP no es un modelo de programaci3n, sino un cambio de visi3n).

- No abarcar demasiados objetivos/clientes en un primer momento. Intentar experiencias parciales que sirvan de aprendizaje.
- No utilizar las herramientas y procesos sin contar con las personas con discapacidad.
- No comenzar el proceso sin legitimidad y compromiso de la direcci3n. (la PCP supone, necesariamente, cambios organizativos).
- No comenzar ning3n proceso si no se cree firmemente en los valores de la PCP.
- No trabajar solo.
- No comprometerse si no se est3 seguro de poder cumplir los compromisos.
-

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

La experiencia puesta en marcha en el servicio de adultos no es m3s que una palanca para el cambio de mentalidad y de objetivos de toda la organizaci3n. Como todo proceso dinámico, es posible (y deseable) que se modifique y mejore de forma continua para adaptarlo cada vez m3s a los proyectos de vida de nuestros clientes.

Entendemos que acabamos de iniciar un camino sin retorno hacia una visi3n organizativa de "punto de encuentro" y que, por ello, deber3a dar lugar a nuevas acciones futuras, como:

Adaptar la metodolog3a de manera m3s precisa a nuestro contexto cultural.

Mejorar los sistemas de evaluación y seguimiento.

Implicar en los procesos a un mayor número de personas no vinculadas a la organización.

Generar mayor número de acciones “en” y “desde” la comunidad.

Aplicar los valores y procesos PCP a nuevos servicios (educación, diagnóstico, apoyo ambulatorio).

Mejorar los sistemas de apoyo para que las personas con discapacidad ejerzan de manera más eficaz su derecho a decidir, planificar y soñar con un futuro personal.

Aprender, aprender, aprender.

A MODO DE CONCLUSIÓN...

La Planificación Centrada en la Persona supone un reto organizativo y personal muy complejo. Implica cambiar nuestra percepción sobre la persona con discapacidad y modificar de manera sustancial el rol profesional, abandonando los rígidos patrones del “aprendizaje de habilidades” y adentrándose en el terreno del compromiso individual y de la acción social directa, cediendo la iniciativa al auténtico protagonista: la persona.

La PCP precisa de humildad, generosidad, aprendizaje y confianza..., y no es posible sin un apoyo explícito y claro de los órganos directivos de la organización y sin la presencia activa de las personas con necesidades de apoyo y la participación de todos los que forman parte del pequeño universo de cada individuo.

No hay PCP si no hay trabajo en equipo.

Este proyecto es fruto de la ilusión y el compromiso de los profesionales de una pequeña organización, pero también es, por encima de todo, el resultado del esfuerzo diario de aquellos a quienes consideramos nuestros clientes más excepcionales: las personas con autismo.

Para Luís, Jesús, Alfredo, Alejandra, Belén, Daniel, Cecilia, Benito, Cristian, Rosa, Gustavo y Brais.

Para Xurxo, Rubén, Nacho, José, Iría, Elisa, Sainza, Mónica, Mario, Manu, Sara, Sandra, Lorena, Manuel y Elena.

Para Carmen, María, Natalia M., Emma, Beatriz, Ruth, Irene, Natalia, Loli, Daniel y Elena.

Para María José, Mari Ángeles, Delia, Lela, Manolo, Yolanda, Crespo y Loli.

Sin ellos... y sin muchos más, nada sería posible.

Buenas Prácticas en...

LAS CARTAS DE SERVICIO Y LA INTRODUCCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA CALIDAD

Nombre de la entidad: Fundación Gil Gayarre.

Promotor/es de la buena práctica: Equipo directivo, técnico y de atención directa con participación de las familias y las personas con discapacidad intelectual de los siguientes servicios: centro educativo, centro de día, centros ocupacionales y servicios residenciales.

Federación a la que pertenece: FEAPS Madrid.

Coordinador o persona de contacto: Javier Perea, director técnico de la Fundación.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: El proceso de elaboración y diseño de las cartas de servicio comenzó en noviembre del año 2001. Durante los años 2002 y 2003 se trabajó sobre la estructura de la herramienta; formación y asesoramiento, constitución de los equipos de trabajo, búsqueda de información, definición de objetivos e indicadores, etc.

Su publicación, divulgación e implantación se inició en enero de 2004.

Hasta la fecha se han recogido indicadores del año 2004 y 2005.

Otros datos que se consideren relevantes: Este proceso se ha desarrollado simultáneamente en el centro educativo, los centros ocupacionales y en el centro de día. En los servicios residenciales sólo se han recogido indicadores del año 2005.

LA BUENA PRÁCTICA

¿Qué son las cartas de servicio?

Las cartas de servicio son documentos públicos que informan al ciudadano que tiene intención de utilizar un recurso (cliente) sobre las condiciones en que se prestan los servicios por parte de una organización. Son herramientas de gestión de la calidad a través de las cuales una organización asume el compromiso de prestar un servicio de acuerdo con unas características y condiciones previamente establecidas o prefijadas. Es decir, nos comprometemos a realizar lo que decimos que hacemos y además a hacerlo bien. En resumen nos referimos a documentos que, por lo general, se presentan en forma de tríptico (folletos divulgativos) y que tienen como objetivo informar a cualquier persona sobre: ¿quiénes somos?, ¿qué hacemos?, y ¿cómo lo hacemos?

¿Qué se pretende conseguir con las cartas de servicio?

- Impulsar y favorecer acciones de mejora dentro de una organización.
- Controlar y medir a través de unos indicadores el grado de cumplimiento de la organización con respecto al compromiso contraído con el cliente o receptor del servicio.
- Si partimos de un enfoque que nos orienta hacia el cliente, tenemos que asumir el compromiso de informar a este del nivel de calidad de los servicios prestados.
- Facilitar que los receptores del recurso puedan ejercer sus derechos como ciudadanos con relación a los servicios recibidos y así facilitar los canales que permitan mayor grado de implicación y participación de los distintos grupos atendidos.
- Incrementar el grado de satisfacción de los clientes respecto a los servicios que reciben.
- Definir y ajustar la calidad del servicio prestado en función de las demandas de los clientes.

Hablamos de un proceso de aprendizaje de la organización que se retroalimenta de la información, opiniones, participación e implicación de las personas a las

que atiende.

¿Qué contiene una carta de servicio?

Desde el punto de vista descriptivo cualquier carta de servicio contiene más o menos la misma estructura de información:

1ª parte: Información básica sobre el servicio que se presta. Son aquellos datos que identifican a la entidad; denominación, dirección, horario de atención, números de teléfono y fax, etc.

2ª parte: Principales servicios prestados: relación, definición y descripción de los servicios: acciones, actuaciones, plazos, mecanismos de comunicación, normativa aplicable, etc.

3ª parte: El compromiso que se asume, donde se incluye una descripción de los objetivos planteados desde el servicio y los indicadores correspondientes que aseguran el nivel de cumplimiento de los objetivos previamente reseñados.

Además de estas tres partes debe existir un sistema de sugerencias y reclamaciones donde cualquier ciudadano receptor del servicio pueda expresar de forma escrita su grado de acuerdo o desacuerdo con el servicio que recibe.

ANTECEDENTES

Nos situamos en una organización que establece como misión “la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias mediante el apoyo de un equipo de profesionales animados por el espíritu de valores humanistas (humanismo cristiano con respeto a las creencias y a la libertad de las personas)”. Una institución que lleva cerca de cincuenta años atendiendo las necesidades de estas personas y sus familias, que está ubicada territorialmente en la zona norte de la Comunidad de Madrid, en tres emplazamientos distintos, y que en la actualidad presta sus servicios a más de 500 personas con discapacidad intelectual y sus familias a través de distintos tipos de centros y servicios en estrecha colaboración con las corporaciones locales de los municipios a los que pertenece. Hablamos de: un centro educativo, centro de día, centros ocupaciones, servicios residenciales, pisos tutelados, centro especial de empleo, servicio de atención a familias, servicio de apoyo familiar domiciliario, etc.

Esta atención se proporciona a las personas desde los cuatro o cinco años hasta el final de su vida desde una metodología que asume como referente conceptual la nueva definición de retraso mental de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM, 2002) y que gira fundamentalmente sobre tres principios básicos: el trabajo en equipo, la participación e implicación de la persona y su familia y la calidad (calidad de vida - calidad de servicio).

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Partimos de un deseo claro de mejorar la atención que prestamos, apostamos por la calidad y nos preguntamos cómo lo podemos hacer. Desde esta perspectiva analizamos el contexto más próximo a nosotros y nos surge la preocupación de crear formas de trabajo que impliquen a toda la organización hacia nuevas maneras de entender nuestra tarea. Las dimensiones de la organización y el grado de complejidad que tiene la gestión de muchos servicios nos hacen pensar que las cartas de servicio nos pueden introducir en el mundo de la calidad a través de un proceso que implique una cierta revisión y mejora de lo que estamos haciendo y cómo lo hacemos. Esta apuesta institucional supone un cambio en la cultura de la mejora continua de nuestra calidad.

PROCESO SEGUIDO

Es una decisión estratégica por parte de la dirección asumir las cartas de servicio como herramienta de evaluación y aseguramiento de la calidad de los servicios prestados.

1ª Fase. Divulgación - formación a responsables y coordinadores de centros

2ª Fase. Constitución de equipos de trabajo

Después de adoptar esta decisión la persona responsable de la calidad en la organización convoca un **grupo 0** (guía) de trabajo constituido por los responsables de los centros y servicios donde se van a implantar las cartas de servicio, que en este caso fueron: centro educativo, centro de día, centros ocupacionales y residencias; un asesor externo experto en calidad y la dirección. En estas reuniones,

que tienen una estructura bien definida (convocatoria formal de la reunión, orden del día, secretario que levanta acta de las tareas a realizar para la próxima reunión), se elabora un borrador de la estructura común que deben tener todas las cartas de servicio y se hace una propuesta de los contenidos que aparecerán en cada una de ellas para su posterior publicación. Se conforman cuatro grupos transversales donde participan de forma voluntaria profesionales de atención directa, técnicos y responsables (dirección y/o coordinación) para elaborar de forma específica los objetivos de cada servicio, discriminar los indicadores, definir los procesos de captación de la información y nombrar los responsables de cada indicador.

3ª Fase. Contraste y consulta

En las reuniones generales de cada centro o servicio se ofrece una información detallada sobre la finalidad y el proceso de implantación de las cartas de servicio. De la misma manera toda la información y el contenido de la herramienta se contrasta con un grupo de clientes que participan en el proceso de reaseguramiento del sistema (personas con discapacidad y familias).

4ª Fase. Publicación

Se elabora el formato definitivo que se va a publicar y que se constituirá como documento público.

5ª Fase. Implantación

Se confecciona una ficha completa de cada indicador donde aparece descrito de forma gráfica: la descripción del indicador, el proceso de recogida de información, el responsable y la temporalización.

6ª Fase. Seguimiento y recogida de información

Se nombra un responsable que se encargará de evaluar y hacer un seguimiento del proceso de recogida de información de los distintos indicadores.

7ª Fase Publicación de resultados

Después de obtener la información relativa a cada uno de los indicadores que se corresponden los objetivos planteados por cada centro y servicio se publican los resultados obtenidos y el grado de cumplimiento sobre estos.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

El proceso de implantación de esta buena práctica está consolidado dentro del sistema de calidad de la organización aunque ésta se ha producido de forma desigual entre los distintos servicios dada la complejidad que ha supuesto elaborar los objetivos y los indicadores del servicio de residencia.

Hasta la fecha se han recogido los indicadores del centro educativo, del centro ocupacional y del centro de día de los años 2004 y 2005, y los indicadores de residencia del año 2005.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

La obtención de resultados sobre el cumplimiento de los objetivos es una medida que asegura la calidad de los servicios prestados en relación al compromiso asumido por la organización. Del mismo modo establece los estándares de calidad que se deben de prestar a los receptores del servicio y devuelve a la organización (profesionales) de forma positiva el trabajo realizado con relación a sus competencias y responsabilidades.

La implantación de esta herramienta de trabajo supone un cambio de filosofía en el modo y manera de gestionar la atención que se presta a los clientes, ya que reafirma de una forma sistemática el aseguramiento de los compromisos y los objetivos de cada servicio en relación con la demanda y las necesidades del cliente.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Esta práctica supone un compromiso claro de la organización con el entorno y con los receptores del servicio, tiende a ajustarse a las necesidades de los clientes y se regula a través de su participación y colaboración. Nos referimos a una práctica que obliga a la organización a cumplir con los compromisos asumidos y hacerlo de acuerdo a unos estándares de calidad que ofrecen fiabilidad, capacidad de respuesta y transparencia. Es una forma de pensar distinta que nos acerca más a las necesidades de las personas y sus familias, proporciona un mayor conocimiento a la organización y facilita el redescubrimiento de nuestra tarea.

LO QUE SE DEBE HACER

- Debe ser un proceso participado desde el principio con todos los agentes implicados en la institución: dirección, profesionales, familias y personas con discapacidad intelectual.
- Es importante que exista un grado fuerte de implicación de la dirección.
- Debe existir un proceso de formación y asesoramiento profesional previo sobre el sistema de calidad que se pretende implantar (las cartas de servicio).
- Consideramos esencial que exista un responsable de todo el proceso.
- Pero quizás lo más importante es incluir dentro del proceso de implantación un procedimiento para la evaluación y seguimiento del mismo.
- Consideramos imprescindible el cumplimiento de los acuerdos adoptados, el respeto a la temporalización establecida, la divulgación de los resultados obtenidos y el seguimiento – evaluación del desarrollo de todo el proceso

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Fundamentalmente nos queda por establecer un equipo de iniciativa y mejora que regule y actualice el proceso de implantación y establezca la medidas de mejora que ajusten de forma más adecuada el grado de cumplimiento de algunos objetivos.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

Pensamos que las cartas de servicio ofrecen una posibilidad real, cercana y gradual de adentrarse en la cultura de la calidad. Nos referimos a una herramienta que coloca a la organización en actitud de aprender, de cambiar y mejorar el tipo de atención que presta a sus clientes. Una relación que debe basarse en una escucha atenta y cercana a las demandas necesidades y sueños de las personas, una atención centrada en la calidez como principio esencial de la Calidad.

Buenas Prácticas en...

TALLER ADAPTADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE EDAD AVANZADA

Nombre de la entidad: Fundación Gil Gayarre.

Promotor/es de la buena práctica: Equipo de profesionales del Centro Ocupacional Granja San José.

Federación a la que pertenece: FEAPS Madrid.

Coordinador o persona de contacto: Javier Perea.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: El Taller Adaptado se creó en septiembre de 2004 y en la actualidad continua en funcionamiento.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

El Taller Adaptado a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada se encuentra integrado en el centro ocupacional Granja San José de la Fundación Gil Gayarre. Este servicio se puso en marcha para prevenir y dar respuesta a las necesidades propias del proceso de envejecimiento de algunos de los usuarios del centro. Por lo tanto, el objetivo final es el de ofrecer a estas personas una respuesta diferenciada y de calidad al proceso de envejecimiento que tienen que enfrentar. Para ello, hemos adaptado las Dimensiones de Calidad de Vida (Schalock y cols., 2002) al objetivo general del Taller y hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Detectar los factores que producen deterioro y dependencia en las personas con

discapacidad intelectual y trabajar a partir de un enfoque proactivo.

2. Potenciar y mantener las capacidades cognitivas, físicas y sociales de la persona para aplicarlas a la vida diaria.
3. Favorecer un adecuado equilibrio psicológico y emocional.
4. Conocer y practicar hábitos de vida saludables.
5. Participar activamente en las actividades de ocio y cultura que se llevan a cabo en el entorno comunitario.
6. Favorecer las relaciones interpersonales y las habilidades comunicativas a través de la expresión de deseos, necesidades, inquietudes, etc.
7. Conocer los recursos y capacidades con que cuentan las personas y aprender a utilizarlos convenientemente.
8. Fomentar la normalización e integración de las personas en su entorno natural.

DESCRIPCIÓN DEL TALLER

Actualmente el Taller Adaptado está compuesto por un grupo de trece personas con discapacidad intelectual, desde los 52 a los 78 años de edad, con una media de 59,4 años. Son tres mujeres y diez hombres a los que se presta una atención personalizada y adaptada al ritmo y necesidades particulares de cada uno. Para proporcionar esta atención de forma adecuada es importante contar con un número de usuarios en el Taller más reducido que la ratio habitual.

El equipo multiprofesional encargado de desarrollar el programa y de atender las necesidades de los usuarios está compuesto por una maestra, una cuidadora, servicio de psicología, trabajadora social, fisioterapeuta, servicio médico y de enfermería, y psiquiatra.

La metodología utilizada en el Taller Adaptado es participativa y flexible, es decir, es posible modificar o reajustar la planificación, objetivos y actividades en función de las características y necesidades de apoyo de cada persona.

Las actividades que se realizan están basadas en las Áreas de Apoyo (AAMR,

2002) para personas con discapacidad intelectual y cada área con sus bloques de contenido:

- Área de Desarrollo Humano: comunicación; taller de memoria; grupo operativo.
- Área de Enseñanza y Educación: habilidades académicas funcionales.
- Área de Vida en el Hogar: cuidado personal.
- Área de Vida en la Comunidad: conocimiento y salidas al entorno comunitario; ocio y cultura.
- Área de Salud y Seguridad: programa de prevención, salud y alimentación; gimnasia de mantenimiento; programa de movilidad.
- Área de Apoyo Conductual y Social: habilidades sociales.
- Área de Actividades para el Empleo: actividad ocupacional en manipulados.

En cada actividad se trabaja de forma específica cada una de las áreas y de manera transversal el resto.

La forma de valorar la efectividad del Taller se realiza partiendo de una evaluación inicial de cada persona. Mediante un registro individual se obtiene un indicador de las necesidades y capacidades de cada persona en las distintas áreas relevantes de apoyo que se trabajan desde el entorno del taller. Posteriormente se ajusta la programación general del taller de forma trimestral mediante una evaluación continua.

ANTECEDENTES

El centro ocupacional Granja San José es un servicio social que tiene como objetivo favorecer el pleno desarrollo y la máxima habilitación laboral - ocupacional, así como alcanzar una adecuada integración social en sus distintos entornos de convivencia (Carta de Servicio de Fundación Gil Gayarre). Sin embargo, en los últimos tiempos surge la creciente necesidad de dar una respuesta ajustada a la demanda de determinadas personas con discapacidad intelectual de edad avanzada y también a sus familias. Sus características físicas, personales y sociales

hacían difícil su adecuada integración al conjunto del centro ocupacional.

Por todo ello, se consideró necesario proporcionar un servicio adaptado y específico, pero que estuviera integrado en la dinámica del centro ocupacional con el fin de que el proceso de adaptación a la nueva situación fuera gradual y lo más personalizado posible

La residencia y centro de día para personas con discapacidad intelectual de edad avanzada “El Cabezo” y el Taller Adaptado para personas con necesidades especiales de apoyo, ambos integrados en la Fundación Gil Gayarre, sirvieron de orientación y guía para iniciar el Taller. El recurso de atención a personas con discapacidad intelectual de edad avanzada puesto en marcha por la Fundación García Gil también ha servido de modelo.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

La necesidad y la demanda de introducir un nuevo servicio se hace presente en las numerosas reuniones grupales e individuales mantenidas con las personas con discapacidad intelectual y sus familias. Los espacios que se ofrecen a los usuarios de forma individual y grupal para poder expresar sus necesidades, demandas, propuestas, sueños, etc., también constituyen una importante fuente de información y marcan de forma clara e inequívoca el camino a seguir. Asimismo, el equipo de profesionales, a través de las reuniones del equipo técnico y las reuniones generales del centro ocupacional, pone de manifiesto la necesidad de ofrecer un servicio más especializado a determinadas personas con discapacidad intelectual.

PROCESO SEGUIDO

El proceso seguido para la creación y puesta en marcha del Taller Adaptado parte de una escucha activa de la demanda manifestada por las personas con discapacidad intelectual y sus familias. El siguiente paso es el de la evaluación, por parte del equipo técnico, de las necesidades y de los recursos humanos y materiales disponibles en el centro. Posteriormente se realiza la consulta a la dirección y, tras obtener la aprobación oportuna, se establece un programa de actuación. El siguiente paso es el de seleccionar e informar a las personas con discapacidad intelectual y a sus familias. Finalmente, se inicia el programa del Taller Adaptado,

del cual se realiza un seguimiento y evaluación continuos. El objetivo de este seguimiento es el de adaptar el programa y, en caso necesario, modificarlo, así como valorar la efectividad del mismo.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

El Taller Adaptado es un servicio plenamente integrado y consolidado en el conjunto del centro ocupacional. Las personas con discapacidad intelectual manifiestan sentirse bien atendidas, satisfechas y motivadas, lo cual se observa en su grado de participación activa en la dinámica del taller y del centro. Las familias refieren satisfacción y tranquilidad ante la posibilidad de disponer de un recurso adecuado que cubra las necesidades particulares de sus familiares. Institucionalmente ha sido una experiencia novedosa, enriquecedora por su carácter multidisciplinar y reconfortante al comprobar que es posible atender de forma global y sistemática a personas con unas características especiales propias del envejecimiento.

En resumen, a través de la experiencia del Taller Adaptado hemos adaptado y mejorado la calidad del servicio ofrecido a las personas con discapacidad intelectual de edad avanzada mediante una atención global y personalizada, basada en la escucha activa de sus necesidades, deseos e inquietudes.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

La observación directa y la escucha activa de forma individual y grupal tanto a las personas con discapacidad intelectual como a sus familias a través de entrevistas individuales, trabajo grupal, reuniones, etc., constituyen la fuente más importante de información a la hora de evaluar el servicio. También se realizan registros y evaluaciones de las actividades realizadas para cada área de intervención, así como revisiones trimestrales del programa. Finalmente, la participación activa en las actividades comunes del centro y la aceptación e integración del Taller Adaptado en el conjunto del centro ocupacional expresadas por el resto de usuarios son indicadores de la mejora del servicio introducida a través de esta práctica.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

A partir de esta práctica hemos experimentado el reto que supone trabajar en la anticipación y prevención del propio proceso de envejecimiento, pero también el valor de las capacidades esenciales de las personas, que es necesario conservar y potenciar.

Por otro lado, nos hemos dado cuenta de la importancia de las pérdidas que se producen en el grupo, de la escucha activa a las personas con discapacidad intelectual, así como el respeto a su vínculo familiar, presente o ausente.

Ha resultado de gran interés favorecer el trabajo de grupo y observar cómo éste evoluciona por sí mismo, sin apenas ejercer dirección externa. También hemos apreciado lo enriquecedor que resulta el trabajo de un equipo heterogéneo y dinámico de profesionales.

LO QUE SE DEBE HACER

- Para crear e introducir este tipo de servicio tan personalizado y específico es fundamental contar con las personas con discapacidad intelectual y sus familias y ser capaz de escuchar su demanda.
- Además, para poder mantener una continuidad en el tiempo y generar aceptación y colaboración por parte del resto de usuarios y profesionales es necesario realizar una buena labor de comunicación y trabajo en equipo.
- Finalmente, es necesario realizar un seguimiento y evaluación continuos y rigurosos con el fin de contar con indicadores válidos que proporcionen información sobre los efectos producidos por este servicio en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias con respecto a la situación anterior.
- Uno de los aspectos que apuntamos como esencial es el establecimiento de vínculos (con la familia presente y ausente, con los profesionales, compañeros o con personas relevantes para ellos) y las relaciones interpersonales que tienen o desean tener las personas.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- ⊖ Consideramos que no es conveniente ejercer una excesiva dirección externa sobre la dinámica del Taller, puesto que son los propios componentes del grupo quienes marcan claramente el ritmo a seguir.
- ⊖ También es necesario no caer en la sobreprotección, es importante atender las necesidades que manifiestan las personas, la sintomatología que aparece en ocasiones de forma encubierta

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

El propósito que nos planteamos a corto y medio plazo para mejorar el servicio prestado por el Taller Adaptado es el de fijar los objetivos individuales para cada persona consensuados con su familia y/o con su entorno residencial y el propio interesado.

La continuidad de esta experiencia viene marcada por diversos factores, como son los buenos resultados obtenidos y el apoyo e implicación de la dirección en esta experiencia. Además, el creciente número de personas con discapacidad intelectual de edad avanzada y familias que demandan este tipo de servicio obliga a plantearse la organización general del centro con otra perspectiva. Este punto de vista debe estar marcado por una planificación de los servicios en función de las características actuales y futuras de las personas con discapacidad y sus familias.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

Tras esta experiencia, desde la Fundación Gil Gayarre consideramos que es fundamental que las diferentes instituciones locales, autonómicas y estatales, pongan los medios necesarios para fomentar la creación de servicios que cubran la demanda surgida a raíz del aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad intelectual. Esta intervención debe estar centrada en planes y programas para la prevención de las situaciones de dependencia. Igualmente, es necesario proporcionar una formación específica y continua de los profesionales que atienden a esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAMR (2002) *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports. 10th Edition* [Traducido al Castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo. Décima Edición*. Madrid. Alianza Editorial].

Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2002/2003). *Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de Vida. Manual para Profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales*. Madrid. Alianza Editorial].

Buenas Prácticas en...

CONFIGURACIÓN EN RED DEL SERVICIO DE VIVIENDAS DE GORABIDE

Nombre de la entidad: Gorabide (Asociación Vizcaína a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).

Promotor/es de la buena práctica: Dirección, coordinadores y equipos de profesionales de atención directa del Servicio de Viviendas de Gorabide.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador o persona de contacto: José Félix Rentería Mendaza, coordinador del Servicio de Viviendas de Gorabide.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde abril de 2004 y se sigue implantando.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

En un servicio variado debido a los muy diferentes tipos de atención que se prestan, para intentar mantener en lo posible a los usuarios en su entorno físico y social habitual, por un lado, y para tratar de proporcionar los apoyos necesarios para cubrir las necesidades con proyectos factibles de financiación, por otro, se trata de reorganizar el servicio atendiendo a los siguientes criterios:

- Dar una atención lo más individualizada y ajustada a las necesidades de los usuarios, permitiendo en muchos casos adaptar el servicio ofertado al usuario o al grupo de convivencia.
- Ampliar la oferta de servicio al máximo de modalidades necesarias teniendo en cuenta el inmediato crecimiento en número de atendidos y de modalidades

futuras. Desde ofertas mini-residenciales con atención de 16 horas (con actividad principal exterior) para 18 o 20 usuarios, hasta el servicio de vida semi-independiente, donde los usuarios viven en su domicilio con la visita de un profesional que proporciona los apoyos en las áreas pactadas con los usuarios, lo cual les permite mantener la vida autónoma que desean.

- Conjugar el difícil equilibrio entre el servicio ofertado a los usuarios de manera que sea lo más flexible, adaptable y de calidad posible, junto con la regulación laboral existente en la entidad y la vida personal de los profesionales.
- Utilizar el crecimiento de la organización, el volumen del servicio y las diferentes modalidades de atención como oportunidades de cara a optimizar los recursos existentes. De esta manera se plantea reorganizar el servicio según una estructura en red que trate de mantener la atención personalizada a los usuarios, que ya se llevaba a cabo de manera satisfactoria, y combinarla con proporcionar recursos de atención necesarios y suficientes, basados en la estructura y en equipos de trabajo. Este cambio de organización, no rupturista sino complementario, nos permite mantener los buenos niveles de servicio basados en profesionales de referencia concretos y establecer niveles de atención suficientes sin la presencia necesaria de aquéllos. Intentamos llevar a cabo esta forma de funcionar en todos los niveles de atención.
- Atención a los usuarios dentro del grupo: dentro de los grupos de convivencia grandes, apoyados por equipos de profesionales por turnos, se establece la figura del monitor de referencia, que va a centralizar toda la información referida a estos y liderar los planes de trabajo y perfiles individuales de apoyo para sus usuarios asignados. Por supuesto la atención a todos los usuarios y al grupo recae sobre los profesionales que están trabajando en cada turno, sin la división de monitores de referencia.
- Viviendas de referencia para cada vivienda: en las viviendas con grupos convivenciales de 3 ó 4 personas, se hacen equipos de trabajo formados en principio por dos profesionales que antes atendían al grupo de manera individual, sin presencia permanente ni diaria. Se establece un calendario complementario entre los dos profesionales de manera que entre semana y de forma alternativa, trabajen en su vivienda y puedan ser referencia de la otra vivienda, normalmente de manera telefónica y no presencial, salvo valoración del

monitor y aprobación del coordinador. También se establece el trabajo de fines de semana de manera alternativa entre los monitores atendiendo de manera presencial cada una de las dos viviendas. Se acuerda un día entre semana en el que los dos profesionales coinciden trabajando, de manera que pueden establecer una comunicación directa. Se establece una mañana de trabajo para incidencias de los dos grupos atendidos alternativamente por cada profesional. Se complementan las reuniones de trabajo individuales con reuniones del equipo (pareja) con el coordinador.

- Vivienda central para incidencias y emergencias: se establece un mapa de las viviendas por zonas. En cada zona existe una vivienda central y varias viviendas más autónomas de diferentes tipos. La vivienda central será aquella que se encuentra atendida por un profesional la mayor parte del tiempo (noches, algunas mañanas, fines de semana...) y las viviendas autónomas, en las que no hay una atención diaria, se adjuntarán por cercanía, tipo de usuarios, número de usuarios totales. La vivienda central será la referencia telefónica para los usuarios de la zona en los momentos que no tienen atención directa. Incluso tendrán la posibilidad de contactar con otras viviendas centrales en caso de que falle la comunicación intentada en primera instancia con la suya.

Se establece un sistema de disponibilidad para los profesionales en cada zona, por medio de un teléfono móvil que se adjudica a turnos entre todos los profesionales de la zona y que permite la atención directa y presencial en cualquier momento, si así lo considera necesario el coordinador. El sistema informatizado a través de Internet con diferentes niveles de acceso, permite la inmediata localización de la información más relevante de los usuarios de cada zona a los profesionales de la vivienda central.

La vivienda central igualmente permite acoger a usuarios de estas viviendas en situaciones especiales (invitaciones a comer, supervisión de medicaciones...) o la visita de sus profesionales a la vivienda autónoma, si la atención en su vivienda lo permite. Este sistema en red por zonas permite un funcionamiento organizado y de referencia autónomo, pero no significa que sea independiente del resto de las zonas. Las tres zonas actuales (aunque ya está en marcha una cuarta) se establecen en paralelo, por lo que los recursos de una se pueden aplicar en otra si fuera necesario e incluso da la posibilidad de establecer contacto entre las diferentes zonas para consultar cuestiones comunes, por ejemplo, consulta entre personal de turno de noche de diferentes

viviendas centrales.

- Supervisión de los coordinadores por zonas: en la actualidad se está avanzando hacia ahí en la medida en que seguimos ampliando el servicio. Cada zona tendría como referencia un coordinador del servicio que supervisaría los proyectos de viviendas, coordinaría las reuniones de los equipos, centralizaría las informaciones más importantes y las transmitiría... Pero igualmente funcionaría como equipo de coordinadores de cara a la atención ante cualquier demanda y tendría un sistema de disponibilidad por turnos que cubriría todo el tiempo, con objeto de responder a demandas y emergencias, independientemente de la zona en la que surja la demanda y del coordinador. Se plantea una mayor presencia del coordinador en las viviendas en días concretos. El coordinador pasará a ser una referencia directa para las familias y los tutores. Este sería el último nivel, conjugando nuevamente la referencia personal con la atención suficiente desde el sistema y no únicamente basado en la persona.

ANTECEDENTES

El Servicio de Viviendas de Gorabide proporciona una atención en el entorno domiciliario a personas adultas con discapacidad intelectual, que realizan una actividad exterior y con suficiente autonomía para el desarrollo de sus actividades cotidianas, siempre dirigidas a mejorar su calidad de vida. Las ratios y los medios no permiten proporcionar apoyos generalizados y extensos de manera continuada, aunque sí coyuntural: en las salidas al exterior, en la realización de las actividades de autocuidado y alimentación... Sin embargo, dentro del servicio existe gran variedad de atención de modelos autónomos, disminuyendo la presencia necesaria de los profesionales a medida que el grupo de convivencia es más pequeño y por tanto puede aportar apoyos complementarios a las personas.

Como hemos indicado, hasta ahora se funcionaba con una mentalidad basada en la atención a cada una de las viviendas y centralizada desde el coordinador, es decir, cada profesional se basaba únicamente en su vivienda y se sentía con el deber de atender desde ella a las incidencias que se presentaban. Por el contrario en los equipos de profesionales por turnos, la forma de actuar de “todos con todos” podía proporcionar falta de una atención más individual o de que personas con poca necesidad corrieran el riesgo de pasar desapercibidas. Así se recogen algunas carencias como:

- Sensación de soledad en el trabajo en las viviendas más independientes.
- Sensación de dependencia de los usuarios a las personas concretas, sin posibilidad de ser resueltas demandas desde otros lados.
- Sensación de desatención e inseguridad ante emergencias, sin un protocolo de resolución claro y solventándose sobre la marcha, para usuarios, profesionales y coordinadores.
- Coste alto de la flexibilidad de la atención fuera del horario laboral.
- Desproporción entre los diferentes costes personales en las contrataciones a media jornada (viviendas más autónomas) y a jornada completa (viviendas más apoyadas).
- Demanda de las familias de tener una atención-orientación hacia ellas lo más directa posible.

Igualmente se aprovecha la perspectiva de ampliación del servicio a través de las adjudicaciones de gestión desde la Diputación Foral de Bizkaia al Servicio de Viviendas de Gorabide, y también el proceso de sistematización informática a través de servidor central comunicado con cada terminal vía Internet que se implanta en la entidad.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Desde las demandas recogidas por los coordinadores en las reuniones de trabajo con los profesionales de atención directa y por los usuarios y las diferentes situaciones presentadas (emergencias, necesidades de presencia fuera de horario...) que se tuvieron que resolver coyunturalmente, se ve la necesidad de un planteamiento de mejora.

Igualmente se recogen demandas dirigidas al servicio en la encuesta de satisfacción a las familias realizada a finales de 2004 en la entidad, en el análisis de los datos y se incorpora al proceso de modelo. También existe una demanda de mejora de las condiciones laborales dentro de la negociación del convenio en la entidad, donde se demanda clarificar y regular diferentes situaciones laborales.

Se establece un plan de gestión para el servicio dentro de la entidad en el año

2004, en el que se va a recoger y analizar las demandas y dificultades dentro de todos los equipos de trabajo con los profesionales de atención directa. Se plantea la búsqueda de una reorganización del servicio teniendo siempre presente los objetivos generales del mismo, los modelos de calidad de vida y las áreas de apoyo de la AAMR 2002, la Planificación Centrada en la Persona, la CIF, el sistema de apoyos para la calidad de vida y los planes de gestión de la entidad. En todo momento se tiene presente que sea una reorganización que permita el previsible crecimiento, de manera que sus bases no estén sujetas a la atención actual. Se busca más un modelo que una organización rígida.

PROCESO SEGUIDO

Tras la detección de las carencias, y con las demandas y posibles sugerencias generales de organización aportadas desde los equipos de trabajo, desde el equipo de coordinación (dirección y coordinadores) se piensan las líneas de un modelo de organización en red, sopesando los pros y los contras y las consecuencias del modelo. De septiembre a diciembre de 2004 se trabaja con los equipos de profesionales este modelo, especialmente con los que trabajaban solos en viviendas autónomas, de cara a irlo concretando y sopesando las dificultades que le ven, así como las mejoras. En diciembre de 2004 se diseña el modelo de trabajo en red, estableciendo los nuevos calendarios complementarios de las parejas de trabajo y desarrollando un sistema de información a los usuarios y familiares: reuniones por pisos, llamadas telefónicas a las familias y tutores y reunión anual por viviendas para familiares. En el último trimestre de 2005 se evalúa con los equipos y en las reuniones de familiares y tutores el sistema, ajustándolo mínimamente según las carencias detectadas ya que es aceptado mayoritariamente.

Con los usuarios del servicio se va trabajando y explicando durante el año el modelo en las reuniones del grupo de convivencia semanales. Sus demandas son recogidas por el profesional y transmitidas al coordinador. También se comentan abiertamente en las visitas de los coordinadores. Se incorporan al modelo las demandas realizadas por las familias en la encuesta de satisfacción de septiembre de 2005, especialmente la de tener una atención-orientación lo más directa y centralizada posible. Esto hace que en los planes de gestión del 2006 y de cara a las nuevas aperturas se acepte como modelo a seguir en el Servicio de Viviendas de Gorabide.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

En estos momentos es el modelo a seguir en el servicio y en la actualidad nos permite absorber una nueva apertura con una residencia de 20 plazas, pudiendo crear una nueva zona. El proyecto de esta nueva residencia, cuya estructura permite avanzar hacia 4 unidades convivenciales de 5 personas, pasando por un planteamiento intermedio de una vivienda central que aglutine dos módulos con servicios centralizados y dos módulos más independientes, se enmarca perfectamente dentro de este modelo en red. Esto nos lleva a un planteamiento en red incluso dentro de la misma instalación, originando grandes posibilidades de avance autónomo en los grupos de cada módulo.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

Este sistema ha supuesto fundamentalmente un cambio de mentalidad en la atención, valorando un modelo complementario que no se base únicamente en la persona del profesional. De esta manera, por un lado ha habido que demostrar a los usuarios acostumbrados al profesional que le presta atención, que se podían cubrir suficientemente sus necesidades desde otros profesionales o viviendas y, por otro, ha habido que convencer al propio profesional que no veía como otra persona que no fuera él iba a poder solucionar satisfactoriamente la demanda surgida en su vivienda.

Consecuencias derivadas de este sistema son que a los usuarios poco acostumbrados a usar otros recursos fuera de su vivienda se les ha podido abrir un abanico de posibilidades de atención e incluso de relación al interactuar con personas de otros pisos, y que han resultado ciertamente enriquecedoras. Permite seguir atendiendo diferentes modalidades de atención en la vivienda de manera que garantiza que usuarios y familiares pueden continuar su vida en el entorno físico y social conocido (modelo no rupturista). La sensación de regularizar los tiempos de trabajo y los tiempos de descanso, sabiendo que hay una cobertura fuera de la presencia, también garantiza una mayor tranquilidad al profesional. Por el contrario, la demanda de las familias y tutores se dirigía en tener referencias más personales, por tanto se intentó establecer tiempos con la figura del coordinador y del profesional que las pudiera garantizar.

Este planteamiento y el crecimiento del servicio han supuesto la contratación de un tercer coordinador para el servicio que evitara el efecto “cuello de botella”. Se

han podido optimizar recursos en la medida en que estos se ponían al servicio de las zonas y no de viviendas. A nivel social, se ha podido dar cobertura a un aumento en la demanda de vivienda con una ampliación de 30 usuarios en 2004 y 2005 y de otros 20 usuarios para el año 2006.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

La organización en red nos permite dar una mayor unidad y organización en un servicio tan diverso en sus tipos de atención como es el Servicio de Viviendas de Gorabide, independientemente del tamaño de éste. Permite optimizar recursos al ser presentados claramente al servicio y funcionar desde claves complementarias. Además cuidaremos de no desatender la atención individualizada y personalizada que garantiza el conocimiento y el trato con los profesionales de referencia.

Es un modelo flexible que permite acoger nuevas modalidades de atención que todavía no se han implantado así como grados diferentes de autonomía. Permite al usuario y a las familias conocer, utilizar y demandar recursos de atención de los que se dispone en el servicio. Rompe con la atención basada en la persona del profesional lo que permite mayor independencia del mismo, sin descuidar la calidad de la atención.

LO QUE SE DEBE HACER

- Apostar por conjugar modelos de atención intentando aprovechar lo mejor de cada uno y sin renunciar a probar otros que nos pueden dar mejoras para la atención a los usuarios. En este sentido muchas veces las limitaciones están en nuestras cabezas al no concebir otras formas de hacer que las conocidas.
- Siempre apostar por dar oportunidades realistas de atención que sean decididas por el usuario y la familia, ya que el servicio se puede adaptar más fácilmente en un estadio inicial que una vez asentado.
- Evitar situaciones donde el usuario sea el que se debe de adaptar completamente por no intentar otras formas de servicio.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- ⊖ No debemos, sin embargo, perder la perspectiva individual que garantiza la atención a cada usuario. En este sentido hemos mejorado la atención en los grupos grandes con la figura del monitor de referencia aprendida del antiguo modelo de los pisos autónomos.
- ⊖ Tampoco acomodarnos en un modelo rígido, sino permitir que el modelo sea lo suficientemente flexible como para acoger diferentes tipos de atención adecuados no contemplados, aunque para ello tengan que difuminar la estructura diseñada, pero pudiendo entrar dentro de una atención en red.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Habrá que avanzar en el modelo para ver cómo se puede garantizar y seguir implantando a nivel de coordinadores, con el reto de pasar a ser 4 zonas con 3 coordinadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAMR (2002). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. 10ª edición. Traducción en 2004. Madrid: Alianza Editorial.

Diputación Foral de Bizkaia (2004-2007). *Plan estratégico del departamento de Acción Social*.

Equipo de profesionales de Asprona (2003). *La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas.

Giné, C. (2004). Servicios y calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, Vol. 35 núm 210.

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Palomo, R. y Tamarit, J. (2000). *Autodeterminación: analizando la elección*.

Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano en 2003, Alianza Editorial]

Verdugo, M.A. y Jordán de Urríes, F. DE B. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, Salamanca, Ed. Amarú.

Wehmeyer, M.L.,(2002). *Autodeterminación: una visión de conjunto conceptual y análisis empírico*. Traducido por Javier Mallo. Siglo Cero Vol.- 32 (2). Pag 5-15.

Buenas Prácticas en...

PROTOCOLO DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE PERSONAS EN RIESGO O EN PROCESO DE DETERIORO POR ENVEJECIMIENTO

Nombre de la entidad: Uliazpi (Organismo Autónomo de la Diputación Foral de Gipuzkoa “Fundación Uliazpi”).

Promotor/es de la buena práctica: Equipo Psicopedagógico de Uliazpi.

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador o persona de contacto: Pako Mendizabal Agirre, Coordinador Psicopedagógico.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: Desde 2003 hasta la actualidad.

Otros datos que se consideren relevantes: Uliazpi atiende a personas con Discapacidad Intelectual (DI) y Necesidades Generalizadas de Apoyo (NAG) proporcionando, fundamentalmente, servicios de vivienda, atención de día y de respiro. Actualmente, la totalidad de las personas atendidas son adultas y, muchas de ellas, en fases relativamente avanzadas de su ciclo vital y, por tanto, en riesgo de presentar procesos de deterioro.

LA BUENA PRÁCTICA

Se describe el protocolo de actuación ante situaciones de deterioro o riesgo de deterioro de las personas atendidas elaborado en Uliazpi con el objetivo de detectar, evaluar y atender adecuadamente a las personas que, fundamentalmente por su edad, van perdiendo capacidades y autonomía en su vida cotidiana. Se trata, en

concreto, de:

1. Identificar a las personas en posible proceso o en riesgo de deterioro, incluyendo a personas que presentan ya un proceso de deterioro, a personas mayores de 50 años y a personas con Síndrome de Down mayores de 40 años que consideramos que pueden estar en situación de riesgo.
2. Evaluar y realizar un seguimiento a las personas identificadas:
 - A las personas en situación de riesgo se les hace un seguimiento especial basado en la observación continua y aplicándoseles las evaluaciones periódicas ordinarias.
 - A las personas en posible proceso de deterioro se les aplica anualmente (o con la periodicidad que se determine en cada caso) una prueba de evaluación de las habilidades adaptativas (ABS-RC 2 de Nihira, Leland y Lambert o similar). Asimismo se consulta con el equipo médico para un examen físico y neurológico
 - A las personas sospechosas de presentar un proceso de demencia se les aplica una prueba para confirmar o descartar el mismo (DSDS de Gedye o similar).
3. Evaluar, diseñar e incorporar las adaptaciones oportunas a los programas individuales.
4. Aplicar las medidas y adaptaciones derivadas de la evaluación (modificaciones de rutinas, ritmos y actividades; pautas de cuidado, atención, salud y seguridad y adaptaciones, ayudas técnicas y recursos necesarios) para la adecuada atención de estas personas y sus posibles nuevas necesidades.

ANTECEDENTES

Nuestra entidad atiende a personas con discapacidad intelectual (DI) y necesidades de apoyo generalizadas (NAG) que pueden tener otros trastornos asociados (trastornos del espectro autista, discapacidad sensorial, motriz, trastornos menta-

les, problemas médicos, conductas problemáticas...). Como ya hemos adelantado, muchas de ellas tienen ya una edad relativamente avanzada. Así, por ejemplo, en algún grupo de convivencia concreto (de 12 personas) la media de edad es de 47-48 años. Aún realizando una completa evaluación médica, psicopedagógica y fisioterapéutica de las personas atendidas, no contábamos con pautas de seguimiento de las personas en proceso o riesgo de deterioro y veníamos actuando de manera reactiva a la aparición de situaciones de deterioro y pérdida de capacidades que nos obligaban a improvisar cambios en sus programas personalizados y planes de vida.

Por otro lado, son escasas todavía las experiencias de atención específica a los procesos de envejecimiento y deterioro, y además son muy necesarias, ya que debemos responder con urgencia a las nuevas necesidades que va planteando el envejecimiento de la población atendida en nuestras organizaciones.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Constatado este envejecimiento progresivo de la población que atendemos y del deterioro de capacidades que ello conlleva, hemos considerado la necesidad de ser más proactivos y de implementar un protocolo para ir adaptándonos a las nuevas necesidades que estas personas están empezando a plantear.

Nos han servido de orientación y de modelo “Las normas para la evaluación y atención a las personas con demencia de tipo Alzheimer” citadas en el libro publicado por FEAPS “Hacia una cálida vejez”¹, las directrices dictadas por la Organización Mundial de la Salud (Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities), los Principios de Edimburgo (2001) y los trabajos y documentos elaborados por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) y la Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual (IASSID).

¹ Pérez Gil, R. (Ed. 2002). *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Madrid: Colección FEAPS. <http://ww.feaps.org/biblioteca/coleccion/vejez> (Nota de la editora)

PROCESO SEGUIDO

Nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Identificar a las personas en situación de riesgo de deterioro y en proceso de deterioro.
- Evaluar a esas personas y hacer un seguimiento de su evolución.
- Diseñar e incorporar adaptaciones a los programas individuales.
- Reflexionar y aplicar medidas de adaptación de los centros y servicios.

Hemos ido realizando las siguientes acciones:

- Grupo de trabajo específico.
- Acciones formativas específicas.
- Elaboración de un módulo de autoformación específico.
- Elaboración de un protocolo específico.
- Adaptar el proceso de planificación individual incluyendo el citado protocolo.
- Reflexión multidisciplinar conjunta sobre la necesidad de adaptación de los programas, centros y servicios.

En el marco de la Gestión por Procesos y dentro del Proceso de Planificación Individual y del sistema de Cuadro de Mando Integral tenemos identificados una serie de indicadores que nos ayudan a evaluar el seguimiento de las actuaciones que en este tema tenemos establecidas. Algunos de esos indicadores son los siguientes:

- Número de personas mayores de 40, 50 y 60 años.
- Número de personas que cumplen los criterios para un seguimiento especial.
- Índice de personas a las que se realiza un seguimiento especial (evaluación periódica específica) respecto del total.

- Número de personas que utilizan silla de ruedas.
- Número de personas que presentan una gran dependencia...

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

Consideramos que en el periodo de implantación ya hemos ido consiguiendo una serie de objetivos:

- Se ha identificado a un total de 50 personas (aproximadamente el 20% de las atendidas en residencia y atención de día).
- Se evalúa periódicamente (una vez al año o de acuerdo a la periodicidad que se estime oportuna en cada caso) a todas ellas.
- Se han introducido cambios en los programas individuales y en las rutinas y actividades diurnas.
- Se están probando tratamientos farmacológicos nuevos.
- Se están estudiando (y aplicando en algún caso) posibles cambios organizativos y físicos en los centros.

Pensamos que la práctica de evaluación periódica y seguimiento constante con los consiguientes cambios en los planes individuales y en la vida cotidiana de la persona (si éstos son necesarios) está adecuadamente implantada y consolidada. Así lo atestiguan, entre otras posibles fórmulas de confirmación, el grado de satisfacción de los técnicos implicados y los informes positivos de las auditorías internas.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

La experiencia tiene un impacto directo y muy relevante en las personas con discapacidad intelectual y en sus familias puesto que implica un mayor conocimiento, sensibilidad y comprensión de las mismas, de los procesos de deterioro que van presentando y de la necesidad de adaptación de nuestras actuaciones. Esto último también indica el importante impacto que tiene en la organización, ya que se hace imprescindible una acomodación de nuestros centros, programas y servi-

cios para incidir positivamente en su calidad de vida también en esta etapa del ciclo vital.

Una posible dificultad que anticipamos puede ser que el seguimiento específico que llevamos hoy en día afecta a un número relativamente “manejable” de usuarios de nuestros servicios, pero en 10 años lo hará a un porcentaje tan alto que puede dificultar dicho seguimiento tal y como lo estamos llevando a cabo actualmente.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

Pensamos que tiene una posibilidad de transferencia muy alta a otras organizaciones, ya que en principio es relativamente sencilla de aplicación y no implica costes económicos (salvo posibles adaptaciones arquitectónicas u organizativas significativas) o de personal muy grandes o adicionales. Por otro lado, es interesante ir planificando el futuro para que éste no nos “pille” con el trabajo sin hacer.

LO QUE SE DEBE HACER

- Anticiparse a la situación.
- Sensibilizar e implicar a todos los profesionales y a los familiares.
- Promover la formación específica.
- Adaptar nuestros servicios, apoyos y centros.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Actuar sólo de manera reactiva.
- Dar respuestas homogéneas a personas distintas.
- No implicar a profesionales y familiares.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Esperamos que la práctica se consolide aún más, se pueda mejorar y siga provocando la necesidad de reflexión constante para la adaptación de nuestros servicios a las nuevas necesidades de las personas en proceso de deterioro.

Debemos seguir el camino de la adaptación permanente de nuestros centros, programas, servicios y apoyos personalizados a las nuevas necesidades de las personas en proceso de deterioro o de demencia.

OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRÍTICAS, ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...

Queremos hacer una llamada de atención para promover la investigación y la colaboración para compartir información y experiencias en este ámbito.

Buenas Prácticas en...

FORO REDEX: RED DE EXCELENCIA EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Nombre de la entidad: Uliazpi (Organismo Autónomo de la Diputación Foral de Gipuzkoa “Fundación Uliazpi”).

Promotor/es de la buena práctica: Avanvida (Gestión de Servicios Sociales y Consultoría), Uliazpi (Servicios de atención a personas con discapacidad intelectual) y Uned (Formación universitaria a distancia y actividades de promoción profesional y cultural).

Federación a la que pertenece: FEVAS.

Coordinador o persona de contacto: Alberto Merino.

Fecha o periodo en el que se ha desarrollado: 2004 – 2006.

Otros datos que se consideren relevantes:

LA BUENA PRÁCTICA

Foro REDEX es un grupo de *benchmarking on line* en el que participan organizaciones dedicadas a la atención de personas con discapacidad intelectual y necesidades extensas y generalizadas de apoyo, y con sistemas avanzados de gestión que se basan en los principios de la Calidad Total.

La misión de esta herramienta es compartir conocimiento e información sobre resultados de indicadores y buenas prácticas para facilitar la mejora de los procesos que gestionan la organización. Además, pretende ser una forma de promover la gestión y difusión del conocimiento entre las organizaciones del sector.

ANTECEDENTES

Avanvida, organización dedicada a la gestión de servicios sociales y de consultoría y Uliazpi, organismo autónomo de la Diputación Foral de Gipuzkoa dedicado a la atención de personas con discapacidad intelectual han elaborado de manera conjunta una batería de indicadores clave de resultados de rendimiento basados en el modelo EFQM y buenas prácticas para la obtención de resultados excelentes.

Para poder llevar a cabo este proyecto se ha contado para la fase inicial con la financiación de la Dirección General de Bienestar Social y Uned Tudela ha elaborado el soporte informático que posibilita el *benchmarking on line*.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Ya existían experiencias previas de comparación entre diversas organizaciones (Club de gestión, Euskalit o DESDE), pero ninguna era exclusiva del sector de la discapacidad intelectual. Este hecho nos animó a iniciar este proyecto de *benchmarking on line* con una herramienta que permitirá:

- La comparación de resultados para la redacción de memorias.
- Fomento del intercambio del conocimiento entre organizaciones con un mismo perfil de usuarios.
- El intercambio de la buena práctica desarrollada para un indicador con resultados excelentes.

PROCESO SEGUIDO

Se ha formado un grupo compuesto por cuatro personas de ambas organizaciones que se han reunido periódicamente para elaborar la herramienta que contiene los indicadores de comparación e intercambio de buenas prácticas.

De manera resumida, se han establecido los siguientes pasos:

Primera fase: definición del proyecto, investigación de experiencias previas, establecimiento de un plan de trabajo y búsqueda de financiación.

Segunda fase: establecimiento de criterios de selección y validación de indicadores.

Tercera fase: selección de indicadores de personal, sociedad y clientes. Selección de indicadores clave. Elaboración de contenidos que debe tener una buena práctica.

Cuarta fase: Aplicación informática (diseño, instalación de la web y prueba piloto). Primeros contactos con organizaciones del sector.

Quinta fase (por desarrollar): Validación de contenidos y dinámicas del foro. Confirmación de los miembros definitivos del foro y firma del convenio de colaboración. Prueba piloto de la herramienta informática REDEX *quid benchmarking on line*.

En este recorrido se puede apreciar que uno de los principales recursos consumidos es el humano. El recurso económico está destinado a la herramienta informática cuya elaboración ha sido financiada por la Dirección General de Bienestar Social mientras que el mantenimiento sería objeto de los miembros del Foro.

NIVEL DE IMPLANTACIÓN

En la actualidad, como se ha comentado anteriormente, se está en la última fase del proyecto:

- La herramienta informática está en un periodo de prueba y ajustes.
- Finalización de la elaboración del convenio al que posteriormente podrán adherirse las organizaciones interesadas.
- Búsqueda y contactos con organizaciones con niveles de gestión avanzados en sistemas de Calidad.

EVALUACIÓN DE LA MEJORA

En este momento, la evaluación de la mejora resulta difícil de prever, aunque si todo sigue su curso los resultados pueden ser muy satisfactorios, y en el peor de

los supuestos todas las organizaciones implicadas pueden llegar a obtener un nivel de desarrollo muy adecuado, de un cuadro de mando fundamentado en el modelo EFQM que permitiría a todas las organizaciones mejorar su sistema de gestión.

IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRÁCTICA

En esta buena práctica es fundamental por parte de las organizaciones participantes la voluntad de compartir los mejores resultados y prácticas desde el sentido de alianzas que marca el modelo y desde la gestión del conocimiento.

LO QUE SE DEBE HACER

- Establecer desde el primer momento un foro de trabajo abierto, enmarcado en un convenio, estatuto o marco de trabajo que permita hacer un uso adecuado de todo el conocimiento gestionado por dicho grupo, permitiendo que todos los datos acordados fluyan con naturalidad y aquellos aspectos críticos se puedan resolver de la forma más sencilla y adecuada.

LO QUE NO SE DEBE HACER

- Deben evitarse aquellos planteamientos que puedan afectar a temas estratégicos de las organizaciones, en este sentido y haciendo referencia al modelo, se debieran evitar los resultados clave y la estrategia de la organización.

LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Que todas las organizaciones participantes, a medida que vayan firmando el convenio de colaboración, puedan introducir los indicadores consensuados, así como sus formulas de cálculo igualmente consensuadas.

Algunas de las dificultades pueden venir dadas por una definición incorrecta del indicador o de su fórmula de cálculo, así como del segmento de población al que hace referencia.

OTROS COMENTARIOS

En el momento actual partimos de unas premisas o requisitos que son de obligado cumplimiento y que nos garantizan que todas las organizaciones se muevan en unos márgenes parecidos en cuanto a metodología de gestión.

El foro resultará más exitoso en la medida que haya una mayor participación y se puedan colgar un mayor número de buenas prácticas.