

JORNADA ASCAD: Inspección y modelo

MESA I: EL SISTEMA DE INSPECCIÓN.

Conclusión de consenso: Es importante y necesario cambiar el modelo actual de inspección.

Constatamos:

1.- Asincronismo de adecuación legislativa entre la actual **Ley 16/1996, reguladora de la Inspección de Servicios Sociales de Cataluña** (Inspección de Residencias para la gente mayor entre otros) acomodando en ella la **regulación parcial de la Ley 12/2007 de Servicios Sociales de Cataluña al Capítulo III, Artículos 96, 97, 98, y 99 modificada por la Ley 13/2014** (Ley de accesibilidad) a la realidad asistencial.

a.- Descontextualización y descompensación jurídica de la ley 16/96 por normativa posterior:

Citaremos por su trascendencia diferentes normas que canalizan actuaciones asistenciales diferentes a los criterios con los que se hizo la ley 16/1996:

a.1.- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Su importancia es capital de manera que podemos hablar de un antes y un después de los derechos sociales de los ciudadanos en éste país.

a.2.- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

a.3.- LEY 12/2007, de Servicios Sociales de Cataluña.

a.4.- DECRETO 205/2015, de 15 de septiembre, del régimen de autorización administrativa y de comunicación previa de los servicios sociales y del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales.

a.5.- ORDEN TSF / 197/2017, de 22 de agosto, de convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras para las prestaciones de servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública para el año 2017. La citamos como **referente último** en cuanto lo que significó la irrupción de profesionales colegiados en el sector a partir de la propia ley de dependencia a través de diferentes órdenes de convocatorias para centros concertados, colaboradores, acreditados que se han venido convocando.

a.6.- Decreto 284/1996 MODIFICADO por el Decreto 176/2000 del sistema Catalán de servicios sociales. Recoge sistema de autorización, personal necesario, documentación, protocolos, etc...

a.7.- Código Civil de Cataluña respecto de los internamientos. Fuente de interpretaciones diversas que ciclicamente afrontamos con fuertes presiones de inspección que luego caen también de súbito.

b.- Asincronía del contenido de la actual ley con la praxis evolutiva propia de las tendencias asistenciales así como para las diferentes necesidades asistenciales actuales y de futuro como son, por ejemplo, la actualmente denominada **Atención Centrada en la Persona**

(ACP), el "housing", las situaciones de paliativos en ámbitos residenciales, los "oasis asistenciales", el manejo de la gran carga en el ámbito de curas de la salud o los diferentes empoderamientos personales.

c.- Necesidad de avanzar en derechos y en tipificación normativa. La regulación de las infracciones y sanciones **de la Ley 12/2007 de Servicios Sociales de Cataluña al Capítulo III, Artículos 96, 97, 98, i 99 modificada por la Ley 13/2014** es muy generalista y alejada de la necesaria concreción del principio sancionador. Todo lo que se pueda objetivar debe tipificarse sobre los ejes siguientes:

c.1.- **Consenso** entre las partes: sólo desde un amplio consenso entre las partes podremos compartir y normalizar una nueva realidad jurídica moderna, realista y progresista que marque el espacio jurídico asistencial que reclama la sociedad.

c.2.- **Adecuación** al margen normativo referencial.

c.3.- **Poner en valor** de la inteligencia profesional en el desenvolvimiento de actuaciones asistenciales en el contexto de la grave situación en la cual nos estamos empezando a enfrentar fruto del sobre envejecimiento demográfico y las distintas alternativas asistenciales que puedan desenvolverse. (I+D+I sectorial y profesional)

c.4.- **Tipificación** clara y concreta de la acción inspectora poniendo en valor el Check-list como a instrumento objetivo de autoevaluación y probatorio de desenvolvimiento a través de un Reglamento.

c.5.- **Respetar** las Garantías Constitucionales así como la Seguridad Jurídica de **todos** los agentes implicados: entidades, establecimientos y personas (trabajadores y usuarios) recogiendo tanto sus derechos como sus diferentes obligaciones y responsabilidades en el marco de sus actuaciones.

c.6.- **Facilitar** establecer comisiones técnicas de estudio sobre procedimientos y actuaciones asistenciales futuras que puedan prevenir para ajustar desenvolvimientos de la ley de forma ágil a través de un desenvolvimiento secundario normativo.

2.- **Subjetividad** de la acción inspectora. (Falta de tipicidad normativa). Los datos de las últimas encuestas son demoledores:

Ante la pregunta de la percepción de subjetividad en función de la persona inspectora los resultados se mueven entre un 74.8% (ACRA) y un 84,2% (Dependència.info) afirmativamente en cuanto que SI se percibe subjetividad.

Estos datos en sí mismos son para revisar que ocurre en este Departamento al minuto siguiente de hacerse públicos.

3.- **Conclusiones generales de la mesa**: Se recogen las siguientes como puntales a tener en cuenta:

Premisa básica: Pasar de derechos de interpretación subjetiva de **unos**, a derechos objetivos de **todos** con seguridad jurídica necesaria para las partes: residentes, familiares, trabajadores, prestadores de servicios.

1.- Estamos lejos del convenio internacional de derechos al discapacitado, aunque aún se esté avanzando.

El respeto y el trato a las personas no es solo un tema de ley, sino de sociedad.

La dignidad de la persona siempre está, y la capacidad/discapacidad no ha de marcarla. (a la dignidad)

2.- La ley va siempre por detrás de la realidad, por lo tanto siempre va retrasada.

P.e. Ley inspección 1996 y servicios sociales 2007.

Aunque parezca evidente que primero es el usuario, a veces choca la prioridad de la ley con ACP. La administración ha de decir qué tenemos que hacer, pero sobre todo lo **que no tenemos que hacer** y la administración se ha de ceñir a lo sancionable, a la sanción administrativa. Si cree que hay tema penal ha de parar la actividad y pasar el tema Fiscalía.

3.- Tiene que haber regulación porqué lo que no está regulado no queda claro.

Pero tiene ser para todo el mundo (centros, cuerpo de inspección, usuarios)

Las residencias actúan para las indicaciones del acto inspector o por los criterios que cada año tiene la inspección para sucesos o reuniones con la inspección. Esto genera desconfianza en la praxis diaria porqué los criterios cambian y no crean doctrina referencial sino errática.

Si muchas residencias se esperaran a la resolución del contencioso-administrativo se vaciaría de contenido mucha de la acción inspectora y esto contra lo que parece, es peligroso para los usuarios. Se debe tener seguridad jurídica conociendo las normas antes de empezar a jugar.

4.- Si regulamos todo, la hiper regulación da poco margen a las necesidades asistenciales. La profesionalización da madurez y garantía al sistema, precisamente para que este no caiga en la hiper regulación.

La ley tiene que tipificar pero cuando hay una profesionalización del sector esto lleva de la mano una deontología propia de la autorregulación profesional y de los marcos competenciales y de actuación que regulan los Colegios Profesionales.

No se puede, desde inspección, discutir al médico una prescripción, por ejemplo. En cualquier caso eso pertenece a otro ámbito como el de Sanitat o la propia praxis y evolución de la ciencia médica.

5.- Muy difícil regularlo todo. Es bueno la tipificación, pero no se puede regular todo porque si no, no podemos movernos.

Ejemplo: Levantarse a partir de las 7h, pero si no hay margen "legal", con una prescripción/orientación médica pueden levantar a las 5h o cuando se estime conveniente.

Falta clarificación: ejemplo, que son los estándares socialmente aceptables. Este concepto es base de muchas sanciones actuales y en cambio es muy subjetivo. Socialmente aceptable pero, para qué tipo de universo?: La sociedad institucionalizada?, la sociedad que forman las personas con trastornos cognitivos?, la sociedad sana que vive ajena a lo que es una demencia?. Con mucha frecuencia la composición y tipo del "universo de los miembros de esas sociedades" cuando quiere ser estereotipo para otras genera muchas discordancias y diferencias por, simplemente ignorancia... y es completamente lógico que existan, por lo tanto **no** es un criterio válido para una base sancionadora.

Hay que poner en valor a los profesionales, si están de acuerdo y "firmado", "eso" tiene un respaldo profesional que debe respetarse de entrada.

Hay que regular, pero hay que tener mecanismos para modular por los profesionales que tienen una formación. Esto dará un servicio adecuado a las personas (ACP) y estará regulado por los propios comités deontológicos o de ética de cada profesión o a los que deban acogerse.

6.- La Inspección sólo mira el centro un día determinado que es un "día disfuncional" precisamente por la inspección: "el día de la inspección". No tiene visión real del centro si no se contextualiza la normalidad del centro. Esto es así porque dada la subjetividad y deriva de la acción inspectora, los profesionales se sienten ese día con más miedo e inseguridad que el cada día normal y se cometen disfunciones "no propias".

El promedio del tiempo de la inspección es de 6/7 horas. La presión hacia todo el mundo de ese tiempo y examen tan largo, no es positivo. Si proporcionalmente o con el patrón de "estilo", se trasladara la inspección de los serveis socials a un centro sanitario medio lo colapsaría varias semanas .

7.- Ley-Reglamento: La Ley perdura y es necesaria técnicamente como base sancionadora pero el reglamento es mucho más ágil para recoger los cambios sociales actuales. Hay que calibrar bien que es conveniente desarrollar o matizar mediante reglamento o que debe estar en el cuerpo de la ley.

8.- El Check-list sería bueno en general... si administración partiese de presunción de inocencia. Es un mecanismo de transparencia y madurez que propicia confianza y puede ser bueno para la auto inspección previa o periódica del mismo centro.

Para el usuario le ayuda porque es un instrumento de claridad y ayuda a tener claro las normativas para saber que puede o no denunciar con garantías de derecho o incluso llegar a tribunales por incumplimiento del centro. En este sentido el Check list también es bueno y garantía para residentes.

Se ha de partir de la base que actuamos bien, y no se actúa voluntariamente malintencionadamente. (Estado de derecho, presunción de inocencia y buena praxis)

9.- Falta autoprotección de las personas dependientes, "testamentos vitales o voluntades anticipadas" para prevenir actuaciones. Falta saber cómo actuar respecto a ello, desarrollar que son y cómo deben ser las atenciones paliativas en entornos no hospitalarios sino residenciales, esto es, "en su casa y con apoyo sanitario". Aquí hay un gran vacío que genera muchas veces falsas interpretaciones de déficit asistencial. Respecto a esto y a los malos tratos sería bueno dotar a los directores de los centros de criterios de "autoridad en sus funciones". Por parte de las direcciones de los centros observamos como se traslada a los centros ese estimado 30% de maltrato de los entornos hacia las personas mayores en sus habitats de procedencia que no tenemos agilidad para controlar. La vía más oportuna sería ponerlos en conocimiento de Inspección y que fuera ella quien los trasladara al Fiscal, que no quede como una iniciativa personal del director que genera "mal ambiente y amenazas o actuaciones vengativas hacia el centro por parte de los entornos". Los saqueos económicos hacia residentes y malos tratos periféricos deben estar vehiculizados para la intervención de las direcciones de una manera más ágil y eficaz.

Atte.
Andrés Rueda
President ASCAD
Barcelona, 04/07/2019