



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

COMISIÓN CUIDADO SIN SUJECIONES – SEGG.
Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones

Documento Técnico

Cuidado sin Sujeciones 2023



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia

© Sociedad Española de Geriatria Gerontologia
Príncipe de Vergara, 57-59. 28006. Madrid.
www.segg.es

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, magnético, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales, o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN:
Depósito Legal:



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

Componentes de la Comisión Cuidado sin Sujeciones.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología:

Presidente:

Dr. José Augusto García Navarro.
Geriátra. Presidente de la SEGG.

Coordinador de la Comisión:

Dr. José Pascual Bueno.
Médico. Presidente Asociación Dignitas Vitae.

Vocales (Miembros de la SEGG) por orden alfabético:

Dña. Argote Martínez de Lagrán, Brígida:
*Enfermera especialista en Geriátría.
Subdirectora del Área de Personas
Mayores del IFBS de Álava.*

Dr. Bellver Capella, Vicente: *Catedrático
de Filosofía del Derecho. Director del
Departamento de Filosofía del Derecho y
Política Universidad de Valencia.*

Dr. Beltrán Aguirre, Juan Luis: *Doctor en
Derecho. Colaborador Honorífico de la
Universidad Pública de Navarra.*

Dr. Estévez Guerra, Gabriel: *Diplomado
en Enfermería. Licenciado en
Sociología. Profesor Contratado Doctor.
Departamento de Enfermería. Universidad
de Las Palmas de Gran Canaria.*

Dr. Fariña López, Emilio: *Graduado
en Enfermería. Profesor Titular del
Departamento de Enfermería. Universidad
de Las Palmas de Gran Canaria.*

D. Fernández Huete, Javier: *Terapeuta
Ocupacional. Hospital Ruber
Internacional. Madrid. Centro de Día y
Pisos Tutelados María Orué, Comunidad
de Madrid.*

Dña. Fernández Rodríguez, Ana María:
*Trabajadora Social. Hospital Central de la
Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.
Grupo de Dependencia de la SEGG.*

Dra. García Alonso, Concepción: *Médico.
Coordinadora Médico del Grupo Valdeluz
Residencial. Coordinadora del Grupo
de Trabajo de Atención Sanitaria en
Residencias.*

Dra. González Alonso, Teresa: *Médico.
Dirección Coordinación Sanitario-
Asistencial Agencia Madrileña de
Atención Social. Consejería de Familia,
Juventud y Política Social. Grupo de
Caídas de la SEGG.*



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

Dra. Martín García, Salomé: *Geriatra. Coordinadora del sistema de acreditación de calidad de la SEGG, coordinadora del grupo de ética y legalidad de la SEGG. Directora Desarrollo Técnico Eulen Sociosanitarios.*

D. Martínez Marquínez, Tristán. *Abogado del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria*

Dña. Mas Quintana, Mercedes: *Trabajadora social. FATEC, Consejo de Personas Mayores de Cataluña, Consejo Asesor de Personas Mayores de Barcelona, AGE Platform Europe.*

Dr. Olivera Pueyo, Francisco Javier: *Javier. Psiquiatra. Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Universidad de Zaragoza. Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).*

Dr. Sánchez Pérez, Manel: *Psiquiatra. Hospital Sagrat Cor. Martorell. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).*

Dra. Urrutia Beaskoa, Ana María: *Geriatra. Fundación Cuidados Dignos. Libera-Care. Grupo Torrezuri. Servicios de Atención Integral Sociosanitaria.*

Coordinación, Revisión y Cohesión Documento:

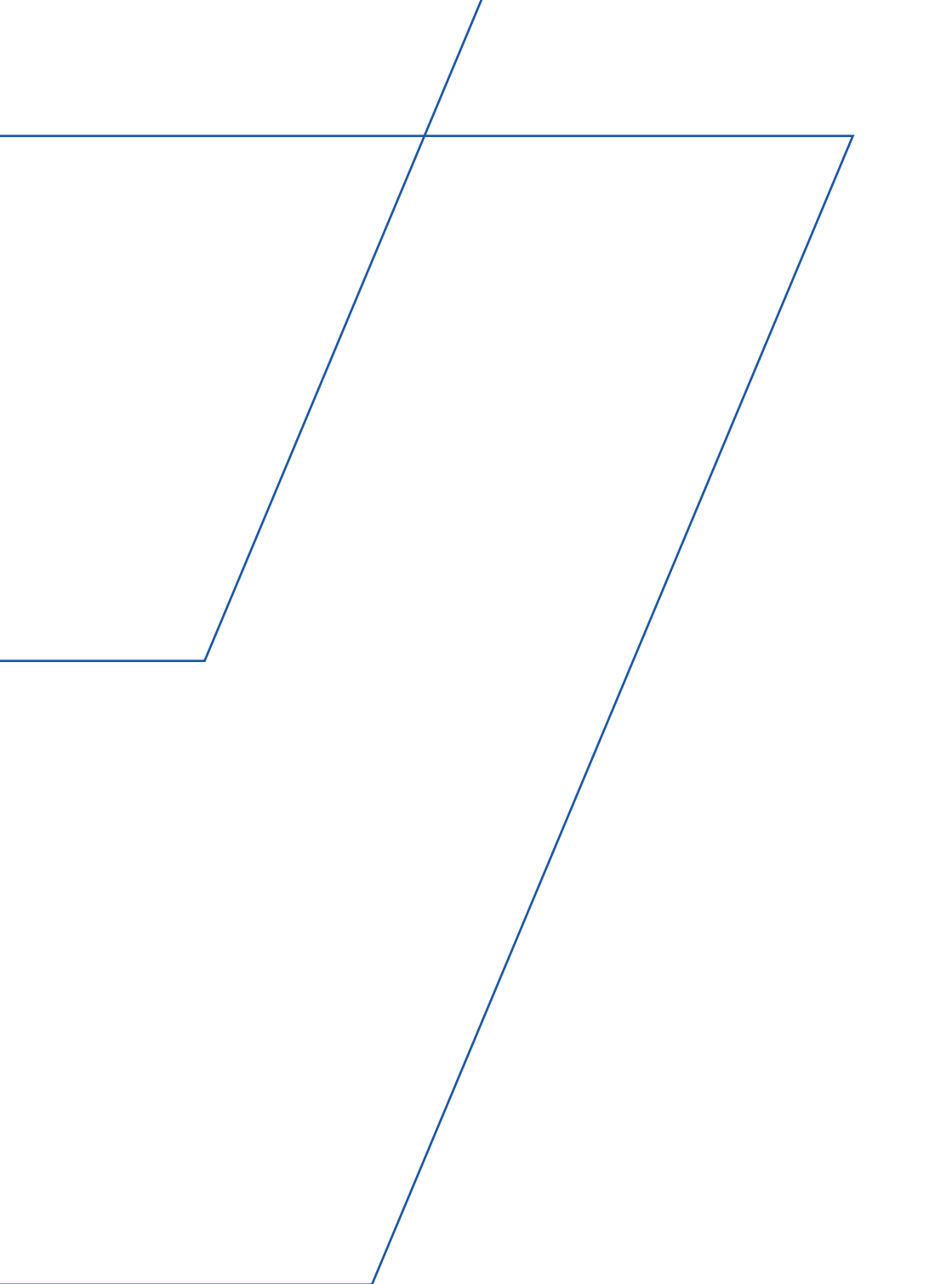
Dr. Pascual Bueno, José

Dra. Urrutia Beaskoa, Ana M^a



Índice

1. PRÓLOGO	P. 9
2. INTRODUCCIÓN	P. 11
3. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO	P. 15
3.1 Promover el Cuidado Sin Sujeciones.	
3.2 Promover un Modelo de Cuidado basado en Derechos.	
4. MARCO CONCEPTUAL, ANTECEDENTES Y REALIDAD ACTUAL	P. 17
4.1 Marco conceptual	
4.2 Antecedentes y realidad actual	
5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	P. 29
5.1. Análisis de la Legislación Actual y Nueva Propuesta Legislativa	
5.2. Fundamentos éticos para no usar sujeciones	
6. NUEVA CULTURA DE CUIDADO. MODELO DE CUIDADO QUE NO SUJETA	P. 53
6.1 Eliminar Sujeciones Físicas	
6.2 Eliminar Sujeciones Químicas – Racionalización y Uso Correcto de Psicótrapos	
7. ACTUACIONES A DESARROLLAR PARA AVANZAR HACIA UN MODELO BASADO EN DERECHOS, UN MODELO QUE NO SUJETA	P. 65
7.1 En las organizaciones	
7.2 En la sociedad	
7.3 En las Administraciones Públicas	
8. SEGG PROPONE AL MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES	P. 75
9. CONCLUSIONES	P. 79





Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

1/Prólogo

El anterior documento técnico sobre cuidado sin sujeciones fue elaborado por la Comisión de Cuidados sin Sujeciones de la SEGG hace casi diez años (en el año 2014), por lo que era necesario recoger los cambios que se han producido en este tiempo para actualizar las recomendaciones.

Este nuevo posicionamiento de la SEGG, impulsado por los avances legislativos que se han producido en este periodo (a pesar de que el panorama es heterogéneo en las diferentes comunidades autónomas y aún nos queda camino por recorrer en el terreno legislativo a nivel estatal) es muy claro: no se trata de sujetar “poco” y de “forma controlada”, sino de no sujetar.

Es este un cambio substancial que merece ser repetido hasta la saciedad: se ha pasado de regular las sujeciones a no ser sujetado. Y a decir claramente y en voz alta que las sujeciones (en cualquiera de sus modalidades) son una forma de negligencia, abuso y/o maltrato hacia las personas mayores.

No sujetar no es una receta terapéutica simple, sino la garantía de los derechos fundamentales de todas las personas, especialmente las personas mayores con discapacidad que suelen tener un grado enorme de complejidad clínica y social y una elevada vulnerabilidad ante cualquier agresión externa.

Las sujeciones atentan contra la dignidad, la autonomía, la libertad y la autoestima de personas mayores con discapacidad y, por lo tanto, deben ser abolidas.

En la mayoría de los casos, además, comportan efectos adversos perjudiciales

para la persona mayor. Su uso, por lo tanto, siempre debe ser excepcional, muy recortado en el tiempo y estrictamente monitorizado.

Este documento se enmarca de lleno en el nuevo modelo de cuidados de larga duración, centrado en los derechos de las personas con discapacidad que se está impulsando desde el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y desde la Unión Europea. Este nuevo modelo se fundamenta en una atención centrada en la persona donde, evidentemente, no cabe el cuidado con sujeciones.

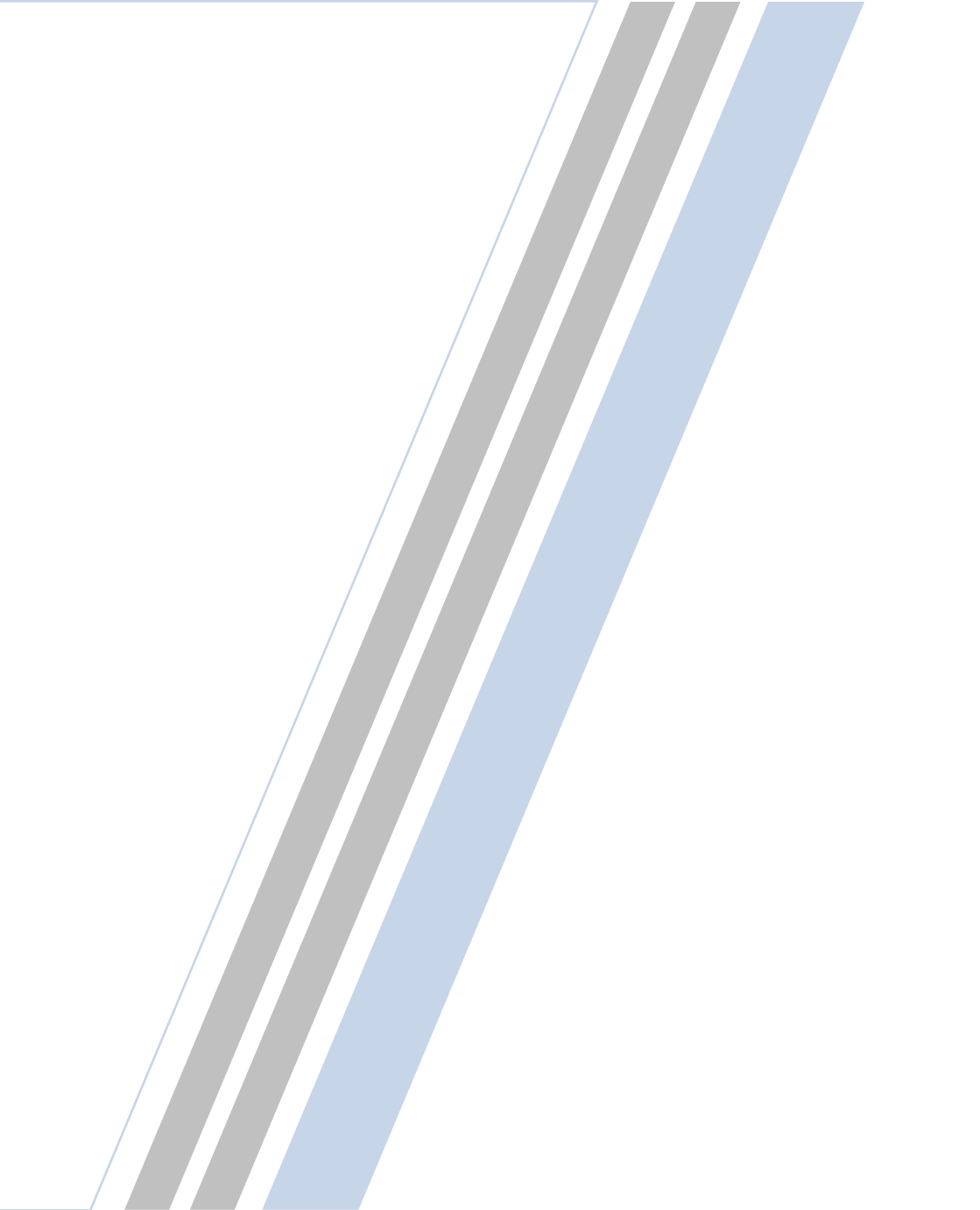
Encontrarás en este documento las bases legislativas y éticas del nuevo modelo de cuidados sin sujeciones, así como los pasos que hay que dar para evitar poner sujeciones, eliminar las que se estén utilizando y mantener los centros y servicios libres de sujeciones.

Nos hemos atrevido también a recoger las propuestas que la SEGG hace al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 para un cuidado sin sujeciones en el marco de los criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD).

No lo olvidemos: el cuidado de las personas mayores con y sin dependencia debe estar libre de sujeciones. Sólo así garantizaremos unos cuidados que garanticen los derechos fundamentales de todas las personas.

José Augusto García Navarro.

Presidente de la SEGG





Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

2/Introducción

Ha pasado casi una década desde la redacción del **Documento de Consenso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG, 2014)** sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas; desde entonces hemos evolucionado y avanzado hacia otra manera de cuidar e interpretar el cuidado. Hay conceptos y datos que han cambiado y, sobre todo, la idea de que se puede cuidar sin sujetar ha ido calando. Las sujeciones no solo no solucionan el problema por el cual más se utilizan, sino que incluso lo agravan. Cada día existe mayor evidencia científica publicada en contra de la utilización de las sujeciones y, sobre todo, va asentando la idea de que estar sujeto en contra de la voluntad de la persona sujeta vulnera derechos fundamentales tales como la libertad y algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal, aparte de los problemas de salud que el uso de las sujeciones puede causar o agravar.

El anterior Documento de 2014 sirvió, y sigue sirviendo, para hacer visible la problemática de las sujeciones en nuestro sector de atención a personas mayores tanto en domicilios como en residencias, centros de día, centros sociosanitarios y en hospitales. Aunó conceptos y criterios técnicos y profesionales. Es aún un buen documento de referencia y de consulta para diferentes estamentos públicos y privados. Después de su publicación, varias **Comunidades Autónomas incluyeron** las sujeciones dentro de sus leyes de servicios sociales e incluso algunas modificaron sus normativas. Varios informes del

Defensor del Pueblo e instituciones autonómicas similares las incorporaron, incluso el **Comité de Bioética** de España le dedicó un informe en 2016. Las últimas aportaciones han sido la **Instrucción de la Fiscalía General del Estado núm. 1/2022**, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, así como la aportación de la SEGG, en febrero de 2022, al borrador del acuerdo sobre **criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**, acuerdo que ha sido finalmente aprobado y publicado en el BOE como **Resolución de 28 de julio de 2022 de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales**.

Sin embargo, al Documento de Consenso también se le puede achacar, como atributo negativo, “una mal entendida patente de corso” para sujetar sin control. En demasiadas ocasiones ha servido “administrativamente” como excusa para sujetar en exceso, pero con norma, protocolo o guía, de una forma segura, cumpliendo lo que marca la legalidad actual.

Las primeras leyes y normativas autonómicas del presente siglo XXI regulaban el uso de las sujeciones apoyándose en la existencia de una prescripción facultativa y supervisión; estas leyes admitían el uso de todo tipo de sujeción. En cambio, en los últimos



desarrollos legislativos, paralelamente a la introducción en la gerontología del concepto de atención centrada en la persona, empieza a prevalecer un enfoque de protección de los **derechos fundamentales** que se vulneran con las sujeciones, como la libertad, la integridad física y la dignidad, de forma que ya no se trata de garantizar el buen uso de las sujeciones, sino que **se empieza a reconocer abiertamente el derecho de la persona a no ser sujeta**. Cada vez hay un mayor número de entidades que cuidan sin sujetar y con seguridad, eso hace que dejar de sujetar se haya convertido en una obligación no solo moral sino también deontológica.

Y en esa línea se redacta el nuevo Documento de Consenso. La base de su filosofía es la **Atención Gerontológica Sin Sujetar**. Se supera la idea del documento anterior de reducir el uso de la sujeción o de aplicar sujeciones de acuerdo a “norma”. Viendo que las pautas de actuación para la aplicación de sujeciones lo que hacen es arraigar su uso, se ha tratado de desarrollar el concepto de no aplicar sujeciones con “norma”, e incluso superarlo, porque el principio del presente documento es simplemente no aplicarlas, de forma que la puesta en práctica del derecho a no ser sujeta no se quede en papel mojado, sino que sea toda una realidad.

Nos hemos atrevido a revisar y ampliar el Documento de Consenso, pues en él ya nombran sus autores que es un documento de transición para cubrir una etapa. Las sujeciones siempre han resultado un tema controvertido en nuestro país y ahora, con la pandemia de coronavirus, mucho más. También porque, desde 2014 hasta

hoy día, ha habido cambios importantes a nivel científico-médico, bioéticos, legislativos y de cuidados. El modelo de atención centrada en la persona nos abre a una nueva mirada en la que empezamos a considerar a la persona que cuidamos desde todo lo que conforma su humanidad, sus emociones, su dignidad y sus derechos. Y así, centrarse en la persona va a suponer cuidar sin sujetar.

Todo ello hace que en adelante lo normal sea **no sujetar** y si se produce un uso de sujeción, este deba ser **excepcional** y siempre **temporal** en un corto período de tiempo, porque debemos tener un máximo respeto a las personas, a su dignidad y a su autonomía personal.

La pandemia por COVID-19 tuvo, y en buena medida sigue teniendo en los momentos de publicar este informe, efectos devastadores sobre las personas que viven en las residencias de mayores. El virus se extendió de manera fulminante por dichas instalaciones. No solo en España sino en la mayoría de los países del mundo. La gravedad de la infección, incidiendo en unas personas muy vulnerables (con alta prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia, y muchas de ellas en situación de final de vida) que vivían en unas residencias muchas veces desconectadas de una atención sanitaria adecuada supusieron una elevada mortalidad para muchas de ellas. Por su parte, las personas que no estaban contagiadas vivieron en una situación de aislamiento que afectó gravemente a su salud tanto física como psíquica y emocional. En estas circunstancias trágicas, la inmensa mayoría de las personas encargadas del cuidado de los residentes hicieron más de lo que exigían sus puestos de trabajo por



atenderles de la mejor manera posible; en muchos casos, poniendo incluso en riesgo sus propias vidas y arriesgando la de sus familias y convivientes.

Comenzamos este nuevo documento de consenso evocando el impacto de la COVID-19 en las personas mayores en las residencias por dos razones:

Primera, para recordar a las personas que fallecieron y, en especial, a las que se les prestó una asistencia sanitaria claramente mejorable a través de una mayor integración sanitaria y social que reconozca una asistencia a la que tenían derecho. Su memoria debe ser el revulsivo para reformar el sistema de atención sociosanitaria de las personas mayores que viven en residencias. Como decimos, es una asignatura pendiente no solo para España sino en buena parte del mundo. Pero su carácter casi universal no nos exime de afrontar de inmediato este desafío. Sería lamentable que, cuando la tragedia ha pasado y la opinión pública se interesa por otros asuntos, dejemos de afrontar este reto que es una exigencia básica de justicia intergeneracional.

En segundo lugar, porque entendemos que este episodio no es más que una ilustración de un fenómeno de mayor alcance y directamente relacionado con el uso y abuso de las sujeciones en la atención a las personas mayores: la falta de una adecuada cultura de los cuidados en cualquier ámbito de atención a personas mayores y de forma muy especial en las residencias, bien por inexistente o bien por falta de recursos para llevarla a cabo de forma ordinaria. No es el momento de distribuir responsabilidades. Al contrario,

más bien conviene subrayar que si el sistema sociosanitario de atención a los mayores, de manera particular en las residencias, no ha colapsado y ha ido cubriendo una necesidad apremiante para tantas personas, ha sido gracias al esfuerzo de todos los agentes implicados, especialmente de los profesionales dedicados al cuidado de aquellos. En todo caso, este contexto de reconocimiento de falta de recursos o de cultura de cuidados es el adecuado para afrontar el problema de las sujeciones. Lo avala la experiencia de transformación hacia la no sujeción que multitud de organizaciones han realizado en los últimos años.

Es pues el momento de escribir un nuevo documento de consenso, un documento que toma como base de todo su desarrollo el principio de que hemos de empezar a cuidar centrándonos en la persona y, en consecuencia, a cuidar sin sujetar.



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

Bibliografía consultada:

BOE.es - BOE-A-2022-2221 Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad [Internet]. Boe.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221

Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario [internet]. Madrid: Comité de Bioética de España; 2016 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/>

Defensor del Pueblo. Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019 [internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 2020 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/06/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. Clin Interv Aging. 2017 Feb 17;12:381-397. doi: 10.2147/CIA.S117637.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la Dependencia [internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022 [acceso 14 junio 2022]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/AcuerdoSAAD.pdf>

Pascual J. Atención libre de sujeciones. Bol Calid Innov Comunidad Madr [internet]. Marzo 2022 [acceso 14 junio 2022]; 1:9. Disponible en: https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050592_03_22.pdf

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2014 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

3/Objetivos del documento

Los podemos simplificar en dos:

Promover el Cuidado Sin Sujeciones.

Orientar a las organizaciones sobre su filosofía, cultura y ética, sirviendo de guía para su desarrollo.

Promover un Modelo de Cuidado basado en Derechos.





4/Marco conceptual, antecedentes y realidad actual:

4.1 MARCO CONCEPTUAL:

4.1.1 Definición de sujeción

Los profesionales utilizan diferentes términos para denominar las medidas destinadas a limitar la movilidad de los usuarios. En España, los que se emplean con más frecuencia son los de contención, restricción o sujeción. Al no existir un consenso por parte de expertos o instituciones acerca de cuál sería el más adecuado, suelen emplearse como sinónimos. En todo caso, lo importante es que cada vez que se utilicen, y para evitar confusiones, se aclare de que se está hablando.

De forma genérica, en el ámbito asistencial se entiende por sujeción cualquier iniciativa que limite la movilidad de una persona en contra de su voluntad. Esto puede llevarse a cabo a través de numerosas estrategias, como pueden ser las de tipo ambiental (ejemplo: encerrar a alguien en una habitación) o las psicológicas (ej: engañar a la persona para evitar que haga algo). Pero, sin duda, las sujeciones más habituales son las físicas y las farmacológicas, en especial en los centros de personas mayores.

4.1.2 Sujeción física

Existen, en la literatura científica, numerosas definiciones de sujeción física. Esto puede generar confusión tanto a la hora de tratar de identificarlas para regular su uso, como medir su prevalencia o realizar comparaciones entre diferentes trabajos de investigación. En 2016, a través del método Delphi, se publicó un estudio que tenía como objetivo consensuar una definición que pudiese ser aceptada a nivel internacional. Dicha propuesta definía la sujeción física como 'cualquier acción o procedimiento que impida el movimiento libre de una persona para colocarse en la posición que desee y/o que pueda acceder a una parte de su cuerpo mediante el uso de cualquier método que, unido o próximo a su cuerpo, la persona no pueda controlar o retirar con facilidad'¹.

Cualquier dispositivo que encaje en la anterior definición debería ser considerado una sujeción. Algunos de los que se utilizan de manera más habitual en personas mayores son: los cinturones, los chalecos, las muñequeras y las sábanas inmovilizadoras, también llamado pijama-sábana.

¹ El término sujeción física es también utilizado en ocasiones para referirse de forma específica a aquel procedimiento por el cual los profesionales usan su propio cuerpo para inmovilizar por breve tiempo a un paciente en la cama o en el suelo; por otro lado, la sujeción mecánica haría referencia al uso de dispositivos para restringir la movilidad de los usuarios (ej: cinturón). En el presente documento se emplea únicamente el término sujeción física, el cual englobaría tanto el uso de dispositivos como de cualquier otro método que se use para limitar el movimiento de una persona.



Además de los dispositivos diseñados específicamente para ello, la limitación de la movilidad puede también realizarse utilizando otros métodos. Entre ellos estarían el uso de barras laterales, también llamadas barandillas, y las sillas o sillones limitadores de la movilidad, que tratan de impedir que la persona se levante: por ejemplo, aquellos que tengan por delante una bandeja fija, o que sean reclinables, o bien que eleven deliberadamente las patas delanteras para dificultar el movimiento.

En todo caso, debe recordarse que no es el dispositivo en sí mismo lo que convierte un determinado procedimiento en una sujeción, sino el efecto que éste genere sobre la persona. Así, con respecto a las barras laterales, éstas se considerarán una sujeción cuando interfieran en la libertad de movimiento de la persona (ej: para intentar evitar que se baje de la cama); en estos casos suele tratarse de barandillas completas -desde el cabecero al piecero- y en ambos lados de la cama. El uso de una sola barandilla en una cama en la que uno de sus lados está posicionado contra una pared o un mueble, y que por tanto dificulte la única salida posible de la misma, también será considerada una sujeción.

Por el contrario, cuando se utilicen las barras laterales a petición de la persona para impedir una caída accidental mientras duerme, o como ayuda para posicionar su cuerpo en la cama o para salir de la misma, no se deberían considerar una sujeción sino un producto de apoyo. Asimismo, el uso de una sola barandilla en un lateral de la cama, independientemente del tipo que sea, que deje libre el otro lado, tampoco se consideraría una sujeción física.

En todo caso, habrá siempre que valorar el riesgo que supone la colocación de barandillas cuando se trata de personas mayores, debiendo tener especial precaución con aquellas que se

encuentran desorientadas y/o con déficit cognitivo. Estas podrían percibir las como un obstáculo, provocando su agitación o incitándoles a pasar por encima, con el consiguiente riesgo de lesión. Para estos supuestos existen otros productos, como las camas ultrabajas, las cuales, cuando se colocan en su posición inferior, minimizan las consecuencias de una posible caída. Asimismo, para facilitar los movimientos dentro de la cama debe recordarse que existen diversos dispositivos, como el trapecio incorporador, no siendo por ello necesario el uso de barandillas para tal fin.

4.1.3 Sujeciones farmacológicas o químicas

A pesar de su cuestionada eficacia, los psicofármacos son empleados de forma frecuente en las personas mayores con síntomas neuropsiquiátricos, tales como depresión, ansiedad, apatía, delirio, alucinaciones, agitación, problemas de sueño o deambulación errática. Los más utilizados suelen ser los antipsicóticos, los ansiolíticos, los hipnóticos y sedantes, y los antidepresivos.

Cuando se usan de forma adecuada, estos fármacos pueden mejorar la calidad de vida de los usuarios. Sin embargo, en ocasiones se aplican de manera inapropiada o sin estar indicados, práctica que se consideraría una sujeción farmacológica o química. Esta puede definirse como el uso de psicofármacos, independientemente del grupo utilizado y/o de su dosis, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar una conducta que se considera inadecuada, y siempre que no tenga su base en un trastorno psiquiátrico diagnosticado, sino que se utilicen por conveniencias organizativas y no en beneficio de la persona.



En estos casos suelen utilizarse los fármacos como respuesta a comportamientos que resultan molestos, o cuando no se puede supervisar de forma adecuada al usuario. Su uso en estas circunstancias, para las que suele existir un mejor tratamiento, no solo dañaría la salud del paciente, sino que también podría tener serias implicaciones éticas y legales. Sin embargo, al no existir una definición consensuada de lo que se considera una sujeción farmacológica, no es sencillo determinar cuándo un psicofármaco debe ser considerado como tal.

4.1.4 Factores que propician el uso de las sujeciones

Son numerosos los factores que propician el uso de sujeciones en los centros de personas mayores. Según la literatura científica, destacan aquellos que tienen que ver con las características de los residentes. Estos procedimientos se aplican de manera prioritaria en personas frágiles que presentan riesgo de caídas, dificultades en la movilidad o escaso control sobre la postura corporal, consumidores de neurolépticos, con problemas de micción, desorientación, deterioro cognitivo y presencia de alteraciones conductuales como inquietud, deambulación errática o agitación. Las interferencias de estos usuarios con catéteres vesicales o de alimentación, drenajes, apósitos o vías venosas periféricas son también razones manifestadas por los profesionales.

De igual forma deben tenerse en cuenta los factores relacionados con la formación del personal sanitario. Así, la mayoría reconoce que son insuficientes sus conocimientos sobre las alternativas a las sujeciones, prevención de caídas o el manejo de las alteraciones psicológicas y conductuales de los usuarios. La falta de formación propicia también una práctica profesional basada en mitos y creencias erróneas, no sustentada en la evidencia científica.

Un entorno con espacios inseguros -en el que el mobiliario dificulte la movilidad y las transferencias, haya barreras, obstáculos y escasez de pasamanos o barandillas, así como una mala iluminación- incrementaría los riesgos de caídas, propiciando un mayor uso de sujeciones. Y, por otro lado, un bajo ratio de personal de enfermería que impida la adecuada supervisión de los usuarios, la ausencia de un marco legal específico, las presiones de las familias o el miedo a responsabilidades por posibles percances pueden también generar una aplicación arbitraria de las mismas².

Pero si bien existe una clara evidencia de que puede proporcionarse seguridad a los usuarios sin tener que aplicar sujeciones, éstas podrían tener que usarse de forma excepcional cuando hayan fracasado todas las alternativas. Esto se haría de manera temporal, utilizando medidas proporcionadas a los riesgos que se quieren evitar, con la supervisión adecuada, y especificando la duración de las mismas, que nunca debería de superar

² La pandemia por covid-19 también ha incrementado el uso de procedimientos de limitación de movilidad en muchos centros asistenciales. Las medidas adoptadas para disminuir los contagios (como el confinamiento en habitaciones, la supresión de las visitas familiares, la reducción del ejercicio físico, la suspensión de los programas rehabilitación o de las terapias no farmacológicas...), generaron un mayor estrés, ansiedad, y desorientación en los usuarios. Esto agravó los trastornos cognitivos y conductuales, propiciando un mayor uso de medidas de privación de libertad (Font 2021, Lombardo 2020).



las 24 horas, dado que este tiempo resulta suficiente para que los equipos puedan generar alternativas y proponer soluciones al problema sin necesidad de usar sujeción. Asimismo, habrá que contar con la correspondiente prescripción facultativa, con el consentimiento del usuario o su representante y con un plan de atención que establezca los cuidados que se deben proporcionar mientras se mantenga la medida de sujeción. Por otro lado, recordar que únicamente se deben emplear dispositivos mecánicos homologados para tal fin y que cuenten con un adecuado mantenimiento, en especial cuando se trata de barandillas. Por último, se debe asegurar que todo el personal encargado de aplicar una sujeción dispone de la adecuada formación.

4.1.5 Complicaciones de las sujeciones físicas y químicas

La literatura científica confirma que la sujeción prolongada tiene consecuencias negativas sobre la salud de las personas mayores. Entre ellas se encuentran las alteraciones funcionales generadas por la falta de movilidad, como los trastornos del equilibrio y marcha, las lesiones cutáneas o la pérdida de masa ósea y muscular; se incrementa también el riesgo de infecciones, tromboembolismos, incontinencia o deshidratación. A nivel psicológico, la sujeción suele aumentar la confusión y agitación de los residentes, generando además miedo, retraimiento, humillación, agitación y otros trastornos emocionales.

Por otro lado, el uso de sujeciones físicas se asocia a otros graves efectos adversos, como en los casos en los que la persona queda atrapada por el dispositivo en una posición que genera riesgo de asfixia. Así, se han descrito numerosos accidentes

mortales ocurridos cuando el paciente trataba de salir de la cama pasando por encima de la barra lateral y quedaba colgado de la misma o del propio cinturón. En la misma línea, el uso de cinturones en personas que se encuentran en silla de ruedas ocasiona riesgo de asfixia cuando éstas se deslizan hacia el suelo y su cuerpo queda suspendido del dispositivo. También pueden producirse problemas de sofocación cuando el usuario queda encajado entre los barrotes de la barra lateral, o entre ésta y el colchón.

Los riesgos citados aumentan en modelos obsoletos de camas cuyo diseño no cumple las actuales recomendaciones de seguridad; también se incrementan con el empleo de material de sujeción no homologado, o deteriorado, o que no es el adecuado para la morfología de la persona.

Además de todas las complicaciones citadas hay que considerar otros problemas por el uso de sujeciones físicas, como el estrés y la agitación que genera la inmovilidad forzada en la persona; esto puede provocar una sobrecarga en el corazón, con el consiguiente riesgo de que se produzca un colapso cardiovascular o incluso la muerte súbita.

Respecto a las sujeciones químicas está bien documentada la relación existente entre el uso de psicofármacos y ciertas complicaciones, como pueden ser: incremento de la sedación, trastornos de la motricidad, problemas en la conducción cardíaca y alteraciones hematológicas. Esto provocará un mayor riesgo de caídas, deterioro funcional, arritmias, infecciones, desconexión del entorno, además de un agravamiento del deterioro cognitivo y la demencia.



Bibliografía consultada:

- Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP*: International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Nov;64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435.
- Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA*. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2017 Jan 21;17(1):29. doi: 10.1186/s12877-017-0421-8.
- Fariña-López E*. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011Ene-Feb;46(1):36-42. doi: 10.1016/j.regg.2010.09.005.
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA*. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Sep;46(5):322-30. doi: 10.1111/jnu.12087.
- Font R, Quintana S, Monistrol O*. Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. *J Healthc Qual Res*. 2021 Sep-Oct;36(5):263-268. doi: 10.1016/j.jhqr.2021.04.005.
- Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T*. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2019 Jun 11;10:400. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00400.
- Lombardo FL, Salvi E, Lacorte E, Piscopo P, Mayer F, Ancidoni A, Remoli G, Bellomo G, Losito G, D'Ancona F, Canevelli M, Onder G, Vanacore N*: Italian National Institute of Health Nursing Home Study Group. Adverse Events in Italian Nursing Homes During the COVID-19 Epidemic: A National Survey. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 30;11:578465. doi: 10.3389/fpsyt.2020.578465.
- Muñoz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, Rodríguez J, Usieto T, Lavin L, Rigueira A, Agüera-Ortiz L, López-Alvarez J, Martín-Carrasco M, Olazarán J*. The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2020 Mar;32(3):315-324. doi: 10.1017/S104161021900111X.
- Palese A, Longhini J, Businarolo A, Piccin T, Pitacco G, Bicego L*. Between Restrictive and Supportive Devices in the Context of Physical Restraints: Findings from a Large Mixed-Method Study Design. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 3;18(23):12764. doi: 10.3390/ijerph182312764.
- Ralph SJ, Espinet AJ*. Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *J Alzheimers Dis Rep*. 2018 Feb 2;2(1):1-26. doi: 10.3233/ADR-170042.
- Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP*. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639.



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014 [acceso 18 diciembre 2021]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf



4.2 ANTECEDENTES Y REALIDAD ACTUAL:

4.2.1 Antecedentes, aportaciones documento anterior. Reflexiones sobre dicho documento

En 2014 la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), a través de su presidente, J.A. López Trigo reconoció la importancia y trascendencia del uso de las sujeciones en servicios y centros geriátricos y gerontológicos; e intentando, por un lado, preservar y garantizar la máxima libertad, dignidad y autoestima y, por otro, velar por la máxima integridad, seguridad legal y jurídica de las personas, decidió crear un Comité Interdisciplinar de Sujeciones constituido por socios de diferentes disciplinas y miembros de algunos grupos de trabajo o comités de la SEGG, por profesionales externos de grupos, de entidades y asociaciones expertos en sujeciones. Fruto de ello fue el Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas, así como el Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas, publicado por la SEGG, que en palabras de su presidente J.A. López Trigo, debería suponer un salto cualitativo en la atención de los mayores y servir como guía de buena práctica para los profesionales.

Han pasado ocho años desde entonces, en los que este documento ha servido de referencia a muchos compañeros para entender la dimensión de esta práctica desde una visión multidisciplinar y corregir actuaciones en algunos casos lamentablemente muy deficitarias.

Al marcarse unos requisitos imprescindibles en su indicación, como son la prescripción facultativa, uso previo de alternativas y supervisión de las sujeciones, se han

conseguido parámetros de garantía que se han usado, en muchos casos, para seguir sujetando y que ha supuesto, en otros, considerar de forma incorrecta la sujeción como una herramienta más del cuidado.

No obstante, en este periodo transcurrido creemos que se ha conseguido reducir o, al menos racionalizar, el uso de sujeciones físicas y químicas en los cuidados, visibilizar y concienciar sobre los efectos negativos de su uso y se han fomentado las buenas prácticas que ayudan a mantener la dignidad del usuario.

En este tiempo se ha avanzado también en los modelos de atención a las personas mayores; y hoy, los cambios legislativos, reconocen el derecho de las personas a no ser objeto de ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos, salvo situaciones excepcionales; como recoge la Instrucción de la Fiscalía General del Estado núm. 1/2022, de 19 de enero.

Actualmente entendemos que ya no se trata de regular las sujeciones, sino de considerar el derecho de la persona a no ser sujeta.

Esta situación, sumada a las experiencias exitosas de cuidados sin sujeciones, nos lleva a reconocer la necesidad de actualizar dicho documento, ajustándonos a la realidad actual donde **la sujeción no debe entenderse como parte de los cuidados y su uso debe ser considerado maleficente**, salvo las excepciones justificadas que puedan plantearse. En estas excepciones, los centros podrán aplicar medidas temporales, de **muy corto período de tiempo**, de restricción física o farmacológica, en tanto persista una urgente necesidad para la preservación de la integridad de la persona usuaria, sus cuidadores o terceras personas y siempre



que fracasen medidas alternativas, exista supervisión facultativa, consentimiento informado y puesto en conocimiento del ministerio fiscal.

4.2.2 Situación actual del uso de sujeciones en los cuidados de larga duración. Coexistencia de modelos diferentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales o profesionales para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.

Actualmente se está hablando, en distintos foros, de modelos de apoyo personalizados y comunitarios, en particular en la Convención Europea de Derechos Humanos (en sus artículos 3 y 8), con nuevos enfoques para entender los cuidados de larga duración. Considerando a los centros que los prestan “centros de apoyo de larga duración”, en los que el uso de sujeciones se opone a sus principales objetivos, lograr el máximo grado de independencia física y mental o capacidad funcional y la mejor calidad de vida posible con apoyos, ya que la persona sometida a sujeción física se enfrenta a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

Estamos avanzando en el cuidado sin sujeciones, tanto físicas como en la racionalización del uso de la medicación psicotrópica y antipsicótica; pero queda aún mucho camino para que los objetivos de eliminar o reducir al mínimo su uso estén suficientemente reforzados por todas las

partes implicadas y sean considerados claves de la buena práctica clínica. Cada vez existen más estudios que analizan los resultados de programas e intervenciones para la retirada de sujeciones, incluyendo la adaptación del entorno residencial y la necesidad de una formación a todo el equipo asistencial para guiarles en este tipo de cuidado.

Se ha producido un cambio de modelo en la atención a las personas que requieren apoyos y/o cuidados de larga duración, la atención integral y centrada en la persona (AICP), que cuenta con la recomendación de la comunidad científica y los Organismos Internacionales. **El cuidado a largo plazo es más que satisfacer las necesidades básicas**; se trata de preservar los derechos de las personas mayores, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Actualmente diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran las sujeciones como vulneración de los derechos fundamentales, ejemplo de ello son los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad, o la consideración que de ellas realiza el Defensor del pueblo del País Vasco, que considera que “... vulneran un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad y utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una forma de “abuso”, “negligencia” o “maltrato...”.

Los datos de prevalencia del número de contenciones que se realizan en nuestro país son dispares y varían según los diferentes autores consultados, dado que no siempre se consideran los mismos dispositivos como medidas de sujeción o restrictivas (barandillas, elementos atravesados, etc.). Las barandillas en las camas son con mucho los dispositivos más utilizados y que más controversia generan



entre los profesionales; sin embargo, son también los que pueden ocasionar las lesiones físicas más graves.

Con todo, son cada vez más los centros que se suman y demuestran que se puede realizar una atención de calidad y respeto a los usuarios sin la aplicación de sujeciones, siendo necesario establecer los mecanismos administrativos suficientes para incentivar estas buenas prácticas.

Se requiere un cambio que va más allá de la implementación de medidas alternativas y nuevos procedimientos. Se trata de transformar la filosofía de trabajo, en la que es necesario incorporar la flexibilidad como un factor fundamental que permitirá adecuar las actividades a las necesidades de cada persona.

4.2.3 Cambio del paradigma de cuidados. Modelo centrado en la persona y en sus derechos

En los últimos 30 años hemos ido modificando la forma en la que cuidamos a las personas mayores; poco a poco aparece una creciente preocupación por realizar los cuidados de la forma más individualizada posible, teniendo en cuenta cada vez más a la persona, su proyecto vital, el sentido de su vida. Partimos del asilo, de la beneficencia, pasando por un modelo paternalista, en el que el equipo profesional “sabía” lo que era mejor para la persona. En estos casos las contenciones tenían como objetivo proteger, evitar riesgos, aunque fuesen mínimos, conseguir la seguridad 100%, aun cuando ello resulte una tarea imposible. El objetivo de los protocolos o procedimientos respecto a este tema contemplaban cómo realizar las contenciones de forma correcta, eran más bien manuales de buenas prácticas en el uso de sujeciones.

Actualmente estamos en una sociedad de derechos, en la que no somos sujetos pasivos, en la que el ciudadano tiene voz por el simple hecho de existir, en la que la edad biológica o cronológica no afecta a los derechos que tenemos.

A pesar de ello, firmamos declaraciones de derechos para colectivos determinados, ya que sentimos que esas características particulares han puesto en riesgo el cumplimiento de los derechos fundamentales en ese grupo y en este momento. Con una población que va envejeciendo y con un aumento del número de personas mayores de 80 años, es lo que parece ocurrir en algunos aspectos; por el simple hecho de cumplir años, algunos temas fundamentales pueden quedar diluidos, aspectos como la capacidad de decidir, el respeto a la voluntad personal.

Estamos ante la irrupción de un modelo de cuidados nuevo en el que se cuida con la persona, apoyando sus objetivos vitales y sus intereses, protegiendo lo más profundo del ser, valorando a cada persona como única e irreplicable, valiosa en cualquier circunstancia, preservando el proyecto vital de cada uno y permitiendo que se mantenga el sentido de la vida que cada uno considere; se trata de evitar un modelo de relación sociosanitaria en el que uno decide y ayuda, y el otro recibe y acepta.

Dice Victoria Camps que autonomía y respeto son las dos notas que nos ayudan a entender en qué consiste la dignidad humana, y los modelos de cuidados que la sociedad debe tener como objetivo son aquellos que preserven los derechos y la dignidad de las personas mayores en cualquier circunstancia. En ese modelo las sujeciones no se contemplan, no tienen cabida, pues atacan directamente tanto



los derechos como la dignidad y los valores propios del cuidado entendido como sistema de apoyos, por ello quedan sujetas a la excepcionalidad más extrema.

ni comprenden ni aceptan un modelo de cuidado paternalista en el que las personas que les ofrecen los apoyos necesiten sujetarles.

4.2.4 Personas mayores actuales

El éxito de la sanidad y la salud pública, el estado de bienestar, conllevan el aumento de la esperanza de vida, con ello se han ido alargando las etapas de nuestra existencia y se ha modificado el envejecimiento y las características del colectivo que ahora podemos considerar personas mayores. Incluso el propio concepto de persona mayor se ha modificado, de forma que se ha retrasado la edad a la que podemos decir que una persona es mayor. Lejos queda la idea de persona mayor al cumplir los 65 años, como ocurría en la época de nuestros abuelos.

Partimos de la idea de la persona mayor dependiente, sin opinión, más bien sumisa, y nos topamos con un colectivo diverso, cada vez más culto, más formado, que ejerce y exige sus derechos, que participa en la sociedad de forma activa, que no está dispuesto a consentir que decidan por ellos, un colectivo que ha vivido guerras, revoluciones, pandemias y que no está preparado para aceptar sistemas de cuidados que no permiten la elección, que no preservan sus objetivos vitales o que consideran a todo el colectivo de forma uniforme, con las mismas necesidades e intereses. Actualmente estamos ante un grupo de personas heterogéneo, lo que exige diferentes modelos y recursos sociosanitarios, basados en el consenso y la dignidad por encima de todo. Estamos ante personas mayores que persiguen opinar y decidir activamente cómo y dónde quieren que les den los apoyos para continuar con un ciclo vital que valga la pena vivir. Estamos ante personas que



Bibliografía consultada:

Asamblea General de las Naciones Unidas. Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad [internet]. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 1991 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b6caf814.pdf>

Burgueño AA, Iborra I, Martínez P. Pérez V. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. *Agathos Sociosanit Bienestar.* 2008;8(1): 4-11.

Camps V. La dignidad, un concepto indeterminado, pero no inútil. En: Casado M (coord.). *Sobre la dignidad y los principios.* Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO [internet]. Navarra: Editorial Aranzadi, SA; 2009 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/libro-sobre-dignidad-y-principios.pdf>

Consejo de Europa. Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Convenio Europeo de Derechos Humanos [internet]. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1950 [actualizado 01 agosto 2021; acceso 22 junio 2022]. Disponible en: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf

Defensor del Pueblo. Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019 [internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 2020 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/06/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2017 Jan 21;17(1):29. doi: 10.1186/s12877-017-0421-8.

Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008 Jul-Aug;43(4):208-13. doi: 10.1016/S0211-139X(08)71184-3.

Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* 2017 Feb 17;12:381-397. doi: 10.2147/CIA.S117637.

Leturia FJ, Etxaniz N. Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato [internet]. Vitoria-Gazteiz: Ararteko; 2009 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6847729/los-derechos-de-las-personas-mayores-y-la-prevención-del-...>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe 2018. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso); 2021 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2021/06/informe_ppmm_2018.pdf



Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología

Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, Tomás JF, Olazarán J. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(7):633-9. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.011.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2014 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

World Health Organization (WHO). Home-based Long-term Care [internet]. Geneva: WHO; 2000 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf?sequence=1



5/Aspectos éticos y legales

5.1 ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN ACTUAL Y NUEVA PROPUESTA LEGISLATIVA

Desde el punto de vista legal existen actualmente diferentes líneas de pensamiento respecto de cómo abordar el cambio legislativo que, por un lado, favorezca e impulse la transformación hacia una cultura de cuidado que no sujete y, por otro lado, proporcione a dicha cultura de cuidado la cobertura legal necesaria.

Entre las distintas posturas de los juristas destacan dos que, si bien persiguen el mismo objetivo, que no es otro que posibilitar dicha cobertura legal, difieren en su manera de abordarlo: Una basa su argumentación en que sujetar es lícito y que debemos de regular, acotar y clarificar las excepciones en las que su uso, de manera temporal, tenga amparo legal, para lo cual no considera necesaria una ley orgánica. La otra se fundamenta en que el

uso que de la sujeción se hace en España es indiscriminado e ilícito por cuanto que en realidad el ordenamiento jurídico español, y concretamente la Constitución Española, no ampara la posibilidad de sujetar, y que para legitimar su uso será necesario desarrollar una norma de rango de ley orgánica.

5.1.1 La sujeción es legítima

5.1.1.1 Análisis de la legislación actual. El tránsito hacia un modelo basado en la no sujeción.

Ha sido en las leyes de servicios sociales autonómicos³ donde directamente se alude y se han regulado mínimamente las técnicas coercitivas que nos ocupan. Las diferencias que se aprecian entre la

³ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra
Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria.
Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña
Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, del País Vasco.
Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears.
Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón
Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.
Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.
Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales inclusivos de Valencia.
Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias.
Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia



legislación autonómica aprobada durante la primera década del presente siglo XXI y las últimas leyes o modificaciones legislativas aparecidas en los años 2018 a 2021 son las siguientes:

A. En las primeras leyes reguladoras de los servicios sociales se reconocía el derecho a no ser sometido a ningún tipo de sujeción física o farmacológica sin prescripción facultativa y supervisión, lo que significaba que dichas leyes admitían plenamente el uso de sujeciones físicas y farmacológicas siempre que mediase prescripción facultativa y supervisión. Como quiera que hasta ese momento lo usual era que, por conveniencia organizativa del centro, se aplicaran sujeciones mecánicas sin prescripción facultativa alguna y muy escasamente supervisadas, el legislador no se planteó reconocer el derecho de la persona a que no se le aplicaran sujeciones por cuanto podían vulnerar derechos fundamentales, particularmente el derecho a la libertad, sino que centró su respuesta en garantizar que las sujeciones, sin regular las razones que podían legitimar su aplicación, estuviesen prescritas por un médico. Consideró que con esta garantía -prescripción médica y supervisión- se legitimaban las sujeciones y se eliminaba el maltrato, entonces bastante habitual.

Por el contrario, en los años 2018 a 2021, toda vez porque la sociedad y el legislador estaban ya más concienciados sobre la problemática subyacente, es decir, sobre los derechos fundamentales que se vulneraban -libertad, integridad física, etc.-, se aprecia una nueva posición por parte de algunas Comunidades Autónomas a la hora de acometer la regulación de las sujeciones en las leyes de servicios sociales. Ya no se trata de sentar una garantía dirigida al buen uso de las sujeciones -prescripción médica y supervisión-, sino de reconocer abiertamente el derecho de la persona a no ser objeto de sujeciones; legitimándose

estas sólo en supuestos excepcionales. La idea no es aplicar sujeciones con prescripción médica, sino no aplicarlas. Buen ejemplo de la nueva filosofía son la modificación operada en el año 2018 en la Ley de Servicios Sociales de Cantabria (art. 6, letra s, según redacción dada por la Ley 11/2018), la nueva Ley de Servicios Sociales de Canarias de 2019 (artículo 11 y disposición adicional 1ª de la Ley 16/2019, de 2 de mayo) y el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores del País Vasco (art. 34.2).

Empero, este cambio de perspectiva respecto del uso de sujeciones no es unánime en todas las Comunidades Autónomas. Así, las nuevas leyes de servicios sociales de Valencia de 2019 (Ley 3/2019, de 18 de febrero, art. 10.2) y de Murcia de 2021 (Ley 3/2021, de 29 de julio, art. 108.1) siguen ancladas en los planteamientos tradicionales, es decir, consideran legítimo el uso de sujeciones siempre que medie prescripción médica y supervisión, que no se exige que sea médica. Queda, pues, bastante camino por recorrer todavía para que el legislador asuma una correcta posición respecto de la aplicación de sujeciones y legisle en consecuencia.

B. La segunda novedad importante de parte de la nueva legislación, que solo admite el uso de sujeciones en casos excepcionales de urgente necesidad, es la exigencia de comunicación inmediata al Ministerio Fiscal de la aplicación a un paciente de sujeciones físicas o farmacológicas (así, Cantabria, Valencia, Canarias lo han incorporado en las modificaciones de 2018 y 2019).

Las reglas hasta ahora, conforme disponen el resto de leyes de servicios sociales son: no es necesaria la comunicación al Ministerio Fiscal de aquellas sujeciones



que se hayan prescrito por facultativo y exista consentimiento informado y cuando se apliquen puntualmente en un episodio agudo (agitación, agresividad) y sin continuidad, y es necesaria la comunicación a la fiscalía cuando el afectado, sus familiares o representante legal discrepan de la aplicación y la sujeción haya de tener cierta continuidad.

Ahora, a tenor de la dicción literal de los nuevos artículos de las citadas leyes aprobada en 2018 y 2019, la interpretación procedente es que en todos los casos en los que se apliquen sujeciones, que han de ser excepcionales -la urgente necesidad conlleva que rara vez se pueda obtener el consentimiento informado del afectado o de sus familiares-, haya o no prescripción médica, siempre han de comunicarse al Ministerio Fiscal. Entendemos que es un acierto del legislador, pues es bien conocido el apotegma de que “los derechos de las personas valen lo que valen sus garantías”. Pues bien, incorporar la garantía de la supervisión por el Ministerio Fiscal de la aplicación de una sujeción constituye, sin duda, un gran paso en el respeto de los derechos fundamentales de los afectados, como lo es la garantía de un seguimiento del buen uso de la sujeción aplicada.

C. Otra novedad introducida por la Ley de Canarias es que, por primera vez, una ley de servicios sociales recoge expresamente en el precepto que regula el uso de sujeciones la necesidad de mediar siempre consentimiento informado, salvo en supuestos de urgente necesidad.

En relación con esta norma, la Sección de la Fiscalía de Las Palmas considera que la Comunidad Autónoma Canaria ha dado un gran paso en el respeto de los derechos fundamentales de los usuarios, como lo es **la garantía de que el cuidado centrado en la persona no puede estar nunca basado en el uso de ninguna sujeción,**

aun cuando en su colocación se respeten los requisitos legales. Esto es, se trataría de garantizar al usuario el pleno respeto a su autonomía de la voluntad, de suerte que en el consentimiento informado que se realice se permita elegir al mismo entre la sujeción o la no sujeción con las mismas garantías de igual cuidado de su persona. Solo así cabe afirmar ese pleno respeto a sus derechos fundamentales y cabe pensar que -salvo casos excepcionales en los que habría que actuar- la práctica totalidad de los usuarios optarán por no ser sujetado si el cuidado y atención que van a recibir es idénticamente seguro. También señala que, a partir de ahora, cabe esperar que este imperativo legal sea la guía de la Comunidad Autónoma y lo haga cumplir en todos los centros del territorio, más en los de naturaleza pública, y lo introduzca en los pliegos como condición que debe cumplir la empresa que licite la concesión de los centros públicos. Del mismo modo, se cuenta ya con una base legal para que, al menos en los centros públicos y aquellos privados que deseen su acreditación, se establezcan esas nuevas formas de actuación respetuosas con los derechos de los usuarios del sistema.

5.1.1.2 Posibilidad de desarrollar un modelo basado en derechos.

La conclusión que se puede alcanzar de este repaso normativo es que todavía queda mucho por hacer en cuanto a la necesaria regulación del uso de medios coercitivos. De un lado, el legislador autonómico no está evolucionando de forma unánime en cuanto a la determinación del contenido y alcance del derecho a no ser atado y de las garantías que le deben acompañar para hacerlo efectivo y, de otro lado, el legislador estatal se merece un suspenso en lo atinente a la ineludible necesidad de promulgar una legislación general



aplicable a los diversos ámbitos en los que se aplican sujeciones, que están huérfanos de una normativa ad hoc. Así pues, desde la óptica bioética y jurídica, es correcto y deseable que una ley orgánica precise los supuestos en que el uso temporal de sujeciones fuera legítimo.

La conveniencia y necesidad de esta ley se ha reclamado y se reclama desde diversos foros. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ya pidió una legislación específica y estatal sobre esta materia en el *Documento de Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas* (p. 51). El Comité de Bioética de España, en su informe *“Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitaria”*, informe elaborado en 2016, también evidencia esta ausencia de normativa estatal. El Defensor del Pueblo, en su informe anual de 2019, en el epígrafe “Atención a personas mayores, Centros residenciales” dentro del capítulo 10, “Política social”, dice:

La diferencias existentes en la normativa y en las prácticas y protocolos en materia de ingresos voluntarios, sujeciones físicas y restricción de visitas ponen de relieve, como viene reiterando el Defensor del Pueblo desde hace años, la necesidad de aprobación de una ley orgánica que delimite las circunstancias extraordinarias vinculadas a la salud y al deterioro físico y mental en las que las personas en edad avanzada pueden tener, excepcionalmente, que asumir limitaciones al ejercicio y realización de algunos de sus derechos fundamentales, con especial referencia a la atención en centros residenciales.

La regulación legal ha de aunar el refuerzo de la garantía de los derechos del mayor que ha perdido su capacidad para consentir por deterioro psicofísico o mental con la debida agilidad en la aplicación de los

mecanismos de protección que necesita, los cuales tampoco deberían verse bloqueados por la tardanza de los tiempos procesales y judiciales.

Respecto del rango que debe tener dicha ley cabe hacer las siguientes consideraciones: alguna doctrina jurídica parte de la suposición de que todo lo que afecta a las libertades constitucionales y derechos fundamentales ha de ser regulado por ley orgánica. Pero esto no es así, pues nuestra jurisprudencia constitucional tempranamente impuso ceñir la reserva de ley orgánica al régimen directo de los derechos fundamentales, no a cualquier regulación que incida en derechos fundamentales. Es decir, el Tribunal Constitucional (TC) admite la regulación por ley ordinaria de cuestiones que inciden en derechos fundamentales siempre que tengan un amparo en ley orgánica. Esta cuestión jurídica se ha suscitado nuevamente con ocasión de la pandemia de la COVID-19, y la mejor doctrina jurídica (Muñoz Machado, 2020, etc.), así como diversos pronunciamientos judiciales (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia (STSJ) de Madrid, 594/2020, de 28 de agosto de 2020, entre otros), han rechazado que para limitar derechos fundamentales sea necesaria siempre ley orgánica.

Al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamiento, por razón de trastorno psíquico) se le confirió el carácter de orgánico por la disposición adicional 1 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, en cumplimiento de la Sentencia del TC 132/2010, de 2 de diciembre. Este artículo está sirviendo por analogía o supletoriedad, en lo sustantivo y en lo procedimental, para el internamiento forzoso de ancianos o discapacitados en residencias, así como para la utilización de sujeciones en pacientes en hospitales y usuarios de centros residenciales.



Las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales consideran “trastorno psíquico” la enfermedad mental, la demencia senil y la discapacidad intelectual en sus diferentes grados

En cualquier caso, las leyes autonómicas de servicios sociales vigentes que regulan el uso de sujeciones físicas y farmacológicas carecen del amparo expreso de una ley orgánica que habilite al uso de sujeciones en las personas mayores. Tienen amparo por aplicación analógica del artículo 763 LEC, pero no un amparo directo y explícito por ley orgánica.

La experiencia de entidades formadoras dedicadas a impulsar el modelo de cuidado sin sujeción ha demostrado que el desarrollo de prácticas de cuidado centradas en la persona hace claramente innecesario el uso de sujeción con carácter crónico o permanente, así como menos necesario con carácter agudo y puntual cuanto más formada esté la organización que cuida, de forma que en caso de resultar necesaria su utilización, siempre sería de forma temporal.

Por lo tanto, una nueva ley requerirá definir claramente los **supuestos excepcionales**, siempre temporales, en los que sea legítimo el uso de sujeción, a la vez que dispondrá ya de la regulación necesaria para su buen uso en lo que a **Consentimiento Informado** (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente) y **Comunicación al Ministerio Fiscal** (Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales

y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad) se refiere.

5.1.2 La sujeción no es legítima

5.1.2.1 Modificaciones para la adaptación a la legalidad del sistema actual de cuidado, en los que respecta a la eliminación de sujeciones físicas y farmacológicas.

El uso de sujeciones físicas y químicas es una forma habitual de intervención en los distintos niveles asistenciales españoles con personas mayores, personas con discapacidad, personas con problemas de salud mental y pacientes en general.

Se ha argumentado su uso basándose en la falsa creencia de que su utilización protege la integridad de la persona que tiene, entre otros, un problema conductual como agresividad, inquietud o impulsividad, riesgo de caída o un problema postural, con el fin de evitar así daños mayores.

Sin embargo, esta visión del cuidado en la que el/la profesional, con el objetivo de proteger, subordina los derechos de dignidad y autonomía de la persona cuidada, ha cambiado actualmente, de manera que nos movemos hacia la instalación en la sociedad de una “Cultura de Cuidado basada en los derechos de las personas”, no empleando sujeciones, sin dejar por ello de garantizar su bienestar e integridad.

Aparte de avanzar, desde el paternalismo reinante en el cuidado, hacia la autonomía de la persona considerando a ésta centro de la labor asistencial, se trata de reconducir hacia la estricta legalidad los modelos de cuidados.

Como explicamos a continuación, estamos ante un grave problema puesto que,



detrás de la actividad asistencial con uso de sujeciones, hay una afectación a determinados derechos fundamentales de las personas que las padecen, sin que exista un marco normativo con el rango legal necesario que la legitime. Y esta situación afecta tanto a centros asistenciales y sanitarios público como privados, ya sean estos últimos residenciales, de atención ambulatoria o, incluso, la prestada en domicilios particulares.

En España la elevada prevalencia de la utilización de la sujeción física y química, indica que su uso es algo culturalmente arraigado tanto en el cuidado profesional como en el ámbito familiar y en toda la sociedad en general, lo que nos coloca como uno de los países que “más sujeta” de la OCDE. Y, sin embargo, su ausencia en el cuidado de las personas enfermas es hoy en día un tema superado en la mayor parte de los países más avanzados del mundo.

Y no sólo son los deberes y principios éticos y morales los que nos pautan los cambios que se propugnan hacia un modelo de cuidados libre de sujeciones. Desde el punto de vista legal, el propio Ordenamiento jurídico español, comenzando por su norma básica, la Constitución Española, impide a priori el uso de medidas que contravengan o afecten a derechos fundamentales, tales como: el de la igualdad, la vida e integridad física, la seguridad de las personas..., ámbitos todos ellos en franca contradicción con imposiciones a la limitación de la movilidad de las personas.

Para esta rotunda afirmación, no obsta la confirmación, también, del aserto: *“exceptio probat regulam in casibus non exceptis”*: Las excepciones, confirman la existencia de una regla”.

Porque tenemos que acabar con las

creencias arraigadas que suelen justificar el uso de contenciones en nuestro ámbito sanitario y asistencial, tradicionalmente consentidas por nuestra cultura y por los Poderes Públicos, sobre excepciones establecidas para situaciones extremas o lugares de internamiento cuya razón de ser no es, de modo directo, el cuidado de las personas, sino que atienden a otras finalidades que poco o nada tiene que ver con la atención asistencial a las personas mayores, como son las problemáticas organizacionales asociadas a procesos de trabajo deficientes que en modelos no centrados en la persona acaban abocando al uso de sujeción.

Hasta el momento actual, se ha considerado que, en la confrontación de intereses entre los riesgos que se intentan evitar con el uso de sujeciones y el respeto a derechos fundamentales, éstos se subordinaban a aquéllos.

Sin embargo, el trabajo desarrollado por las entidades que ayudan a las organizaciones a dejar de sujetar -rompiendo las creencias y el paradigma existente hasta su llegada-, ha conseguido resultados que demuestran que tal confrontación no solo no existe, sino que más bien al contrario, el número de sujeciones tanto físicas como químicas se puede reducir hasta alcanzar, en la mayor parte de las ocasiones el 0%, favoreciendo que el número de caídas y la gravedad de sus consecuencias disminuya, mejore la situación funcional de las personas y se produzca un mejor control e, incluso, una disminución de los trastornos conductuales que parecieran justificar su utilización.



5.1.2.2 Marco legal actual de las medidas de contención.

Las posibles excepciones del Ordenamiento jurídico español a la prohibición de uso de medidas de contención sobre las personas, establecida bajo la interpretación sistemática de los valores superiores y derechos fundamentales recogidos en los artículos 1.1, 10.1, 14, 15 y 17 de la Constitución Española (CE), no hacen más que confirmar que ni lo arraigado de su uso ni las erróneas creencias en cuanto a su necesidad en el ámbito sociosanitario legitiman esta práctica.

El Ordenamiento jurídico español no lo permite ni en éste, ni en otros ámbitos y, sólo para el caso en que -expresamente- una norma jurídica de rango formal suficiente permita la excepción, no estaremos trasgrediendo:

- » El Derecho a la libertad como valor superior de nuestro Ordenamiento jurídico (art. 1.1 CE).
- » La dignidad de la persona y sus derechos, como fundamentos de nuestro orden político y de la paz social (art. 10.1 CE).
- » El derecho fundamental a la vida, a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE): *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*.
- » El derecho fundamental a la libertad física (art. 17 CE).

Además, las directrices sobre las que han de actuar los Poderes Públicos en el ejercicio de sus competencias legislativas, ejecutivas y judiciales, son las siguientes:

- » Art. 49: *Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título (Título Primero de la Constitución, en el que se establecen los derechos fundamentales antes aludidos) otorga a todos los ciudadanos.*
- » Convención ratificada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (ratificada por España).
- » Proscribe cualquier tipo de trato inhumano o degradante de los Poderes públicos en el ejercicio de sus funciones.
- » Convenio de protección de derechos y libertades fundamentales (Consejo de la Unión Europea). Las restricciones que se impongan a los derechos, entre otros, a la vida, a la dignidad, a la privación de libertad y a la seguridad no podrán ser aplicadas más que con la finalidad para la cual han sido previstas.

Destaca entre todos, el especial seguimiento y protección frente al uso excepcional de medios de contención en otros ámbitos personales y circunstanciales, diferentes al objeto de nuestro estudio:

Ámbito Penal

Personas con medidas de internamiento por resoluciones judiciales de orden penal, existiendo en España un comité contra la Tortura, diferentes al de las personas mayores:



» Ley Orgánica 1779. General Penitenciaria, de 26 de septiembre:

- Sólo podrán utilizarse, con autorización del Director del centro penitenciario, aquellos medios de sujeción que se establezcan reglamentariamente:
- Para evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas.
- Con inmediata comunicación al Juez de Vigilancia.

» Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento penitenciario (Art.72), relativo a “medios coercitivos”.

- Contempla la fuerza física personal, las defensas de goma y las esposas. Su uso será proporcional al fin pretendido, nunca supondrá una sanción encubierta, y sólo se aplicarán cuando no exista otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida y por el tiempo estrictamente necesario.

» Ley Orgánica 5/2020, de responsabilidad penal de los menores, de 12 de enero.

- Las pautas de utilización de contenciones físicas, defensa de goma, sujeción mecánica y aislamiento provisional, deberán ser registradas, controladas por el Ministerio Fiscal y sólo admisibles cuando no exista otra manera menos gravosa de conseguir la finalidad pretendida.

Ámbito Civil

» Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil (en relación, tan solo a la posibilidad de acordar el internamiento en centro adecuado por razón de trastorno psíquico de cualquier persona).

» Art 763: Internamientos no voluntarios por razones psiquiátricas.

Ámbito Sociosanitario

» Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

» Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (Art.5º): Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

» Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



- Art. 4º: Las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial, entre otros a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

Como vemos, no existe una regulación estatal básica que sancione formalmente el uso de medios de contención a la población en general, fuera de actuaciones puntuales, excepcionales y con un riguroso seguimiento por la autoridad judicial, en centros penitenciarios o de internamiento de menores por causas penales.

Así, de forma general se puede decir que:

- A. La legislación civil contempla el internamiento en centros adecuados de personas con problemas psíquicos, incluso contra su voluntad, pero no de las medidas a aplicar tras el internamiento.
- B. La legislación sanitaria solo contempla medidas de internamiento o control de las personas contra su voluntad, en casos de que exista peligro para la salud de la población y siempre sujetas a control judicial.
- C. En estos tres casos (penal, civil y sanitarios), en los que se contempla el uso de sujeciones o internamientos obligatorios existe habilitación normativa expresa y regulación de la limitación de los consiguientes derechos fundamentales, a través de norma jurídica de rango adecuado, esto es, Ley Orgánica, incluido el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento

Civil.

- D. La legislación en materia de servicios sociales garantiza a las personas en situación de dependencia el pleno respeto a sus derechos fundamentales, sin otras cortapisas.

Y sobre estas bases opera nuestro sistema asistencial en lo que se refiere a medidas de control de movimientos y sujeciones de personas mayores usuarias de centros sanitarios, asistenciales, geriátricos o cuidadas por familiares o cuidadores profesionales en domicilios privados.

Con tan insuficiente amparo legal, no cabe más que indicar que el Ordenamiento jurídico español no permite sujetar a personas mayores en estos espacios citados y que, si se hace, se parte de una cultura paternalista, buenista y consentida, sin un mínimo control administrativo o judicial sobre unas bases técnicas homologadas y que, de existir, debieran tener como objetivo principal solventar situaciones excepcionales para las que no exista una técnica o práctica alternativa mejor.

Esta ausencia de habilitación legal no puede validar jurídicamente el uso de sujeciones, puesto que las limitaciones a los derechos fundamentales, además de ser siempre interpretadas de modo restrictivo, exigen que la legitimación de su uso, en el ámbito personal que se establezca, nazca de su reconocimiento a través de una norma de rango de ley orgánica. La regla general es, por tanto, la prohibición. Y la excepción partirá de una expresa habilitación en situaciones para las que no exista una técnica mejor dentro de las disponibles.



Ámbito Autonómico de regulación

Sobre la capacidad de las Comunidades Autónomas para legislar en materias asistenciales, nos encontramos con que la práctica totalidad de nuestras CC.AA. han desarrollado el uso de sujeciones, careciendo de un marco legal estatal previo que permita restringir los derechos fundamentales afectados y sin que, por analogía, esta laguna legislativa pueda verse solventada.

Las distintas normas autonómicas, salvo contada excepción, articulan un sistema de “permisividad vigilada” respecto a las sujeciones, que, por muy bienintencionados que sean sus objetivos, no ha conseguido proteger, potenciar y poner en valor el cuidado que no sujeta, sino que -más bien al contrario- ha motivado a una cultura de su uso, convirtiéndose en la salvaguarda de los profesionales que sujetan, de manera que se les permite el uso de sujeción siempre que se realice acorde a lo dispuesto.

Estas normas no han incentivado el no uso de sujeciones, sino que se ha blindado de hecho la práctica de la contención, conduciendo, junto a otros factores (falta de formación del personal, adecuación de las instalaciones, etc.), a un uso excesivo y en ocasiones sin control, convirtiendo a España, como se ha expuesto anteriormente, en uno de los países que más sujeta de la OCDE.

Lo anterior es una razón más para transitar, si quiera por imperativo legal, a un modelo de cuidado que no sujete y que, como excepción a esta regla general, contemple con carácter restrictivo el uso de sujeciones sobre controles exhaustivos, siendo necesarios quizás periodos transitorios de adaptación a esta legalidad, en los que se impulse la retirada de sujeciones, se forme y capacite al personal adecuadamente

y se investigue sobre mejores técnicas alternativas a la sujeción.

Por excepción, parcial en todo caso, a este mapa general de las sujeciones en España, podemos citar algunas legislaciones autonómicas entre las que destacan la nueva ley de servicios sociales de Canarias de 2019 y la legislación al respecto de la Comunidad Autónoma de Cantabria:

La letra s), del artículo 6º, de su Ley 2/2007, de Derechos y servicios sociales, en relación a los derechos específicos de las personas usuarias de centros de servicios y atención diurna/nocturna y estancia residencial, establece *el derecho de estos usuarios a no ser objeto de ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos.*

Una declaración acorde a los derechos fundamentales de los usuarios, si bien, contemplando una excepcionalidad, ya que, *en tanto persista una urgente necesidad para la preservación de la integridad de la persona usuaria, sus cuidadores/as o de terceras personas, los centros y servicios podrán practicar medidas temporales de restricción física o intelectual, siempre con supervisión facultativa.*

El control de la excepción recae en el Ministerio Fiscal, a quien hay que poner en conocimiento la medida *en el plazo más breve de tiempo, en todo caso antes de las 24 horas de su inicio, debiendo informar sobre el riesgo para la integridad física a proteger, el tipo de sujeción y el tiempo previsto de aplicación.*

Durante el tiempo de aplicación de la medida excepcional, *que no excederá del necesario para la efectiva aplicación de medidas alternativas, las personas familiares serán periódicamente informadas sobre la misma y sus efectos sobre la persona usuaria.*



Pero esta ambiciosa regulación de Cantabria, que proscribía el uso de sujeciones (como “regla general”), no ha visto aún su eficacia, puesto que la definitiva eliminación de sujeciones queda a expensas de lo establecido en disposiciones adicionales y transitorias de la propia disposición legal autonómica.

Así, la efectividad de la eliminación de sujeciones en los centros y servicios de atención diurna/nocturna/ y de estancia residencial, se condiciona a la aprobación de un plan de cada centro de atención, conforme a los plazos, requisitos y procedimiento que se establezcan reglamentariamente, sin que este desarrollo reglamentario haya visto la luz a día de hoy, corriéndose el peligro de que, con el paso del tiempo sin el desarrollo normativo al que no se le ha puesto fecha, la eliminación de sujeciones sea un mero eufemismo.

5.1.2.3 Iniciativa legislativa que se propone: rango, objetivos y contenido.

Sobre la base de todo esto se propone el desarrollo de una iniciativa legislativa que permita:

- A. Regular con rango de Ley Orgánica el Derecho de las personas que precisen atención y cuidados sanitarios y asistenciales, tanto en centros públicos como privados, incluidos domicilios particulares el respeto a sus fundamentales y libertades, garantizando que la utilización de cualquier medio de sujeción será excepcional.
- B. Establecer las bases para que, en el entorno del cuidado de centros sanitarios y sociales en los que se atiende a personas mayores dependientes, prime su

humanización.

- C. Retirar las sujeciones del sistema de cuidado en el ámbito de las personas mayores dependientes y/o personas con discapacidad, con el establecimiento, para su desarrollo autonómico, de las bases de un modelo de cuidado centrado en la persona y la implantación de medidas alternativas a la sujeción, basándose en mejoras formativas, organizativas y técnicas.
- D. Dar seguridad a todas las partes implicadas, estableciendo las bases para que, por el procedimiento que cada Comunidad Autónoma adopte, se garantice a los profesionales del sistema, a los usuarios de los servicios y a sus familiares y allegados, los medios, la formación y la información suficiente para hacer posible los objetivos anteriores.

Aunque la posición mayoritaria de la Comisión de Trabajo de este Documento Técnico para el Cuidado Sin Sujeciones se apoya en que la legislación actual no solo no ha conseguido erradicar las sujeciones, sino que ha amparado su uso, y que para dejar de sujetar es necesario olvidarse de la legitimidad de su uso, si la hubiera, con independencia de si se parte de la consideración de la sujeción como legítima o no, ambas posturas juristas consideran necesario impulsar un cambio legislativo que dé cobertura al nuevo modelo de atención que no sujeta y contemple claramente las situaciones excepcionales en las que sea posible utilizar sujeción, así como establezca los requisitos legales de uso adecuado en tiempo y en forma.

Al cierre de este documento y con fecha de 11 de agosto de 2022, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha



Sociedad Española
de Geriátrica y Gerontología

publicado en el Boletín Oficial del Estado la Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad de los Centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su Título III Decimoquinto establece los requisitos de Acreditación Comunes a todos los servicios para la Atención Libre de Sujeciones. Un gran paso que requerirá de mayor profundización legislativa, como la reclamada por esta Comisión de Trabajo, así como continuidad y compromiso por todos los poderes públicos estatales y autonómicos.



Bibliografía consultada:

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (AEBOE). Constitución Española [internet]. Madrid: AEBOE; 1978 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <https://boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

Asamblea General de la ONU. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes [internet]. Nueva York: ONU; 1987. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cat_SP.pdf

BOE.es - BOE-A-2022-2221 Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad [Internet]. Boe.es. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221

Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario [internet]. Madrid: Comité de Bioética de España; 2016 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/>

Consejo de Europa. Convenio Europeo de Derechos Humanos [internet]. Estrasburgo: Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Consejo de Europa; 2013; Disponible en: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf

Defensor del Pueblo. Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019 [internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 2020 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/06/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

Fiscalía General del Estado. Informe 2019. Órganos Territoriales del Ministerio Fiscal. Área Civil. Contenciones mecánicas y farmacológicas [internet]. Madrid: Fiscalía General del Estado; 2020 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://www.fiscal.es/memorias/memoria2020/FISCALIA_SITE/index.html

Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, Tomás JF, Olazarán J. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(7):633-9. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.011.

Muñoz Machado S. *El poder y la peste (2020-2022)*. Madrid: Editorial Iustel; 2022. Capítulo III, Las consecuencias jurídico-constitucionales de la pandemia.

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2014 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf



5.2. FUNDAMENTOS ÉTICOS PARA NO USAR SUJECCIONES.

Aspectos éticos de las sujeciones a las personas mayores institucionalizadas.

5.2.1 Valores éticos del cuidado

Cuidar es prestar los apoyos que el otro necesita para seguir realizando su proyecto vital, siempre de acuerdo con sus preferencias, elecciones y objetivos. Cuidar de otro no significa anularle ni sustituirle, es hacerlo “con”, es dar las herramientas y crear las capacidades para que pueda continuar con su plan de vida.

Cuidar es crear una relación basada en la confianza y en el contacto humano, asentada en la responsabilidad y el compromiso con el otro. No es una relación paternalista en la que se tomen las decisiones desde fuera, desde el cuidador; más bien es comprender y dar las herramientas para que la persona mayor pueda seguir formando parte activa de su propio proyecto vital, permitiendo que decida y mantenga el sentido de su vida. Algunas virtudes están en juego en este tipo de relación, como la compasión, la escucha y la comprensión como bases de una buena comunicación, el respeto a los deseos, necesidades, opiniones, creencias y valores de la persona en situación de vulnerabilidad, así como la solidaridad.

Bajo ninguna perspectiva puede ser una relación de poder, sino una relación bidireccional en la que ambos reciben. Forma parte del círculo de dar y recibir que conforma la vida humana. Cuidar da sentido a la vida y puede ser una vía de realización personal y profesional para muchas personas. Es la aceptación de nuestra propia vulnerabilidad y de nuestra

propia dependencia la que fundamenta el cuidado con otros, creando un nosotros. Solo desde ese nosotros es posible realizar un cuidado, reconociendo el valor intrínseco de cada persona.

Cuidar es hacer con y estar con, bajo ningún concepto es hacer o estar para, implica involucrar y capacitar a ambas personas, forma parte del reconocimiento que necesitamos como seres humanos que nos permite mantener la autoestima, la autoimagen, el respeto propio y la realización como personas en el mundo.

En una relación de cuidado, lo que nos hace éticos es estar a la altura de lo que el otro me demanda. Las contenciones no pueden bajo ningún concepto sustituir la presencia, puesto que solo desde la presencia podemos considerar que somos humanos.

La relación de cuidado se fundamenta en la deliberación y el consenso y no en la decisión unilateral, esa mirada tiende a cosificar al otro, al que pasamos a ver como sujeto de necesidades y cuidados y no como un ser completo en una etapa vital que precisa de apoyos.

Quizá cambiando lo que vemos en el otro podemos estar en situación de igualdad, ya que cuando no es así podemos incurrir en el abuso y exponer al otro a la sumisión. Puesto que cada uno de nosotros es, en buena medida, como los demás nos ven, el principio del cuidado excelente consiste en mirar al otro, a cualquier otro y especialmente al otro vulnerable, desde el asombro, el reconocimiento y el aprecio. Esa mirada genera una relación



de confianza imprescindible para procurar unos cuidados a la altura de la dignidad de cada persona⁴.

5.2.2 Algunas reflexiones preliminares

Aunque los principios éticos que invocamos a continuación sirvan para discernir sobre la licitud o no de las sujeciones a personas en general, conviene subrayar que las sujeciones de las que tratamos en este documento son principalmente, aunque no de forma exclusiva, las que se plantea llevar a cabo sobre la persona mayor que vive en una residencia, a la que podemos considerar como un “mayor ausente” por tres motivos.

En primer lugar, porque está **ausente del que ha sido su domicilio y hogar** probablemente durante muchos años de su vida. Ese espacio que él ha ido configurando a lo largo del tiempo, y le es completamente familiar, es sustituido por otro que solo puede calificarse como hogar en sentido figurado. Evidentemente esa ausencia, muchas veces no deseada sino aceptada como inevitable, pone a la persona mayor en una situación de vulnerabilidad, pues el nuevo entorno ya no se rige por las prácticas que le son propias porque ha contribuido a forjarlas, sino por las que le vienen dadas por otras instancias.

En segundo lugar, porque la persona a la que se plantea sujetar es alguien que, en mayor o menor medida, está **ausente**

de sí mismo en algunos casos porque ha perdido el control sobre sus capacidades, bien físicas o cognitivas. Esta circunstancia abunda más aún en su vulnerabilidad. Evidentemente, esa pérdida del estar en sí es un proceso paulatino condicionado por múltiples circunstancias y se manifiesta de muy diversas formas.

En tercer lugar, la “ausencia” del mayor respecto de su entorno habitual y de sí mismo fácilmente conduce a que **otros tomen el control sobre su persona**. En ocasiones será inevitable: cuando ha perdido por completo su voluntad propia y debe ser suplida. Pero en la mayor parte de los casos lo que sucede es que la persona ve disminuida su capacidad de configurar la propia voluntad y, sobre todo, de manifestarla. En estos casos, procede proporcionar los apoyos necesarios para que la persona pueda llegar a configurar su voluntad y a expresarla. Cuando no se hace, se produce la tercera ausencia del mayor: la ausencia en el proceso de toma de decisión sobre su propia vida y cuidados. El hecho de se haga con la mejor de las intenciones no justifica que se lleve a cabo. Sigue siendo una suplantación de la persona en la toma de decisiones que coloca a quienes lo hacen ante una peligrosa pendiente resbaladiza: se empieza decidiendo por el otro, convencidos de que sabemos perfectamente lo que le conviene, y acabamos decidiendo por el otro porque pensamos que quien ha perdido el pleno uso de sus facultades ha perdido su derecho a seguir siendo el protagonista de su existencia.

⁴ Son muchos los autores que, a lo largo de la historia, han profundizado en estas ideas. Sin afán de mencionarlos a todos, podemos citar a los siguientes: Buber M. Yo y tú. Barcelona: Herder Editorial; 2017. Lévinas E. Humanismo del otro hombre. 5ª ed. México: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 2005. Patocka J. Ensayos heréticos sobre filosofía de la historia. Madrid: Ediciones Encuentro; 2016. Schumacher EF. Una guía para perplejos. Girona: Ediciones Atalanta, S.L.; 2019.



Las dos primeras “ausencias” (la del hogar y la de sí mismo) son en muchos casos inevitables y la respuesta ante la vulnerabilidad que traen consigo consiste en los cuidados. La tercera de esas ausencias, en la que el mayor queda ausente del proceso de decisión sobre él mismo, es causada por los otros y puede (y debe) ser evitada porque nadie tiene derecho a expulsar a otro de sí mismo y a tomar sus decisiones por él. Ante la vulnerabilidad inevitable, procede la aceptación y los cuidados; ante la creada por los otros, procede la prevención para evitarla y, cuando se ha llevado a cabo, la denuncia y la reparación.

Cuando se prescribe y ejecuta una sujeción, se suele hacer en el marco de una regulación que presuntamente ampara esa restricción de la libertad de movimientos y con el consentimiento (tácito al menos) de la persona que de manera formal o informal ha asumido la condición de representante de la persona mayor. Cabe presumir que a la persona afectada se le informa con antelación y se le demanda el consentimiento. En aquellos casos en los que no lo pueda prestar, a pesar de haber contado con los apoyos necesarios para ello, se tomarán siempre en consideración sus deseos. Si la sujeción se ha hecho en esas condiciones, y con la buena intención de preservar la seguridad física de la persona, objetivo que realmente no se cumple, cabría pensar que esa sujeción no solo es conforme al ordenamiento jurídico sino también perfectamente ética. Sin embargo, no es así. Tanto las normas y protocolos como las buenas intenciones contribuyen en buena medida a garantizar que las sujeciones se dirigen al bien de la persona, aunque de forma equivocada y paternalista.

Para saber si se está o no adoptando una sujeción, y si esa sujeción está justificada o no, más importante que

atenerse a protocolos y a intenciones de los intervinientes, lo fundamental es discernir acerca del objeto o finalidad de la medida, así como sobre su necesidad y proporcionalidad. Esa respuesta es la que nos dará idea del tipo de acción que se ha llevado a cabo (si es o no una sujeción) y de su licitud ética. Pongamos dos ejemplos. Primero, si ponemos un cinturón a una persona que él/ella, en principio, puede desabrocharse, podemos pensar que no la hemos sujetado, sino que nos hemos limitado a adoptar una medida que le procure cierta protección sin restringir su libertad de movimientos. Pero si sabemos que no va a ser capaz de desabrocharse el cinturón por el estado en que se encuentra, le estaremos aplicando una sujeción, aunque formalmente no tenga esa consideración. Y ello porque el objeto de esa medida no será tanto ofrecerle una dudosa protección como impedir que se mueva. Segundo, si cumplimos con el protocolo de sujeciones, podemos pensar que la sujeción es lícita y está justificada; pero puede suceder que la medida se haya adoptado porque no se han contemplado otras posibles y menos limitantes que habrían garantizado la seguridad de la persona con una mínima limitación de su libertad de movimientos. Se trataría, pues, de una sujeción ilícita por innecesaria o desproporcional, a pesar de ser resultado de aplicar un protocolo de sujeciones debidamente acreditado.

5.2.3 El valor de la libertad física para la persona

El ser humano vive para desarrollar libremente su proyecto de vida personal. Sin libertad no hay vida que merezca la pena ser vivida y, por eso, el primer objetivo de la persona privada de libertades consiste en recuperarlas. Esto es válido para toda persona y para cualquier etapa



de su vida. Y tiene tal trascendencia que el Derecho debe poner todos los medios para que así sea. Todas las declaraciones de derechos humanos consideran la libertad un presupuesto fundamental de la existencia humana y un derecho humano universal, inviolable e inalienable.

Si bien la libertad es imprescindible para tener una vida digna, también es cierto que el ser humano es intrínsecamente vulnerable y que, en muchas etapas y circunstancias de su vida, tiene dificultades importantes para ejercer su libertad. Una de las más relevantes es la vejez y la dependencia. Cuando la persona envejece, se puede volver paulatinamente dependiente y llega el momento en que la fragilidad va limitando su capacidad de cuidarse por sí sola.

Cuando la vulnerabilidad se hace patente, cabe proceder de dos modos completamente antagónicos: proporcionar los apoyos y cuidados necesarios para que pueda ejercer su libertad o abandonarla a su suerte o, peor aún, maltratarla o aprovecharse de ella. Existe un tercer modo de proceder que consiste en creer que se está haciendo lo primero, pero, en realidad, se incurre en lo segundo, sin pretenderlo o siendo consciente. Así sucede cuando, apelando a la seguridad de la persona, se decide sujetarla bien mediante recursos físicos o farmacológicos. Es muy probable que todos los agentes que cuidan de esa persona entiendan que se trata de una medida necesaria para garantizar la seguridad. Los familiares temen que, en su ausencia, sufra una caída funesta. Los cuidadores no se sienten capacitados, o no son suficientes para velar por los movimientos del residente las 24 horas del día, y ven la sujeción como una medida necesaria. Además, esta medida suele ser percibida por la persona en la que se lleva a cabo como una muestra de responsabilidad y cuidado por parte

de quienes se ocupan de ella: como su deambulación es insegura y podría tener caídas que le ocasionaran graves lesiones, procedamos a sujetarla para evitarlo. Sin embargo, se trata de una medida paternalista, porque suele adoptarse “por su bien” pero frecuentemente sin su opinión, y que entraña un maltrato objetivo, desde el momento en que se le imposibilita el movimiento libre. Conviene recordar que la manera más universal y primaria de representar la privación de libertad es la reclusión de la persona en un espacio acotado del que no pueda salir, y que la sanción penal más común es precisamente la privación de libertad. Pues bien, cuando una persona es objeto de sujeciones físicas o farmacológicas, sufre una intervención mucho más invasiva y limitante que la mera detención o la reclusión. Lo cierto es que, al amparo de un presunto bien para la persona como es su seguridad física, le infligimos un daño grave que afecta a una de sus dimensiones más esenciales: la libertad y con ello la dignidad.

¿Se puede pensar que esa medida sea necesaria y proporcional en determinados casos para no exponer a riesgos muy graves (incluso vitales) a personas en situación de máxima fragilidad? O, por el contrario, ¿Cabe realmente considerar las sujeciones no voluntarias a las personas en las residencias como una forma de maltrato, por mucho que se quiera justificar su necesidad por razones de seguridad?

5.2.4 Principios éticos aplicables a las sujeciones

A pesar de que las mejores intenciones puedan estar en la base de las medidas de sujeción, no existen razones que justifiquen su empleo, pues atentan en todo caso contra algunos de los principios



éticos (y, en muchos casos, también jurídicos) que deben regir las relaciones humanas y, en particular, el trato a las personas mayores y/o dependientes. A continuación, hacemos referencia sucintamente a los que entendemos deben tenerse en cuenta para hacer un juicio valorativo sobre las sujeciones a las personas mencionadas. Para su selección hemos recurrido tanto a la Constitución Española como a los instrumentos normativos de alcance internacional relacionados con los derechos humanos y la bioética, en la medida en que expresan el consenso alcanzado a nivel global sobre estas materias. Se presta especial atención a la Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética (UNESCO, 2005) y al Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomédica, también conocido como Convenio de Oviedo (Consejo de Europa, 1996).

A. Principio de dignidad universal del ser humano

Precisamente porque el ser humano es una cosa sagrada para el ser humano (*Homo sacra res homini* - Séneca), porque tiene dignidad y no precio (Kant), debe ser tenido por un fin en sí mismo y nunca solo como un medio, por decirlo con los términos insuperables del imperativo categórico kantiano. Cuando sujetamos, no habiendo una necesidad insuperable (como podría ser el caso de personas que sufran brotes psicóticos y constituyan una amenaza inmediata y grave para la vida de otras personas o de sí mismas), reducimos a la persona a medio para alcanzar el fin de su propia seguridad física. Este principio de dignidad no solo tiene una dimensión estrictamente ética, sino que se proyecta en el ámbito jurídico, llegando a ser considerado el fundamento de los derechos humanos: como el ser humano es digno y no puede ser tratado solo como medio, se le deben reconocer

los derechos que le garanticen una vida en libertad e igualdad. Este principio se haya recogido en todas las declaraciones de derechos humanos, de forma emblemática en la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” y también en nuestra Constitución: “La dignidad de la persona, los derechos inherentes que le son inviolables... son fundamento del orden político y de la paz social” (art. 10.1).

B. Principio de integridad física y moral

Una exigencia primaria del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano será el respeto a su integridad. Nadie puede violentar ni el cuerpo ni las facultades cognitivas, morales y emocionales de otra persona. Pero ni siquiera el propio sujeto puede renunciar a su integridad de manera irreversible. Aunque alguien se ponga libre y enteramente en manos de otro, se le debe garantizar en todo caso la capacidad de recuperar el control sobre sí mismo. El rechazo a un tratamiento o a continuar como sujeto de experimentación tienen su fundamento en este principio. Al igual que el principio de dignidad, el principio de integridad tiene una proyección jurídica que se manifiesta de forma destacada en el reconocimiento del derecho a la integridad, recogido tanto en los instrumentos internacionales de derechos humanos como por la Constitución Española. De acuerdo con este principio, cuando sujetamos a una persona sin contar con su voluntad, estamos atentando contra su integridad. Y aun en los casos en los que haya consentido a las sujeciones, se le debe garantizar de manera efectiva y continuada la posibilidad de revertir esas



medidas en cualquier momento.

C. Principio de autonomía

El problema con las sujeciones se plantea, sobre todo, en los casos en los que la persona carece de la capacidad para dar su consentimiento libre e informado. Pareciera que, si la persona ha manifestado libremente su consentimiento, la sujeción estaría perfectamente legitimada. Ahora bien, no podemos perder de vista que una persona mayor institucionalizada se encuentra fuera del que ha sido su entorno personal y familiar a lo largo de la vida. Y, por lo general, vive un proceso de creciente dependencia y paulatina disminución de sus capacidades cognitivas que la vuelven frágil y temerosa. En esas condiciones, es muy fácil condicionar su voluntad, de forma sutil pero eficaz, para que consienta someterse a aquellas intervenciones que le proponemos; sobre todo si las amparamos en su propio bienestar. Cabe dudar entonces de la libertad de esa decisión. El hecho de que la persona mayor institucionalizada pueda encontrarse en un estado lábil, en el que le resulte más laborioso forjar su voluntad (y al cuidador descubrirla), nunca puede justificar que se condicione su voluntad para que decida aquello que nosotros estimemos más conviene a su bienestar. La autonomía relacional, que es la propia del ser humano, no consiste en que los demás suplan la propia cuando está debilitada, sino que todos ayudemos a que la persona pueda forjar su genuina voluntad con los apoyos necesarios para ello.

Por otro lado, en los casos en los que no hay duda de que la persona ha perdido la capacidad para tomar sus propias decisiones, sigue siendo imprescindible informarle de lo que se quiere hacer con ella y tomar seriamente en consideración los deseos que manifieste, y no solo antes de iniciar cualquier intervención sobre

ella sino también una vez hayan sido emprendidas. Igualmente habrá que tomar en cuenta las voluntades anticipadas que haya podido dejar, así como lo que diga su representante en caso de haberlo nombrado.

D. Principio de vulnerabilidad

Todos los seres vivos son vulnerables, no solo porque tienen una existencia finita, sino porque están continuamente expuestos a un sinfín de riesgos que amenazan con hacerla muy penosa o incluso con truncarla prematuramente. En el caso de los seres humanos, esa vulnerabilidad resulta más patente por razón de su radical dependencia de otros seres humanos. Desde que uno nace hasta que alcanza el desarrollo suficiente para conducir su vida por sí solo, transcurren un buen número de años: durante los primeros la dependencia de otras personas es total y paulatinamente va disminuyendo. Pero esa situación de dependencia no solo se da al inicio de la vida; también acontece, en la mayor parte de los casos, cuando la persona entra en la senectud. Y no solo al principio y final de nuestra vida, sino a lo largo de toda ella constatamos nuestra ineludible fragilidad e interdependencia. Los otros pueden resultar en ocasiones un obstáculo para nuestro desarrollo; pero, desde luego, sin los otros nos resulta imposible alcanzar una vida plena. La cultura dominante insiste con acierto en la importancia de la autonomía personal para alcanzar el propio desarrollo, pero no subraya suficientemente que la autonomía es siempre resultado de nuestras relaciones con los demás. Y no solo ni principalmente de las que establecemos mediante contratos, en los que las partes intercambian libremente bienes o servicios, sino de aquellas otras que tienen que ver con el mutuo reconocimiento y la entrega



recíproca. Nuestra condición relacional es la consecuencia de nuestra vulnerabilidad, de nuestra radical indigencia, de nuestra incompletitud.

Esta vulnerabilidad que nos configura como seres relacionales no es el fundamento de la dignidad de las personas: no somos dignos porque seamos vulnerables. Pero sí pone de manifiesto que la dignidad no está asociada al ejercicio de determinadas capacidades. Si así fuera, en el momento en que no comparecieran tales capacidades se esfumaría nuestra dignidad. Por el contrario, la ausencia de capacidades o la fragilidad en su expresión nos muestran de una forma especialmente nítida que el ser humano tiene dignidad, que su valor es intrínseco y no está asociado a la posesión y manifestación de aquellas capacidades. El ser humano tiene dignidad por su ser humano, no por su hacer o tener.

Pero la vulnerabilidad humana no solo pone de manifiesto que nuestra dignidad no está asociada ni a la posesión ni al ejercicio de ciertas capacidades. Como seguimos siendo dignos más allá de las capacidades que tengamos en cada momento de nuestra existencia, tenemos un deber recíproco de cuidado: los seres humanos debemos cuidarnos los unos de los otros y más aún cuando no podemos hacerlo por nosotros mismos.

Ese deber de cuidado recíproco se proyecta en todos los planos de la vida humana con diversos niveles de exigencia. Para lo que aquí interesa, existe una forma de cuidado básico universalmente exigible que consiste en no dañar a nadie y que se ha formulado de manera sintética en sendas máximas tanto en el ámbito de la práctica médica (*Primum non nocere*) como del Derecho (*Neminem laedere*).

Por lo que respecta a las personas mayores y dependientes, esa exigencia

básica y universal de cuidado que consiste en no dañar se concreta en la ilicitud de las sujeciones, que impiden a la persona la libertad de movimientos. Cuando sujetamos a una persona sin su consentimiento, por mucho que justifiquemos esa acción en base a preservar su seguridad, la hacemos más vulnerable. Pero esa vulnerabilidad ya no es manifestación de la propia de la condición humana. Es, por el contrario, una vulnerabilidad construida y opuesta al bien de la persona. En consecuencia, la vulnerabilidad a la que queda expuesta la persona privada de su libertad de movimientos por causa de las sujeciones físicas o farmacológicas debe ser combatida sin paliativos. En nombre de la natural vulnerabilidad humana no se justifica la adopción de medidas que, lejos de ayudar a sobrellevarla, colocan a la persona en una situación de mayor e intolerable vulnerabilidad. Si lo permitimos, estamos cayendo por debajo del umbral del no dañar antes mencionado. Más aún, se puede afirmar que cuando sujetamos a una persona, fuera de los casos en los que puntualmente pueda justificarse para salvaguardar un bien mayor, automáticamente la degradamos a la condición de objeto, de instrumento, como hemos señalado antes.

Dicho lo anterior, resulta obvio que cuidar al vulnerable no puede limitarse a no dañar, a garantizarle que no se le va a sujetar sin su voluntad. Se impone un cuidado activo para que pueda seguir haciendo su vida. En el caso que nos concierne de las personas mayores institucionalizadas que corren alto riesgo de sufrir caídas fatales para su salud, ese cuidado exige adoptar las medidas para que las personas puedan desarrollar sus vidas sin verse gravemente expuestas a caídas y sin perder su libertad de movimientos. El problema, como mostramos a continuación, está en que ese nivel de cuidado activo exige una



inversión de tiempo y recursos económicos sustentada en el principio de solidaridad intergeneracional.

E. Principio de solidaridad intergeneracional

Es indudable que los cuidados que requiere una persona mayor institucionalizada y dependiente son muchos y generan un reconocimiento limitado. Así como el cuidado de los niños está fuertemente estimulado por la perspectiva de verlos desarrollarse en el plano personal y social, en el caso de los mayores no comparece ese horizonte. La relación con los niños es relativamente sencilla y gratificante, en el caso de las personas mayores es mucho más compleja. Las culturas tradicionales compensaban esas dificultades en la relación con las personas mayores subrayando con trazo grueso el deber de reverencia y cuidado que teníamos hacia ellas. Las sociedades contemporáneas, sin embargo, han olvidado en buena medida esa base de la relación intergeneracional, entre otras razones, por el individualismo, instantaneísmo y utilitarismos dominantes en nuestra cultura. El primado del individuo diluye la deuda que tenemos hacia quienes hicieron posible que seamos quienes somos; el olvido de la condición diacrónica del ser humano nos impide considerar la trascendencia de la memoria, y de las personas que la encarnan, para forjar el presente; y la consideración de que solo lo productivo merece la pena conduce a despreciar el cuidado de quienes ya no van a rendir más. Esos caracteres definitorios de la cultura dominante se ven exacerbados en una coyuntura demográfica como la presente, en la que el envejecimiento de la población tiene lugar en la mayor parte de los lugares de la tierra. Cada vez menos jóvenes tienen que ocuparse de la atención de más personas

mayores.

Ante esta situación urge reconocer la deuda intergeneracional que tenemos hacia quienes nos han precedido y han hecho posible nuestra existencia. Pero también es igualmente importante tomar conciencia de que nuestro desarrollo individual y social no será completo si no integramos a las generaciones anteriores en nuestra existencia: invisibilizar a las personas mayores y dependientes no solo es una grave injusticia con respecto a ellas, sino un empobrecimiento irreparable para nuestra autocomprensión. Cuando se sujeta a una persona mayor sin su consentimiento, incurrimos en ambos errores.

F. Principio de progresividad

Es cierto que existe una larga tradición de sujetar a las personas mayores institucionalizadas y que cuenta con el respaldo no solo de los sistemas sociosanitarios sino también de los familiares y allegados de las personas mayores. Es cierto igualmente que esa práctica, que se justifica para evitar daños graves a tales personas, constituye en sí misma un daño mayor del que se trata de evitar porque supone una directa vulneración de la libertad de movimientos y de la integridad física, bienes imprescindibles para que cualquier ser humano pueda desarrollar su vida. Ahora bien, para llevar a cabo ese cambio exigido por el respeto a la dignidad de la persona mayor no basta con una reforma legislativa que deje de amparar las sujeciones y solo las contemple de forma puntual para situaciones excepcionales en las que el bien en juego sea tan importante como la libertad y no se pueda preservar de otra manera que mediante la sujeción. Es imprescindible un cambio cultural



que debe proyectarse en tres ámbitos principales: educativo, profesional y cívico. En primer lugar, en el educativo. Las personas que se dedican al cuidado de los mayores institucionalizados deben formarse en el principio del cuidar sin sujetar. Ese principio tiene una fundamentación ética y una manifestación práctica en el desempeño profesional cotidiano y tanto una como otra deben ser objeto de aprendizaje por parte de los futuros trabajadores sociosanitarios. En segundo lugar, los cuidados sin sujeciones deben regir la relación de los profesionales con la persona mayor institucionalizada. Para ello habrá que evaluar la finalidad u objeto de las acciones que se lleven a cabo y tomar seriamente en consideración las circunstancias del caso concreto: no tiene nada que ver cuidar sin sujetar en un entorno donde abundan los medios técnicos y se cuenta con personas bien formadas en esas prácticas que en otro sumamente precario en cuanto a medios y personas. Cuando se atiende tanto a la finalidad de la acción como a las circunstancias de la situación en la que se lleva a cabo, el resultado no es un protocolo de alcance universal sino una amplia gama de buenas prácticas. En tercer lugar, el cambio cultural debe darse también en el ámbito cívico en general. De poco servirá que los profesionales se formen y traten de actuar conforme al principio de cuidar sin sujetar si los ciudadanos priman sistemáticamente la seguridad física de la persona sobre su bien integral.

Salta a la vista que ese cambio cultural no solo exige tiempo, como todos los de este tipo, sino que se presenta como sumamente improbable, habida cuenta de su choque con algunos de los presupuestos más arraigados en la cultura hegemónica: el productivismo, el hedonismo, el individualismo y el afán de absoluta seguridad. De ahí que los

cambios normativos en este campo, para no resultar estériles, deben ir precedidos y acompañados de un cambio cultural en los tres ámbitos mencionados, estrechamente relacionados entre sí.

G. Principio de salvaguarda de la vida y la seguridad

Frente al mundo actual, dominado por la lógica disyuntiva de la tecnología digital, conviene subrayar el primado de la lógica analógica, propia de lo humano. Según ella, la acción humana no consiste principalmente en ejecutar reglas o aplicar mecánicamente protocolos, sino en informar la acción humana por principios que, en ocasiones, pueden aparecer como contrarios. Así podría pensarse que, en el asunto de las sujeciones que nos atañe, los principios de seguridad física y libertad de movimientos colisionan y solo cabe superar esa confrontación primando uno de ellos y descartando el otro. No es así. Ambos principios deben inspirar el trato con las personas mayores en las residencias. De un lado, es imperativo salvaguardar su vida y seguridad para evitar caídas con un desenlace fatal o con graves consecuencias para las condiciones de vida. De otro, esa protección no se puede hacer sujetando a la persona e impidiendo que pueda moverse por sí misma. Ambos principios, por tanto, están llamados a conciliarse para que la persona mayor pueda vivir libremente y con seguridad. Esa libertad segura exige disponer de recursos humanos y materiales idóneos. De los primeros ya se ha dicho algo cuando hemos mencionado la exigencia de un cambio cultural. De los segundos tratamos a continuación.



H. Principio de diseño universal o diseño para todos

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) es uno de los grandes avances en el reconocimiento efectivo de los derechos humanos a escala universal. Es uno de los instrumentos jurídicos internacionales que mayor número de ratificaciones ha alcanzado y está logrando que la mayoría de los países adapten sus propias normativas a los principios de la Convención. En ella se define a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (art. 1). Es indudable que muchos de los mayores que viven en residencias y a los cuales se plantea sujetar entran de pleno en esta definición. Pues bien, en la Convención se contienen una serie de exigencias que resultan plenamente aplicables a los mayores institucionalizados, entre las que resulta pertinente destacar la que exige que “Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliar, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta” (art. 19,b). Por tanto, las personas tienen derecho a una asistencia residencial y personal que evite su aislamiento o separación de la comunidad.

Pero, además, la Convención hace referencia a lo que denomina “diseño universal”, que define como “el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de

adaptación ni diseño especializado” (art. 2). De acuerdo con ello, las residencias (incluyendo habitaciones, baños, camas, sillones...) deben diseñarse de modo que su uso sea seguro para cualquier persona, sin perjuicio de sus dificultades para controlar sus movimientos. Y para los casos en los que eso no sea posible, la misma Convención dispone que se deberán llevar a cabo los “ajustes razonables”, entendiendo por tales “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (art. 2).

Diseño universal, ajustes razonables y asistencia personal son los tres grandes recursos que emergen como alternativa a las sujeciones. De entre ellos, deberá primarse el diseño universal porque contribuye a garantizar la igualdad efectiva y la plena inclusión de las personas mayores institucionalizadas y que presentan dificultades para moverse sin riesgo.



Bibliografía consultada:

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (AEBOE). Constitución Española [internet]. Madrid: AEBOE; 1978 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <https://boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [internet]. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 2006 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crpd_SP.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [internet]. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 1948 [acceso 22 junio 2022]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NRO/046/82/PDF/NR004682.pdf?OpenElement>

Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina [internet]. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1996 [acceso 2 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes. Barcelona: Ediciones Paidós; 2001.

UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [internet]. París: UNESCO; 2006 [acceso 2 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>



6/Nueva cultura de cuidado. Modelo de cuidado que no sujeta.

6.1 ELIMINAR SUJECIONES FÍSICAS

Como ya se ha dicho, hasta hace poco el uso de sujeciones físicas ha estado normalizado en la atención a las personas mayores, en especial a las personas mayores con demencia, en aras a prevenir y evitar el riesgo de caídas. Sin embargo, consideramos que son prácticas a extinguir, a pesar de que en España todavía están muy extendidas, ya que confrontan con algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad, y con algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal. Por todo ello, la gestión de las sujeciones se debe realizar desde el enfoque de la Atención Centrada en la Persona, que pone en el centro a la persona cuidada.

La tendencia general es desarrollar medidas que tiendan a la eliminación de las sujeciones y, en todo caso, velar por que su uso sea realmente solo en casos excepcionales.

Partimos de la base de que queremos un modelo de cuidado que no sujete y venimos de un modelo donde se sujeta, aunque llevamos más de una década donde la sensibilización hacia la no sujeción cada día es más creciente.

El uso de las sujeciones, un procedimiento que confronta, no siempre se lleva a cabo con la racionalidad que sería deseable, detectando un uso indiscriminado que supera en las residencias de personas

mayores el 50% de los residentes, a veces con escaso control o supervisión sobre estas personas, y en otras ocasiones acaban utilizándose con fines ajenos a la protección del propio paciente, para conseguir objetivos organizativos o ambientales del entorno, el cumplimiento de los horarios rutinarios de las instituciones, así como para evitar la supervisión continua de las personas deambuladoras erráticas, etc.

En el Documento de Consenso del 2014 se preguntó: ¿hemos prevenido realmente las sujeciones? ¿han descendido las sujeciones en los centros en los que se han implantado protocolos? o, por el contrario, ¿simplemente se ha adquirido una patente de corso o autorización para sujetar con absoluta seguridad jurídica? A estas preguntas ya podemos darles respuestas. También en el mismo documento, se habla en el punto 5, Prevención de las sujeciones, y en el punto 9, Programas de prevención y eliminación de sujeciones, de una serie de sugerencias, recomendaciones y consejos sobre la implantación de estrategias integradas o acciones multicomponentes que inciden de forma coordinada y sinérgica sobre los distintos factores que influyen en el uso de las medidas de sujeción que, después del tiempo transcurrido, podemos asegurar que su efectividad perdura y siguen siendo igual de recomendables.



Para no sujetar tenemos varias líneas de trabajo:

- » No poner sujeciones. **Prevención.**
- » Eliminar las sujeciones ya prescritas o que se estén utilizando. **Quitar.**
- » **Mantener** el centro sin sujeciones.

Para cada una de las acciones debemos tener un **protocolo de actuación claro y específico**. Con un Objetivo común para las tres líneas de trabajo: **No utilizar sujeciones.**

El proceso de eliminación de sujeciones no es un proceso en el que simplemente se ofrecen alternativas a ese uso de sujeciones, sino que implica un cambio en la cultura de la organización y en su percepción de las sujeciones, un cambio en sus comportamientos y, sobre todo, un cambio en el concepto de cuidado. En esta línea consideramos necesario el establecimiento de una serie de medidas que conducirán a que el cambio se produzca.

Las actuaciones que nos planteemos realizar deben ser individuales y específicas para cada centro, según su situación al inicio de la implantación de nuestro objetivo (por lo que es necesario un estudio o diagnóstico inicial del centro). También deben plantearse actuaciones y medidas generales que nos permitan tener una buena base de trabajo y realizar una valoración integral de la persona, de forma individualizada, centrándonos en su riesgo de caídas, sus capacidades físicas y sus necesidades.

El uso de sujeciones está extendido por todos los ámbitos asistenciales, si bien es cierto que no son los mismos factores los que influyen en cada ámbito, ni pueden ser las mismas medidas las que sirvan para incidir sobre esa práctica.

En las residencias, la principal razón para aplicar sujeciones físicas son las caídas y en las unidades de cuidados intensivos de hospital no, como tampoco son las caídas la razón por la que se sujeta en una unidad de psiquiatría o de pediatría de un hospital de agudos.

Proponemos protocolos o normas de trabajo que se consideran capaces de provocar una reducción de uso. Se marca como objetivo llegar a ser centros totalmente libres de sujeciones y que el proceso para llegar a ese punto puede ser diferente. Lo importante no es la retirada de las sujeciones existentes, sino hacer que exista un escenario propicio para no tener que utilizarlas en ese centro. Es muy importante el diseño e implantación de Programas de Formación a Organizaciones Sanitarias, Sociosanitarias y Sociales.

Será necesaria la puesta en marcha, por parte de la Administración Pública, de campañas de sensibilización, dirigidas tanto a la sociedad como a las organizaciones que cuidan, para el no uso de sujeción y el desarrollo de un modelo centrado en la persona.

Hay estudios que concluyen que la relación entre la ratio de personal y la calidad de la atención en residencias de personas mayores no es únicamente lo que garantiza una mejor atención. La clave está en una combinación de las competencias, funciones y compromiso por parte del personal, es decir, disponer de profesionales suficientes y cualificados.

El cambio que las organizaciones que cuidan deberán experimentar será complicado, por lo que requerirá del desarrollo de programas Formativos y de Acompañamiento y Asesoramiento a los centros que atienden a personas mayores dependientes, apoyados y favorecidos en su desarrollo por la Administración



Pública, y de una formación continuada de los profesionales que estimulen la reflexión y un cambio en la forma de ver, relacionarse y comunicarse con las personas que cuidan.

Los programas formativos deberán incluir temática relacionada con la educación y sensibilización ética, el respeto a los derechos de las personas dependientes, la atención centrada en la persona y la calidad de vida, la retirada de sujeciones, la generación de entornos seguros, el desarrollo de terapias no farmacológicas y de hábitos higiénicos relacionados con la alimentación y el ejercicio físico.

Se ha comprobado en diversos estudios que solo la formación no ha servido para cambiar el uso de sujeciones de forma consistente y definitiva, ya que los principales determinantes del uso de sujeciones y de su normalización no son de carácter técnico, sino de mentalidad, organizativos, socioculturales y, sobre todo, de actitud.

Por supuesto deberían tratarse también estos contenidos en la enseñanza reglada, sobre todo en los futuros profesionales de la sanidad y de servicios sociales. Conseguiríamos profesionales ya sensibilizados sobre el no uso de las sujeciones.

Para ayudar al proceso de cambio, de forma que las organizaciones se vean apoyadas, y mostrar el compromiso de la administración con la no sujeción, se proponen una serie de medidas que estimulen la **eliminación de las sujeciones:**

A. Ayudas y Subvenciones:

- » Ayudas a la Formación de las Organizaciones.
- » Ayudas a la Formación de las Familias.

- » Ayudas a las Adecuaciones Físicas Estructurales.
- » Ayudas para la adquisición de Ayudas Técnicas y Mobiliario Especial.
- » Ayudas para la adquisición de Tecnología.
- » Ayudas para la Adecuación Ambiental y Terapéutica del Centro (desarrollo de terapias no farmacológicas y desarrollo ambiental).
- » Ayudas a Evaluaciones o Certificaciones externas.

B. Adopción de Medidas Legales y Administrativas:

- » Introducción de Criterios de cuidados sin sujeción en la Autorización y Acreditación de centros y servicios.
- » Disponer de directrices y/o Manuales de Buenas Prácticas que orienten los cuidados desde una mirada ética, la protección de los derechos y el respeto a los valores individuales.
- » Introducción de Criterios de cuidados sin sujeción (criterios de calidad de vida en el cuidado y de cuidado centrado en la persona) en la Inspección de centros y servicios.
- » Desarrollo de Concursos públicos (convenios, concertación de centros, etc.) con medidas que favorezcan el cuidado sin sujeción objetivamente demostrado por evaluaciones, certificaciones, acreditaciones externas o por criterios de inspección pública.



C. Adopción de otras Medidas Legales:

» Regulación legal exhaustiva y restrictiva del uso de sujeción:

- Desarrollar en los centros registros y establecer la obligatoriedad de la recogida de información, tanto en lo referente al uso de sujeción (pauta de uso, razones que la justifican, duración, medidas de control, profesional que pauta, etc.), como al número de sujeciones, prevalencia, etc., ya sean físicas o farmacológicas
- Adopción de medidas legales para quien imponga sistemas de sujeción sin consentimiento, sin autorización legal o sin razón.
- En el ámbito sanitario: la aplicación de sujeción solo se restringirá al tiempo de permanencia del paciente en el centro sanitario y nunca se indicará para su aplicación más allá del alta.

» Desarrollo de Decretos de Obligatoriedad de implantación del compromiso de aplicación y evaluación de Programas de no uso de sujeciones.

» Regulación legal exhaustiva para la protección de los derechos de las personas dependientes:

- Establecer la obligatoriedad de todos los centros españoles de **visibilizar públicamente** el derecho que poseen los/as usuarios a solicitar ser cuidados sin sujeciones con las mismas garantías de cuidado que empleándolas.
- Obligatoriedad de que la organización promueva el desarrollo de las Voluntades

Anticipadas de cada persona que le permiten decidir cómo quiere ser cuidada y su inclusión en el PIA (Plan Individualizado de Atención) o en la documentación de ingreso.

- Regular los internamientos involuntarios en el caso de los ingresos residenciales de las personas mayores más allá de lo recogido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Los centros deben instaurar sistemas de información con registros de todas las sujeciones que excepcionalmente se utilizan en los mismos, las personas en las que se usan, el preceptivo consentimiento informado escrito del usuario, de sus representantes legales o en su defecto de la familia; horarios en los que debe usarlo, condiciones de uso y supervisión o cuidados complementarios que deben guardarse en aquellas personas que las usan. Así mismo, estos registros consignarán el período de tiempo durante el cual se pautan las medidas de sujeción y en el que, de forma inexcusable, serán revisadas y reevaluadas para determinar la continuidad o no de las mismas, para evitar su uso mantenido “sine die”. Del mismo modo, los centros deben incluir registros de caídas y accidentes. Debería ser obligatorio que el centro sea tan seguro como cualquier otro, o más, algo que se valora con la incidencia de caídas y la incidencia de fracturas de cadera por caídas.

Los registros de sujeciones deben contener, de forma exhaustiva, los efectos adversos y complicaciones secundarias por el uso de estas, bien sea de forma directa, como son las lesiones, erosiones, laceraciones, heridas, desgarros, atrapamientos, isquemias, hematomas, edemas, estrangulamientos de estructuras orgánicas diversas, o bien indirecta, como



pueden ser la atrofia muscular, rigidez o anquilosis, el síndrome de inmovilidad, la incontinencia secundaria, estreñimiento, lesiones cutáneas por presión, infecciones, pérdida de la autoestima y de la dignidad con trastornos psicoafectivos (ansiedad-depresión), estrés, inquietud, agitación y agresividad, etc.

D. Gestión de Medidas de Control

Los centros deben dotarse de mobiliario adecuado, especialmente camas bajas en las que no sea necesario utilizar barandillas laterales de cama, ni cinturones abdominales para evitar que estas personas puedan levantarse y caerse durante la noche, que es el momento en el que hay menor presencia física de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) o gerocultores que puedan vigilar los movimientos de los usuarios y pacientes.

Asimismo, deberán disponer de sillas y sillones de estar ergonómicos que sean cómodos y que favorezcan los movimientos de incorporación al levantarse.

Existen sistemas tecnológicos de seguridad, como dispositivos de control de errantes, cámaras de control y arcos de seguridad que permitan tener vigiladas a las personas con riesgo de siniestros, evitando los accidentes, pérdidas y escapes.

A medida que se doten los centros de mobiliario, camas bajas y sistemas tecnológicos de seguridad, deben ir disminuyendo las sujeciones, proporcionalmente, hasta llegar a desaparecer. Es un contrasentido incrementar estos sistemas y que al unísono aumenten o perduren los dispositivos de sujeción mecánica o farmacológica.

Los Servicios de Inspección, Autorización y Acreditación, así como los Servicios de Inspección de Calidad,

deben inspeccionar y auditar periódicamente los centros residenciales, fomentando una filosofía o cultura “libre de sujeciones” e introduciendo criterios de inspección de un cuidado que no sujeta, observando las estructuras arquitectónicas, equipamientos, tecnología, dotación de recursos humanos, uso de sujeciones y la calidad asistencial, velando por que se cumpla la adecuación y los ratios de personal, en función de las características de los usuarios a los que atienden, e implantando fórmulas imaginativas de incentivación positiva, como otorgar premios a la calidad, a los centros con control racional o ausencia de sujeciones y a los programas de mejora para la reducción-eliminación de las mismas e incluso otorgando ciertos puntos de mejora en las licitaciones públicas para la concertación de plazas residenciales.

E. Más medidas de carácter Legal

El uso de sujeciones confronta con derechos fundamentales de la persona, constitucionalmente protegidos (Art. 10, 15 y 17 de la Constitución Española), como la libertad, y con principios o valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal; y además, la comunicación por parte de los centros de las medidas de sujeción al Juzgado o a la Fiscalía no hace más que poner de relieve la estrechísima relación de esta práctica con los aspectos jurídicos, normativos, judiciales y legislativos. Ahora bien, pese a ello, no existe un marco normativo o legislativo específico y común a nivel estatal, ni una doctrina o posicionamiento jurídico común, encontrando resoluciones judiciales dispares ante hechos similares.



Algunos organismos y entidades en las Comunidades Autónomas han implantado Protocolos de Sujeciones, a través de circulares, instrucciones o resoluciones, que desafortunadamente en muchos casos no han hecho más que convertirse en una especie de aval que confiere una “mal entendida” inmunidad o “patente de corso” para sujetar.

Deberían existir bases legales para que se pueda impedir un uso diario de sujeciones físicas, y que no puedan utilizarse por conveniencia o disciplina. La normativa también puede servir para incentivar a que los centros eliminen el uso de sujeciones físicas, ya sea con un sistema de transparencia de indicadores de calidad, o reconociendo el mérito de trabajar sin sujeciones, teniéndolo en cuenta en los conciertos o contratos de gestión.

Una legislación más general, que regule el funcionamiento de las residencias en España, podría tener efecto en el uso de sujeciones, como sería el caso de establecer las condiciones que tiene que cumplir un centro para admitir a personas con demencia, o de obligar a los centros a dejar un porcentaje de sus plazas siempre libres. Esto permitiría que se puedan realizar reubicaciones en casos especiales de alteraciones de conducta o de actividad nocturna de algún residente.

Las sujeciones pueden estar tapando la poca idoneidad de los centros para cuidar a pacientes con demencias avanzadas.

Los requerimientos legales para el uso de las sujeciones deben tener un efecto disuasorio para utilizarlas, requisitos que eviten que las sujeciones hagan más fáciles las cosas en el centro, requisitos que hagan complicado su uso a los trabajadores y a la organización, de tal manera que les salga caro, en términos de esfuerzo y ajustes organizativos, todo ello enfocado a evitar cualquier efecto negativo en la persona

objeto de sujeción.

Y para que su aplicación sea exitosa, también será necesaria la formación y capacitación de jueces, fiscales y profesionales del derecho.

F. Coordinación Sociosanitaria en Materia de Sujeciones

Las instituciones, organismos, entidades y empresas encargados de prestar atención y cuidados integrales y continuados deben garantizar la continuidad de estos entre los diferentes niveles asistenciales, sin vacíos asistenciales y de una forma humanizada a lo largo de los mismos, independientemente de la red a la que estos pertenezcan (salud, servicios sociales, sociosanitario, servicios de salud mental, servicios de urgencia, etc.). Solo así se podrá dar continuidad a la planificación de los cuidados.

En el caso concreto de las sujeciones, y con el objetivo de que se pueda mantener la no sujeción a lo largo de toda la cadena de cuidado, se compartirán criterios asistenciales comunes en cuanto a la prescripción, autorización-consentimiento, metodología de aplicación, cuidados complementarios, etc.

Los programas de eliminación de sujeciones han demostrado que pueden conseguir centros sin sujeciones y que son más seguros. Para conseguir su implantación es necesario cambiar principios fundamentales de la organización y estructura de los centros.

Eliminar las sujeciones es una propuesta de erradicación de ellas, lleve el tiempo que lleve y mediante el proceso y el camino que necesite cada centro, enfocándolo desde una perspectiva de crear un escenario en el centro que sea propicio para no tener que necesitarlas.



Bibliografía consultada:

- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (AEBOE)*. Constitución Española [internet]. Madrid: AEBOE; 1978 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <https://boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
- Beltrán JL*. El uso de sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos: derechos fundamentales afectados y garantías. *Rev Aranzadi Doctrin*. 2011;8:91-104.
- Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP*; International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435.
- Bové J, Cardona X, Rodríguez J, Segura A, Vergés L, Vidal M*. Documento de reflexión sobre contenciones [internet]. Barcelona: Departamento de Bienestar Social y Familia. Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña; 2015 [acceso 20 abril 2022]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/RefelxionesContencionesCEticaCatalunya.pdf>
- Burgueño AA, Iborra I, Martínez P, Pérez V*. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas: Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. *Agathos*. 2008;8(1):4-11.
- Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA*. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(3):334-41. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01082.x.
- Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK*. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):90-6. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50013.x.
- Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G*. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998;53(1):M47-52. doi: 10.1093/gerona/53a.1.m47.
- CEOMA*. Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Madrid: CEOMA; 2013 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1-resumen_del_programa_desatar.pdf
- Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA*. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):29. doi: 10.1186/s12877-017-0421-8.
- Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Penelo E*. Prescripción facultativa y consentimiento informado ante el uso de restricciones físicas en centros geriátricos de las Islas Canarias. *Gac Sanit*. 2018;32(1):77-80. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.09.010.
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA*. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(5):322-30. doi: 10.1111/jnu.12087.



- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Pérez Hernández DG, Gando y Crego M.* Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(5):209-15. doi: 10.1016/j.regg.2013.01.005.
- Fariña-López E, Camacho AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros M.* Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44:262-265. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.010.
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E.* Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43(4):201-207. doi: 10.1016/s0211-139x(08)71183-1.
- Fundación Cuidados Dignos. Proyecto Libera-Care [internet].* Gernika: Fundación Cuidados Dignos; 2010 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en <https://cuidadosdignos.org/proyectos-sociales>
- Fundación María Wolff.* Cuidados sin sujeciones físicas [internet]. Madrid: Fundación María Wolff; 2021 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <https://mariawolff.org/programas/cuidados-sin-sujeciones-fisicas/>
- Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al.* Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43(4):208-13. doi: 10.1016/S0211-139X(08)71184-3.
- Kim SK, Park M.* Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* 2017 Feb 17;12:381-397. doi: 10.2147/CIA.S117637.
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A.* Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing.* 1997;26 Suppl 2:43-7. doi: 10.1093/ageing/26.suppl_2.43.
- Moore K, Haralambous B.* Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs.* 2007;58(6):532-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04298.x.
- Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, Tomás JF, Olazarán J.* Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(7):633-9. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.011.
- Pascual J. Si Cuidas No Sujetes. Guía Básica para Profesionales [internet].* Valencia: Asociación Dignitas Vitae; 2016 [acceso 17 abril 2020]. Disponible en: <https://dignitasvitae.es/ebook-si-cuidas-no-sujetes>
- Redacción Médica. Nace la Plataforma Nacional Sin Sujeciones para luchar contra esta práctica [internet].* 2017 [acceso 17 abril 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/dependencia/nace-la-plataforma-nacional-sin-sujeciones-para-luchar-contra-esta-practica-1841>



Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18(1):33-38. doi: 10.1016/S1134-282X(03)77570-8.

Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal* 2012;38(1):28-31. doi: 10.1016/j.reml.2011.11.002.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2014 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns, and predictors. *JAMA*. 1991;265(4):468-71.



6.2 ELIMINAR SUJECIONES QUÍMICAS - RACIONALIZACIÓN Y USO CORRECTO DE PSICÓTROPOS

Sujeciones químicas en personas mayores

El concepto de sujeción o contención química (o farmacológica) admite varias definiciones en las que influyen no solamente los contenidos de la bibliografía científica sobre este tema, sino también las diferentes leyes y regulaciones en el contexto en el que se aplica. Se incluyen técnicas relacionadas con distintas denominaciones como contención química, contención farmacológica, control farmacológico agudo o tranquilización rápida.

En general, la sujeción química hace referencia a la administración de ciertos fármacos para contener la conducta de pacientes agitados que pudiera ser peligrosa para sí mismos o para otros, incluyendo el personal del equipo que lo atiende. Sin embargo, más allá del control de una conducta potencialmente peligrosa, la administración de un fármaco se considera contención química cuando se utiliza para sedar a un paciente agitado o agresivo y no directamente por razones terapéuticas. Es precisamente en este segundo matiz, el uso “no directamente por razones terapéuticas”, donde puede aparecer un riesgo de uso inadecuado y también abuso de las contenciones químicas. Por ello, algunos organismos, como el Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), consideran sujeción química “cualquier fármaco usado para restringir la libertad de movimientos o para el control conductual urgente, pero que no es un tratamiento habitual (estándar) para esa enfermedad o esa sintomatología

clínica psiquiátrica”. En este sentido, por ejemplo, utilizar un antipsicótico para el tratamiento de síntomas como la deambulación sin rumbo, la agitación no psicótica, la inquietud psicomotriz o para los trastornos del sueño, por citar solamente algunos síntomas que suelen aparecer en personas que sufren demencia, se podría considerar una sujeción y contención mecánica fuera de indicación e inadecuada.

Algunos fármacos, fundamentalmente antipsicóticos y benzodiacepinas, presentan efectos secundarios sedativos, más allá de sus indicaciones (antipsicóticas y ansiolíticas, respectivamente). Y es la búsqueda deliberada de este efecto adverso sedante el motivo de la aplicación de algunos de estos fármacos en determinadas situaciones.

Por tanto, existe un uso de psicofármacos utilizado bajo el amplio concepto de la “sujeción o contención química, tanto en su uso para indicaciones no habituales y no indicadas clínicamente como en dosis elevadas encaminadas más a un efecto sedante y de control conductual que de alivio sintomático. Este tipo de tratamientos deberían intentar eliminarse de la práctica habitual.

Del mismo modo, la utilización prolongada de psicofármacos sedantes en los mayores para mantener este “control conductual” debería restringirse tanto con el objetivo de cumplir con una buena praxis como en el mantenimiento del principio de no maleficencia, evitando el empeoramiento



cognitivo y funcional de estos pacientes, así como los graves efectos secundarios asociados al uso de estos fármacos en población geriátrica.

Puntos clave:

- » Las personas adultas mayores son especialmente vulnerables a los efectos secundarios de los psicofármacos sedantes.
- » Son, además, un colectivo que sufre con elevada prevalencia enfermedades que afectan a sus capacidades cognitivas con importante repercusión conductual.
- » Parte de las personas mayores viven en centros residenciales en los que se utilizan psicofármacos de forma, frecuentemente, indiscriminada para un control, sobre todo, conductual para el que probablemente éstos no son los tratamientos indicados y, en todo caso, no se han utilizado los tratamientos no farmacológicos indicados en todas las guías y protocolos como la primera elección para este tipo de sintomatología.
- » Por tanto, debería prevenirse y evitarse el abuso de psicofármacos sedantes (especialmente antipsicóticos y benzodiacepinas) en los mayores, principalmente en los centros residenciales, pero también en los domicilios y en los hospitales, donde el riesgo de utilización a dosis inadecuadas superiores a las recomendadas durante tiempo prolongado y sobre patrones de comportamiento en los que no se ha ensayado previamente el tratamiento ambiental, conductual y no farmacológico puede ser más elevado.



Bibliografía consultada:

Sociedad Española de Psicogeriatría. Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el Uso de Antipsicóticos en Personas de Edad Avanzada [internet]. Barcelona: Sociedad Española de Psicogeriatría; 2017 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: <https://www.sepg.es/assets/img/web/Documento%20SEPG%20antipsicoticos.pdf>

Currier GW. The controversy over “chemical restraint” in acute care psychiatry. *J Psychiatr Pract.* 2003;9(1):59-70. doi: 10.1097/00131746-200301000-00006.

Enberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist.* 2008;48(4):442-452. doi: 10.1093/geront/48.4.442.

Negroni AA. On the concept of restraint in psychiatry. *Eur J Psychiatr.* 2017;31(3):99-104. doi: 10.1016/j.ejpsy.2017.05.001.

Okuno T, Itoshima H, Shin JH, Morishita T, Kunisawa S, Imanaka Y. Physical restraint of dementia patients in acute care hospitals during the COVID-19 pandemic: A cohort analysis in Japan. *PLoS One.* 2021; 22;16(11):e0260446. doi: 10.1371/journal.pone.0260446.

Peisah C, Skladzien E. The use of restraints and psychotropic medications in people with dementia. A report for Alzheimer’s Australia. Paper 38 [internet]. Australia: Alzheimer’s Australia Inc.; 2014 [acceso 20 junio 2022]. Disponible en: https://www.dementia.org.au/sites/default/files/Publication_38_A4_print_version_Web.pdf

Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the use of Antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with Dementia. *Am J Psychiatry.* 2016;173(5): 543-546. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.173501.

Sze TW, Leng CY, Lin SKS. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev.* 2012;10(5): 307-351. doi: 10.11124/jbisrir-2012-4.



7/Actuaciones a desarrollar para avanzar hacia un modelo basado en derechos, un modelo que no sujeta.

Actuaciones necesarias para alcanzar el modelo de cuidado:

7.1 EN LAS ORGANIZACIONES

7.1.1 Prevención y Eliminación de Sujeciones Físicas.

El uso continuado de los sistemas de contención física disminuye la calidad de vida de las personas. Estar inmovilizado durante largos periodos de tiempo puede provocar problemas como úlceras por presión, incontinencia y atrofia muscular, entre otros.

Eliminar las sujeciones físicas no solo no incrementa significativamente el riesgo de lesiones por caídas, sino que además mejora la situación médica y psicológica de las personas mayores.

La mejor forma de evitar el uso de sujeciones es la prevención:

» Adecuación información al ingreso

- En las reuniones previas al ingreso y/o en la del ingreso, si el nuevo residente tiene capacidad para entenderlo, se le informará de la política de eliminación de sujeciones del centro.
- También se incluirá dicha política en el documento de derechos y deberes de los residentes y en los del centro.

» Adecuación estructural física

- Los espacios deben ser abiertos, para facilitar la deambulación, sin obstáculos.
- En cuanto a la noche, siempre recomendado, mantener luces rojas encendidas o de muy baja intensidad y siempre cerca del suelo, para evitar deslumbramientos.

» Adecuación estructural organizativa

- La programación de actividades de ocio, rehabilitadoras, de memoria, deben ser prioritarias en el día a día, de modo que el tiempo esté bien estructurado con la mayor cantidad de actividades posibles.

» Adecuación de personal

- Importancia de ratio de personal por paciente. Debe ser adecuado para asegurar una correcta atención.
- Importancia de la formación a todo el personal y a la familia. Esta formación es uno de los pilares.

» Adecuación del residente

- Uso adecuado de calzado.
- Gafas y audífonos.
- Rehabilitación para fortalecimiento de masa muscular.



» Reuniones de equipo

- Se expondrán todos los riesgos y se podrán tomar decisiones consensuadas entre todo el equipo técnico. Solo con la participación de todos los componentes del equipo se pueden lograr los objetivos: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeras, médicos, psicólogos...

7.1.2 Prevención y Eliminación de Sujeciones Químicas.

El manejo no farmacológico de los SPCD (Síntomas psicológicos y conductuales en la demencia) presenta en el momento actual un reconocimiento como parte fundamental en el tratamiento. Resulta también clave trabajar la tolerancia de los cuidadores a los trastornos del comportamiento, de forma que se asuman como sintomatología propia de la enfermedad siendo necesario aprender a acompañar al usuario y no tanto a anular sus conductas.

Los objetivos principales serían la prevención, la mejora del síntoma y la reducción del estrés y sobrecarga del cuidador. Múltiples organizaciones y grupos de expertos recomiendan el empleo de las estrategias no farmacológicas como primera medida en el tratamiento de estos síntomas, siendo de gran utilidad el denominado esquema “Describe, investiga, create and evaluate” (DICE), aplicable a cualquier tipo de demencia.

El primer paso a la hora de comenzar a retirar sujeciones químicas es crear un Plan de Uso Racional de los Psicofármacos: Será necesario acometer la

revisión, el control y el uso racional de las benzodiacepinas y los antipsicóticos, que son los medicamentos más utilizados en España con fines restrictivos en pacientes con demencia, generalmente para evitar alteraciones conductuales.

En la racionalización de su uso, será necesario tener cuantificado (como indicador de calidad) el número de pacientes con psicofármacos y la dosis empleada.

7.1.3 Cuidar sin sujetar en distintos niveles asistenciales. Residencias.

Cuidar sin sujeciones supone un cambio de paradigma, no sólo una readaptación de los espacios, sino también el desarrollo de planes formativos para todos los profesionales sanitarios y familiares de los residentes, así como una personalización al máximo de los cuidados.

Solo la formación ha servido para cambiar el cuidado hacia el no uso de sujeciones de forma consistente y definitiva, ya que los principales determinantes del uso de sujeciones, y de su normalización, no son de carácter técnico, sino de mentalidad, organizativos, socioculturales y, sobre todo, de actitud.

La razón fundamental por la que se intenta justificar el uso de dispositivos de limitación física consiste en proteger de caídas y accidentes. Sin embargo, muchos estudios contradicen a esa idea, demostrando que el riesgo de accidentes y caídas graves aumentan con el uso de sujeciones. La experiencia de muchos profesionales sanitarios sugiere que, con frecuencia, pueden alcanzarse los objetivos sin recurrir a sujeciones, evitando así sus efectos colaterales negativos

Hay que adaptarse a cada persona en



función de sus circunstancias, respetando su dignidad, su autonomía y su independencia.

Se pueden observar beneficios directos tras la retirada de una sujeción, reducción de problemas asociados, como el estrés severo, edemas, úlceras por presión, alteraciones sensoriales o el deterioro de las actividades de la vida diaria entre otros.

El éxito de este planteamiento asistencial reside en el desarrollo de un programa de formación integral y continuado a los trabajadores y también a los familiares de los residentes.

La formación de los trabajadores debe ser amplia, formación en demencias, en trastornos de conducta y su manejo, disfagias, manejo de conductas desafiantes, prescripción adecuada de psicofármacos, programas de prevención de caídas.

La formación a las familias debe ir encaminada a descubrir cuáles son los beneficios de este modelo y mostrar cómo actuar en los nuevos espacios libres de sujeciones y cómo interactuar con residentes que muestran conductas desafiantes o agresivas.

Los beneficios se comienzan a valorar al poco tiempo; se observa una reducción de úlceras por presión, de autolesiones, infecciones, estreñimiento, atrofas musculares, una importante reducción del número de caídas y la práctica desaparición de caídas con consecuencias graves.

También se observa una mejora en los cuadros de agitación psicomotriz, angustia, agresividad, apatía, equilibrio y deambulaci3n, así como la mejora en el estado general de salud, con el consecuente aumento de satisfacci3n

tanto de los usuarios como de sus familias, y una sensible disminuci3n del burn out del personal auxiliar.

7.2 EN LA SOCIEDAD

En la edad media se pensaba que el cintur3n de castidad era beneficioso, se utilizaba para evitar infidelidades, así como también para evitar la violaci3n..., lo que no decían es que el uso de éste durante unas horas o a lo sumo varios días era maleficiente ya que la mujer que lo llevaba puesto solía morir por infecci3n. Con el paso del tiempo, podemos decir que el pensamiento de la sociedad ha ido evolucionando y, en este contexto, indicar que se debe dar un paso más para seguir avanzando, caminar hacia una cultura de no sujeciones, comprendiendo que es inherente para garantizar los derechos y libertades de las personas, que merecen protecci3n y que puedan vivir su vida con respeto, igualdad, dignidad y seguridad.

Todos los cambios que acontecen en el pensamiento de los individuos se realizan mediante un proceso madurativo y qué mejor que poder realizarlo con una base sólida a través del aprendizaje, sensibilizaci3n y formaci3n, y siendo todos responsables de ser garantes de los derechos y libertades de la persona dependiente que se tenga a cargo.

Todas las personas somos dependientes o, dicho de otra manera, somos "interdependientes", necesitamos del otro para llevar a cabo nuestro proyecto de vida y, en ocasiones, de algunos apoyos para lograr una vida buena.

Es importante empoderar a la persona, fortalecer sus capacidades, promover su autodeterminaci3n, conocer y respetar sus valores y llegar a asumir el riesgo que la



propia vida conlleva. Promover y facilitar la planificación compartida de la atención, con familia, con profesionales, ..., es decir, con las personas que tienen un vínculo con la persona, ayuda a conocer los valores, preferencias y deseos que tiene la persona sobre cómo quiere vivir, cómo quiere ser cuidada y cómo quiere morir.

Como hemos comentado, es importante anticiparse y realizar una adecuada planificación de cuidados. No olvidemos que España es uno de los países europeos en los que se dedica más horas al cuidado de personas dependientes, por lo que una buena organización será crucial para atender adecuadamente a la persona y no llegar a tener sobrecarga del cuidador.

Por ello, se hace necesario solicitar apoyos, tanto formales como informales, y delegar tareas de cuidado para evitar que, por una mala organización, planificación de cuidados y falta de información y formación, se haga uso de una sujeción inadecuada a una persona que tengamos a nuestro cargo.

Por lo tanto, es imprescindible dotar a la sociedad de información, formación y herramientas que permitan afrontar las situaciones que van surgiendo en las diferentes etapas de cuidado de una persona y puedan crear estrategias que les ayuden a hacer frente a la incertidumbre de lo que pueda surgir.

La sensibilización en nuestra sociedad es un tema que viene con retraso y, por ende, no se está dando respuesta a los ciudadanos, asociaciones, que expresan su preocupación por un futuro en el que no se tiene una información efectiva sobre un tema tan preocupante como es el uso de sujeciones y que nos afecta a todos de una u otra manera.

Las personas que más riesgo tienen de sufrir una sujeción son las personas con

demencia, sobre todo porque se les quiere proteger para que no se caigan o porque son difíciles de manejar. Sin embargo, a las personas que cognitivamente están bien, aunque se caigan, no se les sujeta. Esto se da, sobre todo, en el ámbito residencial, aunque también ocurre en el ámbito hospitalario y en el domicilio.

Tanto los profesionales como las familias tenemos que entender que las personas se pueden caer y que hay que asumir cierto nivel de riesgo controlado ya que, en el afán de evitar las caídas, podemos ser excesivamente restrictivos y esto repercute en el bienestar de la persona mayor. Hay que buscar un equilibrio entre libertad, seguridad y bienestar de la persona. Vivir conlleva riesgos, el riesgo cero no existe. Esto es importante tenerlo en cuenta ya que es parte esencial de un buen cuidado.

Cada vez surgen más normativas que regulan el uso de sujeciones, tanto físicas como farmacológicas en el ámbito sanitario, y sobre todo en el de los servicios sociales, pero tanto la sociedad como los legisladores están convencidos, cada vez más, de que aquí subyace una vulneración de derechos fundamentales y que no se trata de garantizar un buen uso de las sujeciones sino de reconocer el derecho de la persona a no ser objeto de sujeciones, dejando estas solo para supuestos excepcionales.

Es necesario llevar a cabo campañas de sensibilización, para que se pueda tomar conciencia como ciudadano/a y sociedad en general que el uso de sujeciones es maleficiente, conlleva una serie de riesgos e incluso una mayor morbilidad y mortalidad, transgrediendo los derechos fundamentales señalados a lo largo del documento.

Se tiene la idea preconcebida acerca de



que el uso de sujeciones es para proteger a la persona que queremos, que atendemos o cuidamos, sin embargo, deberíamos reflexionar acerca de lo que realmente siente una persona que se le sujeta en contra de su voluntad, primordialmente porque quienes suelen precisar una sujeción son aquellas personas que presentan una gran vulnerabilidad, demencia, mayor dependencia.

J. L. MÉLER, dijo “tener sujeta una persona de por vida es un maltrato del cual la familia, los profesionales y la misma sociedad son corresponsables”.

Como sociedad vamos evolucionando y, con ello, el pensamiento crítico, en el que se pide mayor información; y es aquí donde reside precisamente la obligación de las administraciones públicas, sociedades científicas y colegios profesionales de desarrollar programas de sensibilización, orientación y formación en su no uso.

La educación como herramienta juega un papel fundamental en la transformación de la perspectiva de la ciudadanía en general y no solo relegarlo al ámbito profesional. Este trabajo no tiene sentido si no se realiza divulgación o no se le da continuidad a la manera de pensar y, por ende, de actuar.

La Administración Pública debe desarrollar campañas de sensibilización hacia el no uso de sujeciones y el desarrollo de un modelo de atención centrado en las personas, dirigidas, tanto a la sociedad como a las organizaciones que cuidan. Estas campañas pueden tener carácter local y/o estatal.

Es necesaria la puesta en marcha de un programa de sensibilización social general a través del cual se informe y forme a todos los ciudadanos en general, al poder legislativo y judicial, que el Uso de Sujeciones no ha demostrado mejores

resultados en cuanto a seguridad para el usuario, ya que no disminuye los accidentes y los que acontecen tienen un nivel de gravedad importante, a lo que habría que añadir los efectos indirectos que producen su uso, además de la pérdida de libertad, dignidad, autoestima, etc. Para sensibilizar a la sociedad, resultará necesario también contraponer los riesgos de cuidar sin sujeciones o “riesgos del vivir en libertad y dignidad”, frente a los “riesgos del vivir atados”.

Es importante informar a las familias, cuando sus seres queridos comienzan a presentar trastornos cognitivos y conductuales, de las ventajas de no sujetarles, y adiestrarles con estrategias alternativas que hagan innecesario el uso de sujeción y les permitan manejarlos de forma solvente.

Se necesitan urgentemente programas formativos destinados a los cuidadores no profesionales y sobre todo a los cuidadores profesionales de instituciones, a los que se le enseñen técnicas y estrategias alternativas y disuasorias al uso indiscriminado de sujeciones. Debemos apostar por erradicar el acto reflejo que conlleva el uso de sujeciones como única y sistemática respuesta ante todo trastorno conductual, sin ensayar alternativas más dignificantes para las personas cuidadas como paseos, ejercicio, técnicas de relajación, etc. Es decir, debemos apostar por un modelo de atención más respetuoso y más comprometido con la libertad y dignidad de las personas, que solo hace uso de las sujeciones de una forma excepcional.

Hay que romper y desterrar determinados mitos erróneos como el de la “seguridad incondicional y total” que otorga el uso de las sujeciones, frente a la “inexcusable inseguridad” que comporta el no uso.



Se precisa poner de relieve, y como valor positivo, que es posible cuidar sin sujetar, ensalzando a aquellos centros que lo han conseguido mediante distinciones o premios a la calidad y dignidad asistencial, evitando que estos galardones se conviertan en unos meros reclamos publicitarios vinculados al lucro directa o indirectamente.

7.3 EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

El papel de las administraciones públicas es de enorme importancia ante una **práctica sistemática como es el uso de sujeciones, rutinario o normalizado, que se puede enmarcar en el concepto de malos tratos institucionales.**

Nos enfrentamos a una situación en la que conviven, en todo el territorio nacional, distintos modelos de cuidados y sobre la forma que deben regularse. Actualmente la Administración contempla medidas que permiten la reducción progresiva de las sujeciones y la aprobación de protocolos sobre las condiciones para su prescripción, registro de autorizaciones, tipos y tiempos de aplicación, y que se ha demostrado que son del todo insuficientes para abordar un asunto tan importante, como así señala también el Defensor del Pueblo en su último informe.

Sería necesario aunar esfuerzos entre las diferentes administraciones e implementar medidas más globales encaminadas al cuidado sin sujeciones, especialmente en el ámbito sociosanitario.

En este sentido, para optimizar recursos, se ha apuntado la elaboración de un Mapa Sociosanitario dentro del sistema, con criterios de accesibilidad y proximidad

para el usuario, facilitando la elección del centro en función de las distintas situaciones individuales y mejorando, por ello, la adecuación de la asignación de centro.

Sería recomendable que todas las Comunidades autónomas compartieran un mecanismo por el cual se pudiera recopilar y compartir datos de los tipos de recursos de atención residencial disponibles. De esa forma se podrían realizar planes estratégicos de atención más adecuados y hacia una atención centrada en la persona.

Hoy en día persiste dispersa una cantidad importante de normativa sobre los requisitos que deben reunir los centros residenciales para su acreditación y posterior autorización de funcionamiento. Disponer de una reglamentación que permita saber para qué está autorizado un centro y para qué no lo está permitiría diseñar este Mapa Sociosanitario.

Se necesitan cambios normativos para conseguir sistemas de información que permitan un conocimiento y control de los distintos aspectos asistenciales de los centros sociosanitarios, de forma coordinada con el sistema sanitario. Todos los centros de asistencia a personas mayores o con enfermedades mentales o neurodegenerativas deberían acreditar un registro de todos los pacientes, su estado mental y las causas que los lleva a estar con sujeciones mecánicas.

Ello fomentaría y facilitaría la elección de centros especializados (demencia, daño cerebral adquirido...) aumentando los medios disponibles para garantizar un cuidado adecuado en los diferentes lugares donde las personas desean vivir.

Pero se tiene un conocimiento limitado del sector residencial. Por un lado, no hay un organismo nacional que lo represente, aúne, apoye o supervise, y por otro,



las normativas son autonómicas y con grandes diferencias entre comunidades autónomas (en ratio de personal, tipo de profesionales, características de los servicios prestados...).

Es necesario un buen control desde todos los ámbitos de la administración pública, mejorando la coordinación sociosanitaria de los distintos agentes implicados en el cuidado (familias, servicios sociales, servicios de proximidad, ayuda a domicilio, atención primaria y especializada, hospitales, voluntariado y participación comunitaria), y para ello se precisa sensibilizar y mejorar el conocimiento de los distintos responsables de las administraciones.

Como se ha dicho con anterioridad en este documento, resulta fundamental el papel de los legisladores, que deberán poner límites legales a las sujeciones, a través de nueva legislación con referencias claras al no uso de sujeciones y a las medidas legales que se aplicarían en los casos de incumplimientos. Pero también se deberán crear normativas que puedan regular los programas de no uso de sujeciones, lo que facilitaría su consideración administrativa en la gestión de concursos públicos.

De los informes de la administración se desprende la importancia que tiene la inspección de los centros, que ha adoptado un papel más activo en gran parte de las comunidades autónomas. Sin embargo, en los planes de inspección de centros y servicios sociales, aún no se contempla como objetivo la evaluación de una estrategia clara de eliminación y no uso de las sujeciones, ni la valoración justa de los centros que han conseguido, con un cambio en la cultura de la organización, realizar los cuidados sin sujeciones. Es necesario que se aprueben planes periódicos de inspección de centros con indicadores de calidad en los que

se incluya el no uso de sujeciones en los cuidados, como también indica el defensor del pueblo en su último informe.

Es pues un reto mejorable la evaluación de la calidad asistencial y el grado de aplicación del modelo de atención centrado en la persona, con la inclusión en los Indicadores de buenas prácticas la prevalencia de sujeciones.

En este sentido, los concursos o concursos públicos deberían contemplar y reconocer positivamente tener un programa de reducción o eliminación de sujeciones, o estar en proceso de trabajar como centros libres de sujeciones, puntuando con independencia de su metodología.

El reconocimiento de estos programas tiene que ser medible en aspectos de resultados de seguimiento de su aplicación, desarrollo y evaluación, y contemplar la eliminación en los concursos a las entidades no adheridas a un Programa de eliminación de sujeciones.

Por ello es necesario el apoyo de las Administraciones públicas a la no sujeción en los distintos ámbitos asistenciales donde la práctica de sujeciones está extendida, proponiendo una serie de medidas:

- » Una mayor financiación pública de los distintos servicios de apoyos y cuidados de larga duración, que actualmente es escasa y con muchas diferencias en las distintas comunidades autónomas.
- » Mejorar el control de la calidad asistencial, potenciando las Inspecciones de centros; dotando a los organismos encargados de suficiente personal, correctamente formado, para que puedan llevar a cabo su función de vigilancia de forma eficaz.



- » Profesionales suficientes y cualificados en los centros y en las organizaciones.
- » Inclusión de Indicadores de buenas prácticas, con Indicadores más fidedignos de las actuaciones y datos de prevalencia de sujeciones.
- » Inclusión en los Planes de Calidad de los organismos de gestión pública de los “cuidados sin sujeciones” como indicadores de calidad de vida dentro de la atención centrada en la persona. Considerando indicadores de resultado sobre el porcentaje de personas usuarias que padecen accidentes o lesiones producidas por el uso de sujeción y la disminución de la prevalencia de personas con medidas de sujeción tras implementación de protocolos de retirada en el centro o en el entorno domiciliario.
- » Las administraciones deben fomentar e impulsar planes de formación profesional específica para cuidar sin sujeciones, con apoyo tutelado en el proceso de eliminación de sujeciones para cuidar sin sujetar.
- » Potenciación de los programas de formación del personal de los centros, sobre todo en el campo de demencias, caídas, prevención de sujeciones químicas y físicas, así como en problemas afectivos y conductuales.
- » Se deben regular las situaciones excepcionales en que podría adoptarse cualquier medida que suponga la restricción de la libertad y otros derechos, con mecanismos de protección rápidos, ágiles y dotados de medios suficientes que garantice los derechos del mayor.
- » Facilitar el apoyo en la gestión de incidencias susceptibles de denuncias.
- » Facilitar recursos y ayudas para la modificación de instalaciones, reformas arquitectónicas y de mobiliario adaptado, creando las condiciones propicias para que los centros abandonen el uso de sujeciones y sean más idóneos para albergar a las personas con patologías como la demencia.

Es importante sentir que todos estamos implicados y que la calidad de los servicios sociales exige un correcto cumplimiento de la normativa. Cuidar del otro exige formación y compromiso de los profesionales, pero también un importante liderazgo de las direcciones y entidades.

Debemos, desde la Administración pública, orientar el servicio que se presta hacia una atención individual e integral de la persona, en base a los principios de autonomía personal, dignidad y libertad individual en los que no cabe el cuidado con sujeciones y todo ello desde una filosofía de mejora continua.



Bibliografía consultada:

- Burgueño AA.* Ámbito residencial: "Malos tratos por la Institución". Especial referencia al uso de sujeciones. La problemática jurídica de las personas ancianas [internet]. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos; 2018 [acceso 22 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cej-mjusticia.es/sede/publicaciones/ver/12560>
- Defensor del Pueblo.* Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019 [internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 2020 [acceso 22 octubre 2022]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/06/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf
- Departamento de Bienestar Social y Familia.* Uso racional de las contenciones físicas. Estudio de la incidencia del asesoramiento de la inspección de servicios sociales en residencias de personas mayores [internet]. Barcelona: Departamento de Bienestar Social y Familia. Generalitat de Catalunya; 2011 [acceso 22 octubre 2022]. p.10. Disponible en: https://issuu.com/sujecionmecanica/docs/uso_racional_contenciones_fisicas
- Giró Miranda J.* El maltrato hacia las personas mayores. *Ehquidad Int Welf Polic Social Work J.* 2016;6:139-159. doi: 10.15257/ehquidad.2016.0012
- Kim SK, Park M.* Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* 2017 Feb 17;12:381-397. doi: 10.2147/CIA.S117637.
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).* El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro [internet]. Madrid: IDIS; 2016 [acceso 22 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/reto-cuidados-sociosanitarios.pdf>





8/SEGG propone al ministerio de derechos sociales

(Documento sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia saad)

Está ampliamente demostrado tanto a nivel nacional como internacional que el uso de sujeción “no está ligado a” o “no es consecuencia de” un problema de la persona usuaria, y ni siquiera está directamente ligado a una “falta de recursos”, sino que se debe básicamente a una **falta de formación y capacitación de los equipos de cuidado y a un modelo de atención NO centrado en la persona**. Múltiples experiencias a nivel de todo el país han demostrado que formando a los equipos de cuidado y cambiando los procedimientos de atención hacia una atención centrada en la persona es posible cuidar sin sujetar de forma segura sin disminuir la seguridad de la persona cuidada. Por tanto, se puede afirmar categóricamente que se puede cuidar sin sujeciones y que, por tanto, España no solo puede, sino que moralmente debe “autoimponerse” el reto de cuidar sin ellas.

La demostración de que es posible y la consiguiente adopción de dicho reto llevaría a reforzar el planteamiento de que “Todas las personas atendidas en el ámbito del SAAD tienen **DERECHO** a recibir una atención libre de sujeciones ya sean estas físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas”. Es hora de ponerlo en práctica.

Y para proteger dicho derecho son varias las acciones a realizar:

- A. Exigir a los centros que creen **PLANES DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES** hasta conseguir la supresión total y convertir así a los centros en libres de sujeciones.
- B. No exigirlo sería lo mismo que decir que hay centros que han podido eliminar completamente las sujeciones y protegen el derecho a ser cuidado sin ellas y centros que no las han eliminado y no protegen dicho derecho, que es lo que ocurre actualmente y debe de ser algo inadmisibles en nuestro sistema de cuidados.
- C. Establecer un plazo temporal concreto (2 años desde la aprobación del plan) para que esa exigencia se cumpla.
- D. Establecer de forma clara y concreta cuáles son las **excepciones de intervenciones PUNTUALES de urgencia** en las que podrían indicarse sujeciones y acotar esa indicación a una **temporalidad concreta** que no sería razonable fuese más allá de 24 horas. **La excepcionalidad solo se entiende en situación de urgencia** para disponer de un tiempo durante el cual la organización pueda resolver la urgencia y diseñar un



plan de cuidado posterior que no contemple el uso de sujeción. Si la urgencia vital dura más se podrían mantener durante el tiempo que esta dure.

- E. Como se trata de un derecho, la persona o sus representantes tendrán el **derecho de EXIGIR** a la organización **que se le cuide sin sujeciones con las mismas garantías de cuidado y seguridad que al resto de personas usuarias**.
- F. Si se está comprometido con una Atención Libre de Sujeciones, el planteamiento adecuado, y en consecuencia la terminología de cualquier documento que hable de ella debería de ser **ELIMINAR y SUPRIMIR y hablar de SUJECIONES** (no de restricciones). Las sujeciones impiden y transgreden derechos, las restricciones limitan, pero no impiden completamente y son habituales en nuestra vida. Por eso lo correcto es hablar de sujeciones.

En base a todo esto la SEGG propone:

Atención libre de sujeciones:

Todas las personas atendidas en centros residenciales tienen **derecho** a recibir una atención libre de sujeciones ya sean estas físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas. Los centros deben tener un **compromiso formal** respecto a la atención libre de sujeciones que se acreditará mediante la existencia de una **Plan de supresión de sujeciones que habrá de ser aprobado por la entidad competente de la Comunidad Autónoma y cuya ejecución se controlará por el servicio que en cada territorio tenga encomendada la labor de inspección de centros**.

Respecto de las Sujeciones Físicas y

Químicas: Los centros estarán obligados a presentar un **Plan de Eliminación de Sujeciones Físicas y Químicas** que deberá ser **aprobado por la entidad competente en la Comunidad Autónoma**. El Plan contemplará la supresión **total y segura** de las sujeciones con la única posibilidad de su utilización de manera excepcional en la forma en que se contempla el apartado de este documento como Indicaciones. Una vez **aprobado, se les exigirá ponerlo en marcha hasta consolidar su implantación completa** en el curso de los dos años siguientes a su aprobación.

Para que ello sea posible, se proporcionará **formación al personal de atención directa en la atención libre de sujeciones** y en los modelos de intervención de enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas que suponen un desafío para el servicio con metodologías como el Apoyo Conductual Positivo.

No se implantará ninguna sujeción; solo en situaciones **EXCEPCIONALES** en las que **se haya claramente constatado el fracaso de otras medidas alternativas**, se podrá utilizar sujeción física. Para justificar su uso **se deberá documentar y detallar** todos aquellos intentos alternativos realizados, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido.

La utilización de sujeciones en la atención de la persona residente tendrá siempre, carácter **excepcional y temporal**. Máximo 24 horas (o al menos mientras dure la urgencia vital).

Además, estará sometida a un **procedimiento documentado** que cuente con **prescripción médica, supervisión técnica, consentimiento informado, determinación de tiempos y formato de la sujeción**, así como un análisis de **riesgos en el uso** de las sujeciones definidas. **Será obligatoria la comunicación al Ministerio**



Fiscal.

El **procedimiento para la adopción de sujeciones** deberá, además, prever un protocolo documental específico para aquellos casos de urgencia establecidas.

Indicaciones de uso de sujeción (siempre cuadros agudos de urgencia vital):

1. Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona.
2. Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de terceras personas.
3. Protección de Programas Terapéuticos de urgencia vital.
4. Necesidad de Reposo por indicación terapéutica.
5. En personas con enfermedad mental diagnosticada en situación de crisis aguda si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

Durante el período PUNTUAL que dure la práctica de sujetar:

1. La persona residente sometida a sujeciones físicas o químicas será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y de forma regular de personas profesionales del centro.
2. Para estas personas se diseñarán planes personales de eliminación de las sujeciones aplicadas que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que

permitan la eliminación definitiva de la sujeción.

Todos los casos de sujeción física o química quedarán registrados en el historial de la persona residente y serán objeto de comunicación obligatoria al servicio que en cada territorio autónomo tenga encomendada la labor de inspección de centros.

Calidad en el Servicio:

Existen estrategias y planes de eliminación y supresión de sujeciones con medidas concretas y evaluables, así como alternativas de apoyo respetuosas y seguras. La SEGG propone las siguientes:

1. Existe un compromiso formal con la supresión de sujeciones.

Existe una declaración formal de principios de la dirección del centro y de la propiedad del mismo en la que se manifieste un compromiso claro e inequívoco con la eliminación y supresión de las sujeciones.

2. Se dispone de un sistema de identificación de sujeciones y de un plan para eliminarlas.

Las sujeciones deben estar formalmente identificadas en un documento que refleje el impacto de estas en el bienestar emocional y físico de la persona.

Existe un plan de ELIMINACIÓN sujeciones en el centro. Se disponga de planes de eliminación y supresión de sujeciones **específicos para cada persona.**

3. Los espacios y el mobiliario promueven la autonomía, comodidad y participación de las personas.

Se valorará que los espacios personales y de convivencia sean accesibles y cuenten con mobiliario ergonómico adaptado a las



necesidades de cada persona.

4. Se evita la sobre medicación de las personas (incluido en las estrategias de eliminación y supresión de sujeciones).

Se dispone de una política de **revisión y reducción** de la sobremedicación de las personas usuarias.

5. El personal conoce las estrategias de eliminación y supresión de sujeciones, y de gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión.

Se evaluará que en el plan de formación del personal de atención directa incluya dichas estrategias.



9/Conclusiones

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) considera que todas las personas atendidas en el ámbito del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) **tienen derecho** a recibir una atención libre de sujeciones, ya sean estas físicas, mecánicas y químicas (o farmacológicas).

1. En un momento en que se debate sobre la conveniencia o no de aplicar medidas que limiten la movilidad de los usuarios, la SEGG propone una serie de puntos básicos a tener en cuenta por los centros residenciales. Así, estos deberán adquirir un **compromiso formal** respecto a la atención libre de sujeciones físicas y químicas. Dicho compromiso se acreditará mediante un **plan de actuación (plan de supresión de sujeciones y plan de cuidado sin sujeciones)** y que habrá de ser **aprobado por la entidad competente** de la Comunidad Autónoma, y cuya ejecución se controlará por el servicio que tenga encomendada la labor de **inspección de centros**.
2. Este plan debe contemplar la **supresión total y segura** de las sujeciones, las cuales podrán ser utilizadas únicamente en **situaciones urgentes**, de manera **temporal y excepcional** y en las que, con el objetivo de ser abordadas sin sujeción, se hayan aplicado **medidas preventivas que eviten su uso** pero que finalmente hayan fracasado. Bajo dichas premisas la **SEGG considera que las indicaciones se limitarán a:** cuadros agudos de urgencia

vital, en los que se den situaciones o conductas que representen una amenaza real para la integridad física de la persona o de terceras personas; protección de dispositivos sanitarios de urgencia vital; asegurar el reposo cuando esté indicado por razones terapéuticas; enfermedad mental diagnosticada en situación de crisis aguda, siempre que el paciente lo haya solicitado voluntariamente y el médico considere que existen criterios clínicos de indicación. En todos estos **casos se recogerá de manera detallada el motivo por el que han fracasado otras medidas alternativas**.

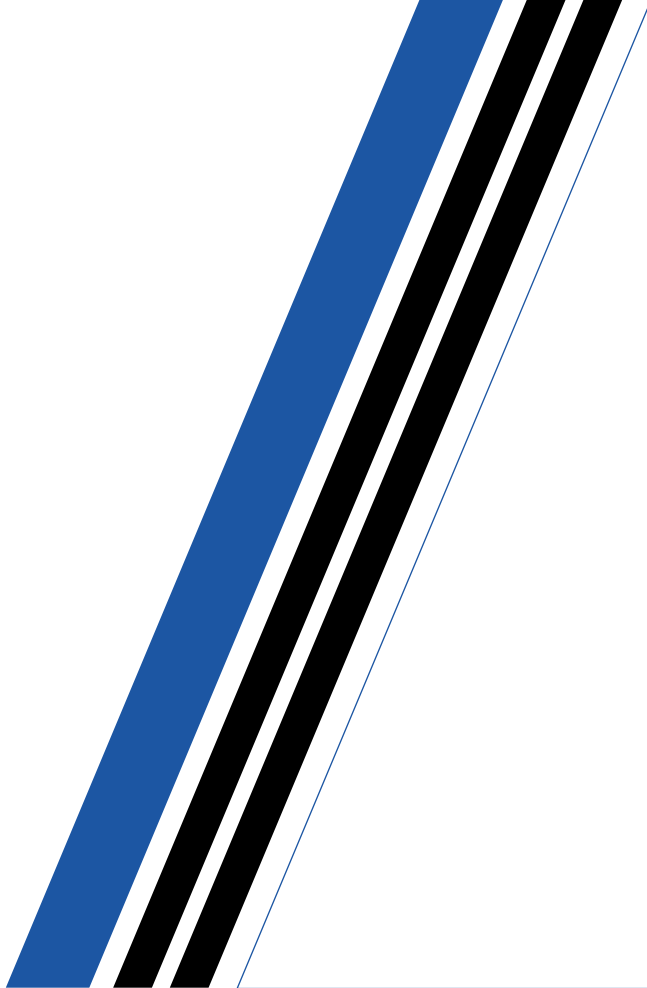
3. Quiere también advertirse que la aplicación de sujeciones siempre estará sometida a un **procedimiento documentado**, que deberá contar con prescripción médica, supervisión técnica, consentimiento informado, determinación de tiempos **de la sujeción (no superior a 24 horas)** y formato de la sujeción, así como un análisis de los riesgos que entrañaría su uso. Además, **será obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal**.
4. La SEGG recuerda que todos los usuarios atendidos en centros residenciales deben recibir una atención de calidad. Por tanto, en el caso excepcional de que una persona tenga que ser sometida a una sujeción, dicha atención deberá tener **las mismas garantías de calidad y seguridad que el resto de los usuarios**.
5. La SEGG vuelve a insistir en el derecho de las personas a vivir



sin ser sometidas a medidas de limitación de la movilidad; a tal fin, las instituciones deberán tomar las medidas necesarias, incluyendo el que **todos los profesionales reciban formación sobre cuidados libre de sujeciones**.

6. Es necesario impulsar un **cambio legislativo** que dé cobertura al nuevo modelo de atención que no sujeta y contemple claramente las situaciones excepcionales en las que sea posible utilizar sujeción, así como establezca los requisitos legales de uso adecuado en tiempo y en forma.
7. Para favorecer el cambio cultural hacia el cuidado sin sujeciones serán necesarias **campañas de sensibilización** a la sociedad en las que la práctica del uso de la sujeción se muestre claramente maleficiente.
8. Es clave el papel de la **Administración Pública** en la transformación del modelo de cuidado español hacia un modelo que no sujeta: Subvenciones a la formación de los centros, planes de inspección que contemplen la exigencia de la retirada de las sujeciones, visibilización de los centros libres de sujeciones, concursos públicos de gestión de plazas públicas que exijan que los centros sean libres de sujeciones o se encuentren retirándolas, obligatoriedad de los centros de mostrar públicamente el derecho que los usuarios tienen de exigir una atención libre de sujeciones, etc.

Comisión Cuidados sin Sujeciones SEGG





Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

Cuidado sin sujeciones 2023