

Del model institucional al model comunitari.

Indicadors del tipus de cura¹

Joan Canimas Brugué

<http://www.canimas.eu>

La Unió Europea es troba en un procés de transició del model que anomena de *cura institucional* (*institutional care*) al de *cura comunitària* (*community-based care*). Els dos documents de referència sobre aquesta qüestió que se m'ha demanat comentar són l'*Informe del grup d'experts ad hoc sobre la transició de l'assistència institucional a la base comunitària*, de la Direcció General d'Ocupació, Assumptes Socials i Igualtat d'Oportunitats de la Comissió Europea (2009), i el *Manual sobre l'ús dels fons de la Unió Europea per a la transició de la cura institucional a la cura comunitària*, del Grup d'Experts Europeu sobre la Transició de la Cura Institucional a la Cura Comunitària (2012 i 2014).

D'aquests documents hi ha dues qüestions que no comparteixo. La primera és que considero mal trobats els conceptes *cura institucional* i *cura comunitària*, la qual cosa explico al primer capítol d'aquestes planes i proposo substituir-los per *cura comunitarista* i *cura personalitzada*, respectivament. La segona és que, al meu entendre, els identificadors del tipus de cura que hi apareixen són reactius, poc sistematitzats, insuficients i empenyen a una classificació binària, i és per això que al segon capítol faig una proposta alternativa d'indicadors per copsar el tipus de cura de les institucions.

¹ Aquest article recull i amplia la primera part de la meua conferència al Palau Macaya de Barcelona el 14 de març de 2017, en el *Cicle Tribuna FEDAIA – 2017: Canvi de model en l'atenció a la infància en risc. Transició d'un model institucional a un model comunitari*. La segona part de la conferència l'he recollit i ampliat en un altre article, «Arquitectura de la cura», que també s'inclou en aquesta publicació.

1. Sobre els conceptes *cura institucional* i *cura comunitària*.

La Unió Europea utilitza el terme *cura institucional* per a referir-se a un model maltractador i despersonalitzat que s'ha d'eradicar i *cura comunitària* per a un model centrat en la persona i la seva dignitat que cal instaurar. Entenc que l'aversion al terme *institució* prové de relacionar-lo amb un tipus de centres en els quals el poder descarnat de l'Estat i els seus acòlits es manifesta en cada racó i actitud; i que l'estima al concepte *comunitari* prové de la consideració que som animals socials i de que tots tenim responsabilitats respecte als altres, sobretot si es troben en situació de vulnerabilitat.

Ara bé, que allò institucional quedi associat a quelcom negatiu i allò comunitari a quelcom positiu pot portar, al meu entendre, a equívocs i a limitacions en l'anàlisi que possibiliten les paraules. El terme *institució*, ja sigui en català, castellà (*institución*), francès (*institution*) o anglès (*institution*), es refereix a estructures socials establertes per necessitat, costum o llei, la qual cosa fa que organitzacions tan diferents com la família, un hospici, un hospital, una escola, un ministeri o una entitat filatèlica se les pugui considerar, encertadament, institucions. La relació entre *cura* i *institució* no ha de ser necessàriament negativa i hom ha de poder dir, per exemple, que la família és una institució que té cura de les persones que en formen part, que les escoles són institucions que tenen cura de l'educació dels infants, que una societat ha de tenir institucions que cuidin les persones o que tal o qual organització és un bon exemple de cura institucional perquè es preocupa molt del seu clima o *éthos*.

Pel que fa al concepte *comunitari* i els seus derivats, tenen a veure, com se sap, amb allò compartit per dos o més a la vegada i permet emparaular un ventall de relacions humanes que van de les més excelses (per exemple quan diem «es va produir una comunió entre totes les persones»), a les més mesquines (per exemple quan ens referim als pavellons comuns d'Auschwitz). Per tant, una organització amb una base comunitària no necessàriament ha de tenir una valoració positiva i hom hauria de poder dir, per exemple, que una institució té un model de base comunitària que fa que no es tinguin en compte les particularitats de les persones. Amb això no pretenc subvertir, ni de bon tros, el concepte *treball comunitari*, molt emprat i necessari en els serveis psico-sòcio-educatius. Simplement pretenc evitar, com ja he dit, els embolics lingüístics i analítics que provoca associar el concepte *institució* i derivats

únicament a valoracions negatives i el concepte *comunitari* i derivats a valoracions únicament positives.

Una altra bona raó per substituir els conceptes *cura institucional* i *cura comunitària* per *cura comunitarista* i *cura personalitzada*, respectivament, és que em sembla millor associar el tipus de cura desitjable (la cura personalitzada) amb qui la rep (la persona), no amb els que la donen (institucions o comunitat). Perquè tot i que és innegable que la cura és una responsabilitat de tots (de la comunitat) i que hi ha institucions especialitzades en tenir cura d'alguna cosa, de vegades es manifesta, i de forma radicalment excelsa, en la individualitat d'una o poques persones, lluny d'allò comunitari o institucional. A partir d'aquí, per tant, utilitzaré *cura comunitarista* en lloc de *cura institucional* i *cura personalitzada* en lloc de *cura comunitària*.

2. Set indicadors del tipus de cura.

En els dos documents de la Unió Europea citats a la introducció, la identificació i descripció del tipus de cura és, al meu entendre, reactiva, poc sistematitzada, insuficient i empeny a una classificació binària.

És reactiva perquè el tipus de cura desitjable (la personalitzada) es construeix a partir de la negació de la no desitjable (la comunitarista). Els dos documents de la Unió Europea esmentats identifiquen set factors del model comunitarista que cal eradicar: *Segregació, Nombre elevat de persones, Despersonalització, Rigidesa en les rutines, Tracte en bloc, Distància social o jerarquia i Conducta passiva del residents*² i, a partir d'ells i negant-los, descriuen les característiques desitjables. Els identificadors de la meua proposta, que també són set, tenen una denominació neutral que serveix per avaluar qualsevol tipus d'institució: *Llibertat, Intimitat, Nombre de persones, Arquitectura, Autoritat i vincles, Organització i decisió i Qualitat dels processos i dels resultats*. Tot i això, en la descripció que faig aquí d'aquests indicadors no he estat capaç de desempallegar-me suficientment del model que cal evitar (el comunitarista).

² Tal com assenyala la mateixa Unió Europea, alguns dels indicadors del model comunitarista provenen del treball realitzat per HING, RAYNES i TIZARD (1971): *Patterns of residential care: sociological studies in institutions for handicapped children (International library of sociology and social reconstruction)*, Londres: Routledge and Kegan Paul.

La identificació i descripció del tipus de cura dels dos documents de la Unió Europea és poc sistematitzada i insuficient per, almenys, aquestes tres raons: (i) alguns factors es poden agrupar en un mateix indicador, per exemple *Rigidesa en les rutines* i *Tracte en bloc*, que jo incloc a *Organització i decisió*; (ii) hi ha factors que no es contemplen tot i ser molt importants, per exemple *Llibertat*, *Intimitat* i *Autoritat i vincles*; i (iii) alguns factors apareixen però no se'ls dona la importància que al meu entendre tenen, per exemple l'arquitectura, que he convertit en un indicador diferenciat.

Finalment, la terminologia emprada en els documents de la Unió Europea empeny a una classificació binària, de «es dona» o «no es dona» (la segregació, el nombre elevat de persones, la despersonalització, la rigidesa de les rutines, el tracte en bloc, la distància social i la jerarquia i conducta passiva dels residents) i, per tant, a classificar les institucions en dos únics grups que es volen purs: cura comunitarista o cura personalitzada, sense graus intermedis, la qual cosa dificulta avaluar amb precisió la realitat i, per tant, transformar-la. Els identificadors que proposo em sembla que faciliten més la graduació, tot i que a l'hora d'explicar-los la brevetat que requereix aquest article m'ha portat a recórrer únicament a la descripció dels dos extrems. És imprescindible, per tant, tenir en compte la diversitat de graus i possibilitats que es desplega entre els extrems descrits.

Dels set indicadors que proposo cal fer aquestes tres advertències preliminars: (i) són una primera aproximació reflexiva (la contrastació amb la realitat només és fruit de la meua experiència, no de l'evidència; i en el moment d'escriure aquestes línies, desconec si hi ha treballs que van més enllà del que diuen els dos documents de la Unió Europea referenciats); (ii) són indicadors per avaluar el tipus de cura de qualsevol institució d'estada o residència (hospitals, centres socio-sanitaris, comunitats terapèutiques, serveis residencials, pisos assistits, etc.) i, per tant, és imprescindible adaptar-los a les característiques pròpies de cada institució. Per exemple, hi poden haver comunitats terapèutiques allunyades dels pobles o ciutats i això no necessàriament ha de suposar una valoració negativa en l'indicador *Arquitectura*, perquè en algunes situacions l'allunyament pot ser necessari i positiu. Quan es facin aquestes adaptacions a les particularitats del servei, s'han de fer de manera crítica, fonamentada i honesta; (iii) finalment, cal advertir que són indicadors molt generals que pretenen valorar una qüestió també molt general: el tipus de cura en un ventall amplíssim que despleguen els dos extrems que avui ens

és possible albirar. Hi ha escales de valoració que mesuren de forma molt més precisa i contrastada la qualitat de les institucions³, però les visions i reflexions generals permeten pensar des d'una certa alçada.

(1) Llibertat.

Hi ha tres qüestions de la llibertat que aquí cal destacar:

(i) La llibertat es concreta en tres àmbits diferents: (a) *Llibertat cognitiva*: possibilitat de desitjar o decidir per un mateix. (b) *Llibertat d'acció*: possibilitat de fer el que es desitja o decideix fer. (c) *Llibertat social*: condicions que permeten la llibertat de la voluntat i d'acció. La llibertat social és un espai de reconeixements mutus (emocionals, jurídics i socials), amb unes condicions que permeten una vida de qualitat (benestar material i seguretat) i unes relacions socials culturalment riques en contrastos i diversitat de visions que permeten l'aprenentatge, l'expansió de la pròpia personalitat i la realització de noves possibilitats.⁴

(ii) La llibertat cognitiva comporta riscos. Niklas Luhmann ha diferenciat entre *perill* i *risc*. Tot i que tots dos termes es refereixen a l'amenaça de possibles danys futurs, per a aquest autor 'perill' nomina únicament l'amenaça, mentre que 'risc' nomina l'amenaça associada a la nostra pròpia actuació o omissió. Quan davant un perill prenem una decisió (encara que sigui no fer res), el perill passa a denominar-se risc. En el perill no hi ha responsabilitat, en el risc sí⁵.

³ Per exemple: DEL VALLE, J.F. *et alt.* (2012): *Estándares de calidad en acogimiento residencial. EQUAE*. Informes, Madrid: Estudios e investigación 2012, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; DEL VALLE, J.F. *et alt.* (2012): *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAE-E*. Informes, Madrid: Estudios e investigación 2012, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; els indicadors de qualitat que publica el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i que es poden trobar a http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/col_leccions_del_departament/indicadors/; Directriu general 3/2017, de 8 de maig, del director general d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, per la qual s'aprova el Formulari de seguiment de centres i es determina la seva implementació.

⁴ CANIMAS, J. (2017). *Ètica aplicada a l'educació social*, Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.

⁵ N. LUHMANN (1991): «Verständigung über Risiken und Gefahren—Hilft Moral bei der Konsensfindung?» i (1993): «Die Moral des Risikos und das Risiko der Moral», ambdós articles es poden trobar, traduïts per I. Ortega («Acuerdo sobre riesgos y peligros» i «La

La vida porta la càrrega del perill i la llibertat la del risc⁶. L'exercici de la llibertat comporta prendre decisions i, per tant, la possibilitat de córrer riscos. Qui viu en llibertat s'arrisca i s'equivoca, en major o menor grau.

(iii) La llibertat requereix un procés d'aprenentatge i un suport personalitzat.

El model personalitzat (i) vetlla la llibertat cognitiva, d'acció i social de les persones, (ii) les protegeix dels perills però no necessàriament dels riscos, i (iii) estableix accions d'aprenentatge i suport en els usos de la llibertat per a aquelles persones que, per l'edat o per la capacitat cognitiva, ho necessiten. El model comunitarista, en canvi, (i) nega la llibertat cognitiva i d'acció de les persones que atén i limita en més o menys grau la social, (ii) no deixa que assumeixin cap risc, però no necessàriament les protegeix del perill, i (iii) nega o no contempla l'acompanyament o suport per a l'aprenentatge i exercici de la llibertat.

(2) Intimitat.

La intimitat té dos grans àmbits de concreció: la presencialitat i la informació⁷. La presencialitat fa referència al respecte, sensibilitat i cura del cos, els espais i les coses de les persones ateses. En aquest àmbit es fa possible el sentir-se a casa, el recolliment, la tranquil·litat, el confort i reconfort, la solitud, el refugi, el secret, l'anonimat, la transgressió... La informació fa referència al respecte, la sensibilitat, la cura i el secret vers les dades personals que s'obtenen o es poden obtenir de les persones. En aquest àmbit es fa possible la confiança, la confidencialitat i l'ajuda.

En les institucions comunitaristes hi ha poc o cap respecte a la intimitat de les persones que hi viuen, ja sigui en l'àmbit de la presencialitat o de la informació i s'hi donen, en més o menys grau, aquestes característiques:

moral del riesgo y el riesgo de la moral»), a N. LUHMANN (2013): *La moral de la Sociedad*, Madrid: Editorial Trotta.

⁶ Hans Jonas ho ha expressat així: «El privilegi de la llibertat porta la càrrega de la precarietat i significa existir en perill». JONAS, H. (1983): «Evolution und Freiheit». Traducció castellana de A. Ackermann (1998): «Evolución y libertad», a JONAS, H. (1983): *Pensar sobre Dios y otros ensayos*. Barcelona: Herder, p. 18.

⁷ Sobre els dos itineraris o formes de concreció de la intimitat, vegeu «Intimitat, confidencialitat i secret professional», a CANIMAS, J. (2017). *Ètica aplicada a l'educació social*, Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.

Canimas, J. (2018): «Del model institucional al model comunitari: Indicadors del tipus de cura», a *Tribuna Fedaia: Espai de reflexió sobre infància i família en risc*, Fedaia, 2018, pàg. 22-29. http://www.fedaia.org/sites/fedaia/files/uploads/TRIBUNA%20FEDAIA/relatoria_i_articles_macava.fedaia.pdf

- (i) Despersonalització: eliminació de possessions, senyals, símbols, espais i temps propis.
- (ii) Monitorització: per raons de seguretat, la vida de les persones ateses és observada i coneguda per molts professionals, o pot ser observada o interrompuda pels professionals (absència de baldes als lavabos, a les dutxes i a les habitacions, inspeccions i supervisions dels espais, etc.).
- (iii) Control dels espais (vegeu l'indicador *Arquitectura*).
- (iv) Elevat trànsit de persones: canvis de residents i de professionals, rotació d'estudiants en pràctiques, visites als residents, als professionals o a la instal·lació, reunions, operaris que fan reparacions, etc.
- (v) Conflictivitat: les persones que hi viuen experimenten sovint episodis de tensió provocats per altres persones o pels procediments per evitar-los.

Els dos indicadors assenyalats fins aquí, *Llibertat* i *Intimitat*, són cabdals per avaluar el tipus de cura d'una institució⁸. Els que venen a continuació són indicadors operacionals, que responen o estan al servei d'aquests dos indicadors.

(3) Nombre de persones.

El nombre de persones que viuen juntes (en una mateixa unitat de convivència) o pròximes (en un mateix edifici, encara que sigui en diferents unitats de convivència), és, segurament, l'indicador més vistós i mencionat. El model de cura personalitzada tendeix a unitats de convivència reduïdes, mentre que el comunitarista sol caracteritzar-se per un nombre elevat de persones que viuen juntes.

Ara bé, si som estrictes en l'anàlisi, el nombre de persones no es pot considerar un indicador qualitatiu per si mateix, sinó per allò que impedeix, dificulta o possibilita dels altres indicadors. Per exemple, un nombre elevat de persones pot repercutir negativament en els indicadors *Llibertat* i *Intimitat* de les persones, però no necessàriament si l'*Arquitectura* i la *Organització i decisió* ho impedeixen. D'altra banda, un nombre molt reduït pot fer que algunes persones se sentin soles, però no

⁸ Del que, com Aristòtil, considero el bé suprem, la felicitat, no en parlaré en aquest article.

necessàriament si la persona prefereix la solitud o l'*Arquitectura*, l'*Autoritat i vincles* o la *Organització i decisió* ho remeien.

(4) Arquitectura.

Els dos documents de referència de la Unió Europea atorguen molta importància a l'emplaçament de l'edifici, però molt poca a les seves característiques arquitectòniques (estètica exterior, distribució interior, equipament, decoració, etc.). L'emplaçament de l'edifici és, no cal dir-ho, molt important per a l'obertura o segregació d'aquells que s'hi estan, però també ho és la seva arquitectura, un factor cabdal per la intensa relació que s'estableix entre el lloc i la persona, entre l'espai exterior i interior, la qual cosa fa absolutament necessari que els llocs d'estada o de vida siguin acollidors, confortables, càlids, amorosos, propis. Aquí em limito a assenyalar cinc característiques arquitectòniques pròpies del model de cura comunitarista⁹:

- (i) Relació amb l'exterior restringida. L'emplaçament de l'edifici o la seva arquitectura dificulten la relació amb l'exterior dels que s'hi estan.
- (ii) Es limita o controla l'accés al centre i a alguns espais del centre, la qual cosa provoca la rellevància dels professionals, de les claus, dels codis d'accés, de la normativa, etc.
- (iii) Espais i mobiliari pensats per atendre un nombre elevat de persones: habitacions compartides, nombre elevat d'habitacions, prominència dels passadissos, menjador amb moltes taules i cadires, sala d'estar preparada per acollir moltes persones, etc.
- (iv) Espais, mobiliari i decoració despersonalitzats i de vegades descuidats i desgastats.
- (v) Presència d'elements propis dels espais públics: extintors a les parets, exposició d'avisos, normatives i signes corporatius, el mateix nom dels centres (Centre Residencial, Centre d'Acolliment, Residència de Gent Gran, etc.), etc.

⁹ He ampliat aquest factor a l'article «Arquitectura de la cura», que trobaran en aquesta mateixa publicació.

(5) Autoritat i vincles.

El tipus d'autoritat i de vincles que s'estableixen entre els professionals, entre aquests i les persones ateses o entre les mateixes persones ateses, és un altre indicador del tipus de cura. En el model personalitzat, el fonament de l'autoritat és intern: es basa en el reconeixement de la competència i de la vàlua humana i en el vincle afectiu (reconeixement, companyonia, amistat, estimació, etc.).

En el model comunitarista, en canvi, el fonament de l'autoritat és extern: prové del poder que algú atorga a aquells als quals cal reconèixer-la i de les conseqüències que pot tenir no fer-ho. En tant que autoritat formal, nega i tem els vincles afectius, perquè els concep com quelcom distorsionador (per exemple de l'objectivitat) o perillós (per exemple per a l'ordre establert). L'autoritat, per tant, s'hi sol manifestar també de forma externa: relació basada en la distància i l'estatus, diferenciació en el vestuari, privilegis, utilització restringida d'alguns espais, normativa i reglaments, monitorització i control, càstigs, etc.

(6) Organització i decisió.

Totes les institucions estan organitzades i tenen procediments de decisió. L'organització i els procediments de decisió de les institucions personalitzades, per exemple la família, es caracteritzen per:

- (i) Simplicitat: hi ha poques normes i senzilles i els procediments de presa de decisions també són senzills.
- (ii) Rapidesa: qualsevol decisió, fins i tot canviar les normes, es realitza de forma ràpida.
- (iii) Proximitat: les persones que prenen les decisions són molt properes a les persones afectades que no les prenen.
- (iv) Participació: tothom participa, d'una o altra manera, en les decisions que l'afecten.
- (v) Personalització: l'organització i les decisions responen a les necessitats individuals.

Canimas, J. (2018): «Del model institucional al model comunitari: Indicadors del tipus de cura», a *Tribuna Fedaia: Espai de reflexió sobre infància i família en risc*, Fedaia, 2018, pàg. 22-29. http://www.fedaia.org/sites/fedaia/files/uploads/TRIBUNA%20FEDAIA/relatoria_i_articles_macava.fedaia.pdf

(vi) Obertura: són organitzacions que permeten una relació fluida amb l'entorn: la vida de fora hi entra i la pròpia s'irradia.

Les institucions comunitaristes, en canvi, es caracteritzen per una organització i processos de decisió complexos, lents, allunyats, autoritaris, despersonalitzats i tancats. Per exemple, s'imposa el tracte en bloc perquè la persona es concep com a subjecte d'un grup; la rigidesa de les normatives i reglaments impedeixen o dificulten adequar les respostes a les necessitats o preferències individuals; les respostes a les demandes de les persones ateses solen dependre de força gent o de persones que degut als horaris, calendari o règim de visites, no poden decidir-ho en el moment (per exemple, si un infant d'un Centre Residencial d'Acció Educativa un dia vol anar a dormir a casa d'un amic, cal consultar-ho a direcció o fins i tot a equips externs, la qual cosa pot fer que la decisió trigui dies en arribar), etc.

(7) Qualitat dels processos i dels resultats.

De vegades es diu que la cura no té objectius, que és una finalitat en sí mateixa: hom té cura dels altres o d'allò altre per amor i responsabilitat. Això és cert en alguns actes i moments, però no en tots. Hi ha petons que es fan sense cap finalitat i petons que es fan per consolar una persona i dir-li que l'estimes. Que alguns actes de cura tinguin finalitat no els treu importància ni sensibilitat. De fet, en algunes situacions els enlaire, per exemple quan es cuida una persona que ha patit molt per tal que es guareixi.

L'avaluació dels objectius d'una institució, dels procediments per aconseguir-los i del grau d'assoliment també ens assenyalen el tipus de cura. La cura personalitzada es caracteritza per tenir objectius que responen i aprofundeixen en els drets humans i l'estimació i per avaluacions honestes i crítiques dels processos i dels graus d'assoliment.