

ESPECIAL SUJECIONES

2023

Dirección General de Evaluación, Calidad e
Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y
POLÍTICA SOCIAL

calidad e innovación



**Comunidad
de Madrid**

SUMARIO

3 En clave

4 Primitivo Ramos Cordero

Entrevista al Director Coordinador Sanitario Asistencial de la AMAS

12 Carmen Zeledón Martínez

Entrevista a la inspectora de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios Sociales

15 Esperanza Manzanero

Experiencia Libera-Care

* Entrevista extraída del Boletín nº2

17 Ana Urrutia

Norma Libera-Care

* Artículo extraído del Boletín nº2

19 José Pascual

Atención libre de sujeciones

* Artículo extraído del Boletín nº1

21 Ildefonso Montero Tineo

Las sujeciones en la normativa actual

Subdirector General de Inspección de Centros y Servicios Sociales

edita:

Consejería de Familia, Juventud y Política Social
Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación
Subdirección General de Calidad e Innovación
O'Donnell, 50, 28009 Madrid
calidad.social@madrid.org



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

comunidad.madrid/publicamadrid

EN CLAVE

Más allá de la publicación periódica del Boletín, la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación apuesta por el tratamiento específico e individualizado de un tema candente en el ámbito de la atención en los centros residenciales: las sujeciones físicas y farmacológicas.

Las razones de este tratamiento diferenciado son múltiples, pero confluyen en la necesidad de actualizar el estado de situación respecto de unas medidas que, por afectar a los derechos fundamentales de los usuarios, deben ser abordadas con sumo cuidado y rigor científico, sobre todo, tras la Instrucción de la Fiscalía General del Estado 1/2022, de 19 de enero, y la entrada en vigor de la nueva Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid 12/2022, de 21 de diciembre.

Si el mundo de la atención y los cuidados está en constante evolución, que puede comenzar con la buena voluntad pero que debe ir mucho más allá, las medidas de sujeción son la prueba más palpable de la necesidad inexcusable de la actualización y la formación continua que garanticen el conocimiento de las evidencias de la investigación y del consenso científico, así como de las exigencias normativas existentes. En pocos ámbitos como en el de las medidas de sujeción, es tan importante aprender de las experiencias de terceros.

Por ello, la aproximación a estas medidas en este número especial del Boletín, se pretende multidisciplinar, englobando la parte normativa, sanitaria y asistencial, y partiendo del conocimiento profundo de la realidad existente en el sector. Este conocimiento (sabiduría, podríamos decir), la tienen y la transmiten los intervinientes en los diferentes artículos y entrevistas que ahora ofrecemos. Esperamos que sus distintas sensibilidades y experiencias contribuyan a que nuestros lectores tengan una visión global y actualizada respecto a la utilización de sujeciones físicas y farmacológicas en los centros de atención social.



Entrevista


**SUJECIONES:
Presente, Pasado y Futuro**
Primitivo Ramos Cordero
**Director Coordinador
Sanitario Asistencial**

 Agencia Madrileña de Atención Social
 Consejería de Familia, Juventud
 y Política Social

“En las sujeciones nos queda un camino por recorrer en el cual debemos cambiar la filosofía o cultura de los cuidados”

En relación a la trayectoria y evolución de las sujeciones físicas y/o farmacológicas en centros residenciales y/o socio-sanitarios y unidades psiquiátricas, inicialmente su uso perseguía aplicar tratamientos esenciales para las personas usuarias/pacientes que no colaboraban o las rechazaban, y controlar complicaciones o situaciones disruptivas de riesgo para la persona o terceros. ¿Cuál ha sido la evolución del planteamiento de su uso?

Efectivamente el uso de las sujeciones, fundamentalmente las físicas o mecánicas, ya que la sensibilización hacia las sujeciones farmacológicas y químicas ha sido mucho más tardía y aún quedan muchos aspectos que desengranar, inicialmente, se aplicaba en situaciones excepcionales en las que eran imprescindibles para llevar a cabo pruebas diagnósticas o aplicar tratamientos vitales en personas que no se encontraban en condiciones adecuadas para colaborar e incluso que se oponían y rechazaban los mismos, así como para controlar ciertas conductas o comportamientos disruptivos con los

que ponían en riesgo su integridad o la de terceros.

Hasta ahí, no ofrecían grandes problemas, hasta la década de los años 70-80, en tanto nos encontrábamos con una sociedad escasamente envejecida (por debajo del 9-10%), con una expectativa de vida media que no superaba los 65-70 años, y en la que todas las personas mayores vivían mayoritariamente en sus casas, cuidados patriarcalmente por sus hijos. Sin embargo, a medida que ha ido entrando el nuevo siglo, la situación demográfica cambió ostensiblemente, ya que la sociedad ha ido envejeciendo hasta el punto de alcanzar un índice de envejecimiento del 19% y una expectativa de vida media que supera para ambos sexos los 85 años, y con una incorporación tanto de mujeres como de hombres al trabajo, que han dificultado que los cuidados puedan llevarse a cabo en el domicilio, adoptado como alternativa para ello la institucionalización en residencias.

El envejecimiento demográfico, con una disminución de la tasa de mortalidad y con un aumento de la expectativa de



de vida media, ha propiciado que las enfermedades neurodegenerativas alcancen tasas desproporcionadas, hasta el punto de que algunos las definen, junto a la diabetes, como las plagas o epidemias de nuestro siglo, lo que produce frecuentes trastornos psicológicos y conductuales que generan grandes disrupciones en la convivencia y dificultades en el manejo.

Todo este escenario, de forma tácita y silenciosa, ha ido desembocando hacia la cruda realidad en la que nos encontramos; en la que, hasta hace tan solo unos años, hemos alcanzado tasas de sujeciones físicas que superaban ampliamente al 50% de los residentes de los centros, que han provocado una llamada hacia la reflexión del modelo por parte de determinados movimientos profesionales y sociales en contra de las sujeciones, o a favor de un uso más proporcional y racional de las mismas; así como por parte de los servicios de inspección, de las fiscalías e incluso de la sociedad en general. En definitiva, una invitación hacia la reflexión para apostar por un modelo de cuidados más humanizado y más digno para las personas a las que atendemos.

Se da la paradoja de que las sujeciones se instauran como elementos de protección, pero no están exentas de riesgos, ¿cuáles son estas contingencias?

Los dispositivos de sujeción mecánica y los tratamientos farmacológicos cuando cumplen criterios de sujeción farmacológica, inicialmente se prescriben para proteger a las personas a las que se aplican (pruebas diagnósticas, tratamientos, mantenimiento de vías parenterales, sondajes para alimentación o urinarios, etc.), así como para preservar su integridad o la de terceros (crisis de agitación, irritabilidad, auto o heteroagresión, intentos autolíticos, etc.).

Ahora bien, sin dudar del factor de protección que en ese momento puedan alcanzar, no debemos obviar los riesgos secundarios que estas entrañan, y que, en muchos casos,

incluso son superiores, tanto a corto, como medio y largo plazo; y bien sea de forma directa como indirecta o diferida.

Entre estos cabe encontrar:

a) “A Corto Plazo” y de Forma Directa: erosiones, lesiones, quemaduras, laceraciones, desgarros, edemas e isquemia de miembros, ansiedad, depresión, estrés, irritabilidad, asfixia por estrangulamiento, etc.

b) “A Medio y Largo Plazo” y de Forma Indirecta: atrofia muscular, deterioro funcional, síndrome de inmovilidad, caídas, incontinencia, úlceras por presión, infecciones, apatía, déficits psicoafectivos y cognitivos.

“Los dispositivos de sujeción mecánica y los tratamientos farmacológicos cuando cumplen criterios de sujeción farmacológica, inicialmente se prescriben para proteger a las personas a las que se aplican”

La observación y experiencia acumulada a lo largo de años nos permite concluir que los efectos adversos, las lesiones, y complicaciones de las sujeciones en las personas que se utilizan, son mucho más frecuentes de lo esperado y en ocasiones mucho más graves y de consecuencias más funestas (accidentes, estrangulamientos y asfixia); de forma que resulta imprescindible que en toda persona en la que se aplique una medida de sujeción de forma excepcional, y porque sea imprescindible, se implemente un plan de cuidados y de medidas complementarias individualizadas a cada situación que minimicen los riesgos potenciales de lesiones o complicaciones.

La Fiscalía General del Estado elaboró y publicó la Instrucción 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 socio-sanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. ¿Ha conducido la instrucción de la Fiscalía a un cambio en el modelo de uso de sujeciones?



Bajo mi humilde punto de vista, y sin quitar un ápice al acierto de la Instrucción 1/2022, de 19 de enero de la Fiscalía General del estado, si nos detenemos exhaustivamente y analizamos todo el contenido, era amplia y sobradamente conocido por todos los profesionales y por el personal técnico del sector socio-sanitario. Existían protocolos, guías, instrucciones y documentos interdisciplinarios de consenso, publicados a lo largo de la última década, en los que se exponía todo cuanto se ha publicado en esta instrucción. El problema es que los centros y sus profesionales, al final, no las cumplían.

Así, hemos convivido todos pacíficamente casi una década, como señalamos; pero claro, mientras unos convivíamos cívica y pacíficamente, otras personas sufrían un uso de sujeciones excesivo, desproporcionado e irracional. Y esto es lo que, en mi opinión, ha hecho que se haya debido pronunciar la fiscalía en defensa de uno de los derechos fundamentales de todas las personas y constitucionalmente protegido, como es la libertad, y en defensa de uno de los valores más preciados de las mismas, la dignidad.

Con esta instrucción, ¿qué hemos ganado?, pues reitero, que da carácter de norma de obligado cumplimiento a todo lo que anteriormente quedaba a la buena voluntad y sensibilidad de los profesionales o instituciones.

Por tanto, estimo y me produce gran satisfacción, que, certeramente esta iniciativa de la Fiscalía, va a redundar muy positivamente en favor de los derechos fundamentales, valores y calidad de vida de las personas mayores, especialmente de las que padecen procesos que producen disfunciones psicológicas y conductuales. Por otra parte, creo que será muy beneficioso para la equidad de todos los ciudadanos, ya que se han establecido una serie de principios o reque-

rimientos básicos y homogéneos, de obligado cumplimiento, para todos los centros, en materia de sujeciones, en lugar de dejarlo a la libre elección en la que quiera posicionarse cada centro (libres de sujeciones o no).

Esta instrucción nos hace reflexionar en que la protección y seguridad deben sopesarse con la voluntad, deseos y preferencias de las propias personas o de sus representantes legales; de tal forma que la libre elección (principio de autonomía decisoria) puede anteponerse a la excesiva protección o prevención de riesgos que pretendemos alcanzar. Hemos de admitir que, a veces, puede ser más digno para una persona no estar sujeto, asumiendo un cierto riesgo de sufrir alguna caída.

Al mismo tiempo, esta instrucción nos invita a considerar de una forma equi-

brada la salud y la protección ante el riesgo, frente a la autonomía, deseos y preferencias personales, advirtiéndonos de que el "buen cuidado" no consiste solo en eliminar el riesgo o peligro a cualquier precio, sino cuidar con el mayor respeto y mejor trato posible, aceptando que pueda existir un cierto grado de riesgo.

En resumen, que a las personas con discapacidad se les debe tratar como a un verdadero sujeto de derechos y no como un mero objeto de cuidados.

¿Cuáles son las medidas que mejor funcionan como alternativa a las sujeciones?

No hay una medida única ni ninguna solución "mágica". En realidad, a mi entender, se trata de un conjunto de medidas interdisciplinarias y complementarias entre sí, que deben aplicarse lo más precozmente posible. No debemos esperar a que aparezcan los factores de riesgo, ni por supuesto que ya estemos en una fase con disrupciones psicológicas o conductuales; sino que debemos anticiparnos cuanto nos sea posible. Así retrasaremos, e incluso en algunos casos

"A las personas con discapacidad se les debe tratar como a un verdadero sujeto de derechos y no como un mero objeto de cuidados"



evitaremos, la aparición de estas. La intervención se asienta sobre varios pilares:

- a) Intervención sobre el entorno o medio ambiente en el que se desarrolla la persona, corrigiendo o mejorando ciertos déficits o barreras arquitectónicas; también sobre la estructura, el mobiliario y equipos de seguridad.
- b) Aplicación de medidas preventivas, anticipatorias y disuasorias, implantando programas y actividades que mantengan a la persona activa y participativa en actividades lúdico-recreativas que le resulten estimulantes.
- c) Valoración integral clínica y neuropsicológica con la que detectemos y tratemos de corregir factores de riesgo o enfermedades orgánicas (infecciones, estreñimiento-impactación fecal, retención urinaria, prurito, disnea, dolor, etc.) o neuro-psiquiátricas (deterioro cognitivo-demencia, delirium, síndromes ansioso-depresivos, problemas disruptivos conductuales), etc.
- d) Control de los factores predisponentes (alteraciones cognitivas, psicoafectivas y comportamentales bien sea por el inicio de una enfermedad neurodegenerativa o por un trastorno psiquiátrico), así como todos aquellos factores desencadenantes; implementando terapias neuropsicológicas.
- e) Correcciones posturales, de la marcha y del equilibrio, así como las alteraciones neurosensoriales, ya que la mejora de estos disminuye considerablemente algunos de los riesgos por los que ordinariamente se utilizan las sujeciones (accidentes, caídas y siniestros).

En cuanto a la fase preventiva, ¿qué actividades y programas alternativos previos a las contenciones se pueden aplicar?

Tal como decíamos anteriormente la Valoración Geriátrica o Valoración Clínica y Neuropsicológica Integral, constituyen la base para la detección diagnóstica, así como para la planificación o prevención primaria, se-

cundaria y/o terciaria. En función de los factores de riesgo susceptibles de corrección, se procederá por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar a instaurar las actividades y programas preventivos específicos que eviten o al menos retrasen la utilización de sujeciones, entre los que cabe incluir los siguientes:

- 1) Adecuación del entorno. Entorno seguro eliminando barreras arquitectónicas y puntos de alta siniestralidad. Diseñar "pistas o paseos para erráticos libres de riesgo".
- 2) Medidas ambientales. Protectores en mobiliarios. Protectores de golpes en caderas y puntos críticos de riesgo.
- 3) Identificar, prevenir y minimizar los factores de riesgo de caídas.
- 4) Valoración de la necesidad de ayudas técnicas, productos de apoyo y equipos de seguridad (camas "superbajas", controles de errantes, detectores de movimientos bruscos y detectores de movimientos nocturnos, etc.). Instalación de cámaras de vigilancia y seguimiento.
- 5) Mejorar el control de las alteraciones conductuales, psíquicas, neurosensoriales, trastornos del movimiento, de la marcha y del equilibrio.
- 6) Reducir/extinguir conductas problemáticas mediante el uso de técnicas de modificación de conducta cognitivo-conductual.
- 7) Revisión periódica del tratamiento y de fármacos predisponentes y/o desencadenantes (antiparkinsonianos, benzodiazepinas crónicas, etc.).
- 8) Programas de estimulación que fomentan la autonomía, autoestima y dignidad de las personas con déficits cognitivos, psicoafectivos y conductuales.
- 9) Formar a los profesionales para la realización de los cuidados básicos (higiene, aseo, comida, etc.), que actúan como factores desencadenantes de conductas disruptivas (pro el pudor e irrupción e invasión de su espacio de privacidad e intimidad).



10) Formar a los miembros del equipo interdisciplinar en la importancia de la promoción del bienestar y la dignidad en los cuidados. Desterrar mitos acerca de que la seguridad solo se consigue, exclusivamente, a través de las sujeciones.

11) Sensibilizar a los profesionales de atención directa de la importancia de ciertas actividades de ocio y relacionales como los paseos, participar en conversaciones y actividades lúdico-recreativas, escuchar música a un nivel de sonido adecuado.

12) Fomentar una adecuada comunicación, intercambio de información y colaboración de los profesionales con la familia; informándoles y formándoles sobre las diferentes situaciones alternativas a las sujeciones, mucho más dignificantes, pero asumiendo ciertos riesgos y evitando las complicaciones de éstas.

13) Dotar los recursos humanos necesarios, que permitan una dedicación y estimulación adecuada de las personas con trastornos psicológicos y conductuales.

14) Los centros deben abordar cambios organizativos encaminados hacia las verdaderas necesidades de los usuarios, como la supervisión y vigilancia activa, la estimulación y participación de los usuarios en las actividades y en la planificación del trabajo. "Planificación Centrada en la Persona".

¿Qué requisitos previos e imprescindibles hay que contemplar para el uso de sujeciones?

Dado que las sujeciones mecánicas y/o farmacológicas cercenan derechos y valores fundamentales de las personas, como la libertad, dignidad, autoestima, etc., ha de velarse porque la utilización por parte de los profesionales de las medidas de sujeción, en los casos excepcionales en los que estén indicadas de forma ineludible e imprescindible para proteger su integridad o las de terceros, respondan a los principios de excep-

cionalidad, individualización, necesidad, proporcionalidad, idoneidad, graduación, mínima intensidad posible, tiempo estrictamente necesario y transparencia, debiendo adoptarse todas estas medidas con el respeto debido a la dignidad, privacidad, autoestima, calidad de vida y a derechos fundamentales de la persona como la libertad.

Creo que con todo lo que hemos comentado anteriormente, resulta imprescindible y a su vez un requerimiento de obligado cumplimiento, de la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, que todos los centros sociosanitarios dispongan de un protocolo de actuación a través del cual las medidas de sujeción física y farmacológica deberían limitarse a situaciones excepcionales e imprescindibles, para las que no existan medidas alternativas o bien que estas hayan fracasado tras ser aplicadas anteriormente de forma preventiva; que estas sujeciones en esos casos excepcionales se utilicen con la mayor proporcionalidad a nuestro alcance en relación a la situación que ha de controlarse y con expresa prohibición del exceso; durante el menor tiempo posible y siempre bajo un estricto control, seguimiento y cuidados profesionales, que minimicen o eviten los efectos adversos, lesiones y complicaciones y que le den la mayor seguridad a las personas que deben utilizarlas.

Antes de aplicar una medida de sujeción se precisa de forma previa:

a) Prescripción por parte de un facultativo, tras una valoración por parte de todo el equipo interdisciplinar en la que se seleccione el tipo más adecuado, el tiempo, cuidados complementarios, circunstancias, duración, etc.

b) Consentimiento informado de la persona afectada o bien de sus representantes legales o familiares, previo a la instauración de la misma. Respetando las voluntades o deseos de la persona afectada, sus representantes y familiares.



Estos dos requerimientos solo tienen una excepción, que es ante situaciones urgentes en las que ponga en riesgo su integridad y seguridad o la de terceros; situación en la que el sanitario de mayor grado (enfermero, psicólogo, etc.) podrá indicarla y deberán ser corroboradas por un facultativo con la mayor urgencia posible y del mismo modo obtener el consentimiento de forma diferida.

Tanto la prescripción como el consentimiento informado serán explícitos e individuales para cada una de las medidas de sujeción que hayan de utilizarse, para cada persona y para cada situación. Están absolutamente prohibidos los consentimientos extemporáneos diferidos en el tiempo y solicitados previamente por si pudieran llegar a ser necesarios en el futuro, así como los consentimientos firmados "en blanco" para una posterior cumplimentación, los consentimientos genéricos o los consentimientos "condicionales" (si precisa).

En el documento de consentimiento figurará toda la información acerca de los posibles efectos adversos y riesgos de la misma, los cuales se explicarán de una forma comprensible, empática y tranquila a la persona que lo presta y se hará entrega de una copia una vez cumplimentado y firmado.

Una vez prescrita una sujeción mecánica o farmacológica, se debe implementar un plan de cuidados específicos para la prevención de riesgos y serán revisadas y reevaluadas periódicamente, procediendo a su retirada tan pronto se constate por parte del equipo que no son necesarias.

Tanto las sujeciones físicas como farmacológicas, hasta el séptimo día, se revisarán a diario; entre el séptimo y quinceavo día, se revisarán al menos cada 72 horas; a partir del quinceavo día, se revisarán cada 7 días. Si persistiese la necesidad de seguir utilizando medidas de sujeción se confirmará su

prescripción en el documento homologado definitivo, por el médico, y se establecerán reevaluaciones mensuales para todo tipo de sujeciones físicas y cada tres meses para las sujeciones farmacológicas como máximo, siendo lo óptimo cada 45 días en estas últimas.

“En todos aquellos casos en los que de forma excepcional deban utilizarse sujeciones, se deberá actuar con la máxima transparencia posible”

Parece que todos tenemos claro que es una sujeción física o mecánica; sin embargo, el concepto de sujeciones farmacológicas, aún

suscita muchas dudas e incluso rechazo por parte de los propios profesionales. ¿Nos podía dar una aproximación a esta definición sencilla?

Podíamos definirlo como el uso de psicofármacos, especialmente benzodiazepinas y/o antipsicóticos con la intención deliberada de producir un efecto puramente sedativo, limitando los movimientos, la actividad física, actividades de la vida diaria y el funcionamiento mental (pensamiento, expresión y/o comportamiento).

Según esta definición no constituiría una sujeción farmacológica, el uso de psicofármacos indicados para el control de síntomas negativos (delirios, alucinaciones, insomnio, ansiedad, depresión, etc.), que acontecen en el seno de enfermedades psiquiátricas u orgánicas; siempre que no exista un tratamiento alternativo mejor y cuando se utiliza a las dosis y durante el tiempo necesarios, siempre que se reevalúe su seguridad y eficacia o siempre que no limiten o restrinjan la movilidad ni la actividad física o las actividades de la vida diaria, ni su funcionamiento mental.

Por contra, sí se considera una sujeción farmacológica cuando se utilizan psicofármacos, en los siguientes casos:

a) Para el control de enfermedades psiquiátricas u orgánicas (Ejemplo: delirios, agitación, etc.), si existen otras alternativas terapéuticas mejores, que no producen efectos adversos.



b) Cuando se utilizan de forma intencionada con efecto puramente sedativo, para evitar la deambulación errática (vagabundeo), las llamadas de atención o las preguntas reiterativas.

c) Cuando se utilizan de forma intencionada con efecto puramente sedativo, por conveniencia organizativa, para prolongar el tiempo de permanencia en cama o para disminuir el comportamiento molesto.

d) Cuando se utilizan a dosis más altas de las necesarias para el control de los síntomas para los que se han prescrito, produciendo efectos adversos.

e) Cuando no se revisan periódicamente, permaneciendo más de 3 meses sin reevaluarse, pese a que produzcan efectos adversos.

f) Cuando pese a estar bien prescritos y a dosis adecuadas, se asocian a otros tratamientos para los que no existe base diagnóstica justificativa (ejemplo: anticonvulsivantes, hidroxicina, trazodona, etc.), que actúan como adyuvantes o aditivos, potenciando los efectos sedantes y los efectos adversos referidos. En estos casos, añadidamente, nos podemos encontrar ante una mala praxis.

Podemos observar que el concepto de sujeción farmacológica va vinculado en muchos casos a la intencionalidad con la que se prescriben. Ahora bien, pese a no tener intencionalidad de producir un efecto puramente sedativo, siempre que aparezcan efectos adversos negativos y existiera la posibilidad de que no aparecieran, bien sea mediante un reajuste de dosis o con una mejor alternativa terapéutica, podemos considerar que nos encontramos ante una sujeción farmacológica.

En resumen, podemos concluir que las sujeciones, en general, constituyen una medida de control del comportamiento mediante una limitación externa a la persona ejercida por terceros bien sea a través del cuerpo (Sujeción Física o Mecánica) o bien a través

de la sedación (Sujeción Farmacológica o Química).

Cuando las contenciones sean empleadas adecuadamente, ¿qué medidas y plan de cuidados complementarios se deben abordar?

Tal como hemos reiterado, el riesgo de efectos adversos, lesiones y complicaciones es importante ante el uso de sujeciones, por lo que se debe establecer un plan de cuidados específico y medidas complementarias individualizadas a cada situación; especialmente en las primeras horas o días, por la dificultad de adaptación y el rechazo a las mismas; y posteriormente, durante todo el tiempo que se apliquen, a fin de alcanzar la mayor seguridad en cada persona.

Este plan de cuidados programará o revisará las medidas de sujeción con la frecuencia adecuada en cada caso, según la prescripción facultativa (en general, durante el día cada 30-60 minutos, y por la noche cada 2 horas coincidiendo con los cambios posturales); establecerá medidas para prevenir lesiones en la piel (almohadillado, hidratación, etc.); eliminará el acceso de la persona a objetos peligrosos (mecheros, enchufes, etc.); garantizará en todo momento los cuidados básicos (higiene, aseo, vestido lo más normalizado, paseos y cambios posturales, desplazamientos al baño o cambios de absorbente, alimentación e hidratación); asegurará el mantenimiento de la vía aérea, comprobando que respira adecuadamente y tratará de reducir el riesgo de aspiraciones; y por último programará para que disponga de apoyo afectivo y relacional suficiente, manteniéndoles activos mental y socialmente.

¿En qué situaciones relacionadas con el uso de sujeciones mecánicas o farmacológicas cree que se debe poner algún hecho en conocimiento del juzgado o la fiscalía?

Ya hemos referido que las sujeciones atentan contra un derecho fundamental constitucionalmente protegido, como la libertad de las personas y contra un valor de primer



orden, como la dignidad; por lo que en todos aquellos casos en los que de forma excepcional deban utilizarse sujeciones porque hayan fracasado todas las medidas preventivas previas disuasorias de las mismas, se deberá actuar con la máxima transparencia posible.

Resulta obvio que no debemos generar comunicaciones a los juzgados y/o fiscalías, de una forma generalizada, adoptando una actitud profesional defensiva y coactiva hacia los usuarios, sus representantes legales y familiares; pero sí que existen unos casos en los que parece razonable efectuar esta comunicación por respeto y transparencia.

En aquellos casos en los que existan discrepancias entre la opinión del equipo interdisciplinar, el médico prescriptor y la persona afectada o sus representantes legales, y en especial en todos aquellos casos en los que exista una negativa por parte de la persona u de sus representantes legales, y tanto más en cuanto puedan poner en riesgo su propia integridad o la de terceros (riesgo para la salud pública o urgencia vital), se procederá a utilizar la medida de sujeción puntualmente durante el período de crisis aguda, procediendo a la pertinente comunicación judicial y a la fiscalía de las mismas.

Por otra parte, a raíz de la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, de forma periódica los centros deben remitir información a la Fiscalía de Área correspondiente sobre las sujeciones físicas o mecánicas y farmacológicas o químicas, en las que se detallarán las personas que utilizan sujeciones, las medidas preventivas previas que se utilizaron, el tipo de sujeción, prescripción individualizada de la

medida de sujeción, consentimiento informado, medidas complementarias, revisiones de las medidas de sujeción y el protocolo que regula el uso de las mismas en el centro.

¿Será posible alcanzar en un futuro un sistema de “sujeciones cero”?

En el tema de las sujeciones, sobre todo las físicas, nos queda un camino que recorrer, en el cual debemos cambiar la filosofía o cultura de los cuidados, caminando hacia un modelo más basado en el respeto y deseos de los residentes, sus representantes legales y familiares. Y he citado anteriormente solo las físicas, ya que las farmacológicas constituyen un nuevo término acuñado, que ni siquiera lo comparten todos los profesionales implicados del sector. Creo que nos queda aún “más trecho” que recorrer; pero avanzaremos indudablemente, soy optimista al respecto.

Por último, merece la pena resaltar que, aún sin participar en ningún eslogan publicitario y sin la “necesidad de tener que vender ninguna marca o modelo” para subsistir, en la última década algunos centros residenciales ya nos han demostrado que es posible trabajar sin sujeciones.

Hay centros que ya han logrado dar este salto cualitativo, sin que esto haya supuesto un cambio total con respecto a su funcionamiento previo. No han tenido que incrementar desproporcionadamente sus recursos materiales ni humanos, lo han conseguido “con ciertos retoques”; ahora bien, sobre todo, lo que sí que han efectuado y apostado ha sido por un cambio cultural en el planteamiento de los cuidados y en la filosofía del cuidar.

“En el tema de las sujeciones, sobre todo las físicas, nos queda un camino que recorrer, en el cual debemos cambiar la filosofía o cultura de los cuidados, caminando hacia un modelo más basado en el respeto y deseos de los residentes, sus representantes legales y familiares”



Carmen Zeledón Martínez

Inspectora
Dirección General de Evaluación,
Calidad e Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD
Y POLÍTICA SOCIAL
COMUNIDAD DE MADRID



“La evolución en el uso racional de las sujeciones se ha conseguido gracias a la implicación de todos los Centros en dar calidad y un trato digno a todas las personas ingresadas”

Uno de los puntos a tratar en las visitas de inspección a centros y servicios de atención social son las medidas de sujeción. Desde el punto de vista de la experiencia inspectora, ¿cómo se trabaja el tema de las sujeciones por parte de los centros?

Los centros de servicios sociales tienen claro qué es una sujeción, y que, como limitadora de derechos fundamentales, debe estar prescrita por médico, y contar con el consentimiento informado firmado por el usuario o representante legal.

¿Cómo ha sido la evolución en el uso de sujeciones en los centros de unos años al momento actual?

En mis 18 años de trabajo como inspectora, la evolución ha sido evidente.

En un primer momento, cuando yo entré en el año 2005, lo que la inspección pedía es que las sujeciones colocadas a los residentes estuvieran prescritas por médico. Así mismo, en las inspecciones veíamos muchas sujeciones no homologadas, sobre todo, sábanas usadas a modo de cinturón abdominal. También se pedía que contaran con el consentimiento informado firmado por la

familia, y aquí, nos encontrábamos que en una misma hoja se marcaban con una cruz a boli la aplicación de varias sujeciones a un mismo residente.

Una vez conseguido que el médico prescribiera el uso de sujeciones, se comenzó a solicitar la revisión cada 6 meses de la prescripción.

En el año 2009 se elaboró el primer Plan de Inspección, y ya en el año 2013, se incluyó el uso racional de las sujeciones como Línea de Actuación. Fue un momento decisivo.

A partir de aquí la evolución ha sido constante en el tema de sujeciones, pasando a exigirse su reevaluación de manera mensual. Se comenzó a solicitar antes de prescribir una sujeción, que se hubieran utilizado medidas alternativas al uso de sujeciones, y que fueran individualizadas por cada sujeción que tuviera prescrita un residente. También se evolucionó en el documento del consentimiento informado: debería ser un consentimiento por cada sujeción pautada, e indicarse expresamente los efectos positivos y negativos que ocasiona su aplicación.



Tras la Instrucción de Fiscalía 1/2022, de 19 de enero, nuestra Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación elaboró el Documento de Criterios de Prevención de Uso de Sujeciones Físicas en junio de 2022, aclarando conceptos, e introduciendo tres nuevos documentos: el plan de cuidados complementarios para aquellos usuarios que tengan una sujeción prescrita, la declaración responsable firmada por director/ra del centro donde se especifique qué usuarios tienen prescrita sujeción, tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última reevaluación, y fecha del consentimiento informado, y el plan de reducción de sujeciones. Estos dos últimos documentos están ya recogidos en el Plan de Calidad e Inspección para los años 2023/2024.

La Fiscalía General del Estado elaboró y publicó la Instrucción 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 socio-sanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. ¿Ha supuesto algún cambio la aparición de esta instrucción de la Fiscalía en el modelo de uso de sujeciones en los centros?

Más que un cambio, ha venido a plasmar por escrito unos conceptos, en los que la entonces Subdirección General de Calidad, Inspección, Registros y Autorizaciones (antiguo CIRA), llevaba trabajando año tras año con los centros de servicios sociales, y que se introdujo por primera vez en el Plan de Calidad e Inspección del año 2013. Esta evolución en el uso racional de las sujeciones se ha conseguido gracias a la implicación de todos los Centros de servicios sociales en dar calidad y un trato digno a todas las personas ingresadas en sus centros.

Desde la experiencia del trabajo de inspección, ¿cuáles son las sujeciones que suelen emplearse más en los centros?

Depende del tipo de centro en el que nos encontremos, y los usuarios atendidos en el momento de la inspección (su nivel de dependencia). En las residencias de personas mayores las sujeciones más utilizadas son las barandillas, y después los cinturones abdominales diurnos, y cinturones en cama. Pero si vas a un centro de personas con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta, encuentras otro tipo de sujeciones como muñequeras, sábanas fantasma, o pijamas/buzos.

¿Se suelen utilizar en los centros medidas alternativas concretas a las sujeciones, para aquellas personas a las que se pueda prescribir su uso?

Sí, claro. Los centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid llevan muchos años prescribiendo las sujeciones físicas como último recurso, y después de haber usado otras medidas alternativas a la sujeción.

¿Se encuentra en las visitas de inspección una prescripción y revisión correcta de las sujeciones, así como aplicadas conforme a lo pautado?

En la mayoría de los centros de servicios sociales al comprobar la prescripción de los residentes que tienen colocada sujeción durante nuestra visita, observamos que están correctamente prescritas. Solo un porcentaje pequeño de centros podemos comprobar que se ha colocado una sujeción física sin estar prescrita por médico. Respecto a la reevaluación de la sujeción también comprobamos que se ha realizado mensualmente.

“Solo en un porcentaje pequeño de centros podemos comprobar que se ha colocado una sujeción física sin estar prescrita por médico”



A veces nos encontramos que la sujeción no está correctamente colocada, por ejemplo, un cinturón abdominal que lo tiene un residente debajo de las axilas. También puede darse que tenga prescrito un residente un cinturón abdominal, y tenga colocado un cinturón perineal. Todas estas incidencias las dejamos anotadas en el acta, y hacemos el correspondiente requerimiento de subsanación.

Habitualmente, ¿se dispone del consentimiento informado del usuario/a de la sujeción o de su representante que incluya una información efectiva sobre los efectos adversos de la sujeción?

Sí, lo habitual es comprobar en las inspecciones que en el documento de consentimiento informado que firma el usuario o su representante se incluyen tanto los efectos positivos como negativos que ocasiona la aplicación de una sujeción. No obstante, a veces todavía nos encontramos documentos de consentimiento en los que no aparecen estos efectos, o también en los que se incluyen varias sujeciones prescritas a un mismo residente en el mismo documento. Todas estas incidencias las dejamos anotadas en el acta, y hacemos el correspondiente requerimiento de subsanación.

¿Se han visitado centros que posean un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, acreditado mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones?

En mi caso, sí he podido comprobar centros residenciales que tienen implantado un plan de reducción de sujeciones, y es muy positivo que los Centros de Servicios Sociales vayan en esta dirección.

“Lo habitual es comprobar en las inspecciones que en el documento de consentimiento informado que firma el usuario o su representante se incluyen tanto los efectos positivos como negativos que ocasiona la aplicación de una sujeción”

¿Cuál es su experiencia en relación a los centros con “sujeciones cero”?

Considero que es un paso más en esta evolución, y a veces implica cambiar totalmente el pensamiento y la forma de actuar de un centro de servicios sociales. En esta evolución deben estar incluidos absolutamente todos los trabajadores, desde la persona de limpieza hasta el director, para que un Centro que quiera certificarse como libre de sujeciones funcione. Además, es fundamental en este proceso de llegar a ser centro de libre de sujeciones la comunicación e información de cada paso que se da con las familias.

¿Cuál es la perspectiva de los familiares, así como sus quejas y reclamaciones, respecto a usuarios/as que tengan medidas de sujeción física?

Yo creo que la mayor parte de las familias no son conscientes de los riesgos que entraña colocar una sujeción, ni lo que puede suponer a nivel emocional para el residente, su familiar. Muchas veces “exigen” la colocación de una sujeción en contra del criterio del equipo interdisciplinar del centro, solo por su mera tranquilidad, o para evitar caídas. En estos casos, la labor de información y comunicación del centro con las familias es fundamental para evitar colocar una sujeción a un residente que resulta innecesaria, según criterio del equipo interdisciplinar.



Esperanza Manzanero, Directora de la Residencia Medinaceli



En 2015 Esperanza Manzanero promovió el cambio de modelo asistencial en la Residencia para personas Mayores Medinaceli consiguiendo la Certificación con la Norma Libera-Care de la Fundación Cuidados Dignos al año siguiente. En enero de 2019, desde que echó a andar la residencia para personas adultas con discapacidad intelectual Medinaceli, implantó este modelo de atención, obteniendo su certificación en junio de 2021. En ambos casos ha sido la profesional que ha liderado ambos cursos de cambio, implantación y certificación junto a los diferentes equipos que la han acompañado en estos procesos para ser un centro libre de sujeciones.

¿Qué os motivó a ser un centro libre de sujeciones?

Acudí junto con parte del equipo a una jornada informativa que organizó la *Fundación Cuidados Dignos* en Madrid en 2015, y conocimos el modelo de cuidar sin sujeciones, las experiencias en otros países y las primeras en España. Realmente vimos que además de ser una tendencia y una alternativa como modelo de atención, había un trasfondo ético con un gran potencial transformador y de cambio para la organización, que hizo que lo valorásemos ya como una necesidad de evolución en el buen cuidar, tanto por el beneficio hacia las personas cuidadas, como a las personas allegadas, como hacia los profesionales y por lo tanto también para la institución.

¿Qué miedos teníais antes de empezar?

Además de miedo nos encontramos con escepticismo e incluso rechazo por parte de algunos profesionales y familiares. Las reticencias se centraban en las responsabilidades por posibles caídas o accidentes y sus consecuencias, también en desconocer las medidas alternativas a las sujeciones físicas y por último en el esfuerzo que implica las necesidades de cambio y adaptación de la organización para situar a la persona cuidada realmente en el centro de la organización, que irremediamente nos lleva a un cambio en el modelo de atención, es decir del cuidado, supervisión y acompañamiento de los residentes.

¿Qué fase del proceso ha sido la más complicada?

Diría que la inicial, donde se hace partícipe a todo el equipo de la voluntad y decisión de evolución en el de modelo de atención, realizando una labor pedagógica extensa e intensa de sensibilización, información y formación a todos los profesionales de todos los departamentos, y también sobre los residentes y familiares. Ahí tuvimos que ir superando la resistencia al cambio y convertir el rechazo inicial en convencimiento y proactividad.



¿Qué recepción ha tenido esta iniciativa entre los familiares? ¿Y entre los usuarios?

He podido observar dos escenarios, por un lado, en la Residencia de Mayores se pasó de las reticencias y dudas iniciales al reconocimiento y agradecimiento por el esfuerzo en cuidar de otra manera cuando se culminó el proceso. Advirtiéndoles que para ellos el impacto visual y emocional por convivir en un entorno más amable libre de sujeciones es positivo. Por otro lado, en el proyecto para personas adultas con discapacidad intelectual que nació ya con este modelo de atención, y así hicimos partícipes a las personas candidatas al ingreso y a sus familiares, estos lo aceptaban y asimilan sin dificultad. En ambos casos la satisfacción es importante.

¿Cómo habéis implantado este sistema entre los profesionales?

Tengo que advertir que los miedos, dudas y el rechazo inicial lo podemos encontrar en cualquier profesional, bien sea del servicio médico o de limpieza pasando por el personal auxiliar cuidador, porque todos están implicados y deben colaborar activamente asumiendo su parte de responsabilidad. La formación, la comunicación, el conocer las medidas alternativas, el poner en común los pasos a dar en cada fase para que así todo el personal asimile los cambios que son fundamentales.

Podría decir que hay un proceso de *liberar a los residentes* de sujeciones físicas y otro en paralelo de *liberar a los profesionales*, entendiendo que superamos las convicciones que nos han llevado a cuidar con sujeciones.

¿En qué sentido ha cambiado vuestro centro?

Son centros más seguros paradójicamente, más cercanos, más accesibles y con una relación más asertiva con los residentes y sus familiares. Somos todos conscientes de que el riesgo “cero” de accidentes no existe, pero tenemos la certeza de que cuidamos pensando siempre en lo mejor para la persona cuidada.

¿Qué consejo daríais a un centro que esté pensando en dar este paso?

Que se informen, que valoren experiencias de profesionales de otros centros, que les visiten, que pongan en común y les hagan partícipes de sus reticencias y dificultades, y que busquen e impliquen dentro de sus equipos a profesionales que se unan al proyecto siendo los impulsores y motores del cambio.

“Somos todos conscientes de que el riesgo “cero” de accidentes no existe, pero tenemos la certeza de que cuidamos pensando siempre en lo mejor para la persona cuidada”



Hacia la calidad de vida y el no uso de sujeciones físicas ni químicas en el cuidado de las personas



Ana Urrutia es médica geriatra, gerontóloga, experta en bioética y bioderecho, Doctora en Geriatría, Presidenta de la Fundación Cuidados Dignos y creadora de la "Norma Libera-Care".

En las sociedades desarrolladas estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento de la población. Y es innegable que de la mano del envejecimiento poblacional se está produciendo un aumento de la dependencia. No solamente aumenta el número y la proporción de personas dependientes, sino que también estamos asistiendo a un aumento de la gravedad de la dependencia. El grado de dependencia en las personas atendidas en los servicios sociales y sanitarios es cada vez mayor. En consecuencia, junto al aumento del nivel de la dependencia aumenta la necesidad de cuidados y su complejidad, lo que supone todo un reto mayúsculo para la Sociedad en general.

Por esa razón será necesario hacer una verdadera apuesta por un nuevo paradigma de atención que se comprometa con alcanzar la calidad de vida en el cuidado, lo que a su vez obligará a atraer, buscar y generar talento en profesionales cualificados de nueva incorporación y en quienes en el momento actual ya desarrollan su labor en el sector. Así pues, para enfrentarse al desafío de

ofrecer cuidados de alta calidad a las personas con dependencia, el sector social necesitará innovar e implantar nuevas tecnologías, así como requerirá la capacitación y formación de sus profesionales en aspectos éticos, clínicos, humanos, tecnológicos y de innovación.

“Cuando hablamos de Atención Centrada en la Persona estamos hablando de dignidad y de calidad de vida”

En los últimos años, tanto en las organizaciones del ámbito de lo social, como de lo sanitario, se ha empezado a verbalizar la necesidad de avanzar en el desarrollo e implantación de modelos de atención y cuidado centrados en la persona. Y son muchas las instituciones que dicen estar implantándolos e incluso haberlos alcanzado. Sin embargo, y si bien es cierto que la eliminación completa de las sujeciones físicas y químicas no permite afirmar que una organización esté centrada en la persona, también es cierto, atendiendo al Principio Bioético de Autonomía, que no hay Atención Centrada en la Persona si dicha Atención no es “Libre de Sujeciones”.



“Cuidar sin sujeciones no depende tanto del perfil de paciente sino de la capacidad y capacitación de los equipos de profesionales”

De esta forma cuando hablamos de Atención Centrada en la Persona estamos hablando de no sujetar, y en consecuencia estamos hablando de dignidad y de calidad de vida. La calidad de vida, que, en el desarrollo ético, se relaciona directamente con el concepto de la dignidad, es uno de los fundamentos que justifican la reducción del uso de sujeción en las personas cuidadas.

Todo esto hace que haya determinados fundamentos sobre el cuidado que resultará imprescindible interiorizar si se quiere lograr adoptar la perspectiva de la calidad de vida y el no uso de sujeciones físicas ni químicas en el cuidado de las personas: Cuidar

sin sujeciones no depende tanto del perfil de paciente sino de la capacidad y capacitación de los equipos de profesionales ya que ante una misma persona cuidada ciertos equipos trabajan con sujeción y otros lo hacen sin ella. Cuidar sin Sujeciones supone principalmente un Cambio Cultural más que la aplicación de alternativas al uso de sujeción. Cuidar sin Sujeciones depende también de la creación de un entorno físico y ambiental humanizado y adaptado a las personas. Y cuidar sin Sujeciones supone trabajar desde la mentalidad de "lo terapéutico es no sujetar", contemplando las capacidades de las personas cuidadas antes que

sus deficiencias y buscando satisfacer sus necesidades no cubiertas.

Es necesario cambiar el paradigma que nos permita centrarnos en la persona, dejar de sujetar, dignificar el cuidado y en definitiva, cuidar con calidad de vida. Pero los paradigmas no cambian espontáneamente, por lo que debemos de mostrar una proactividad que posibilite hacerlo. Y para ello serán claves los cambios legislativos y el apoyo institucional a la formación y la capacitación de nuestras y nuestros profesionales.



Atención libre de sujeciones. La propuesta de la SEGG



José Pascual Bueno

Coordinador de la Comisión sobre la Eliminación de Sujeciones de la SEGG

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), en mayo de 2021, me encargó la coordinación de una nueva **Comisión sobre la Eliminación de Sujeciones**, compuesta por expertos en la materia y con perfiles profesionales diversos, con el objetivo de revisar y actualizar el *Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas*, realizado en el año 2014, en el que se definían las líneas de posicionamiento de la SEGG en esa materia y en ese

momento. Después de 8 años de su publicación, habiendo aparecido durante ese tiempo varias leyes y normas autonómicas de servicios sociales, así como actualizaciones y modificaciones al respecto, la SEGG, desde la Comisión sobre la Eliminación de Sujeciones, propone **que el cuidado a las personas se haga sin la utilización de sujeciones y que no estar sujeto es un derecho. Es hora de ponerlo en práctica.**

La 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).

En el 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)** que habrá de **aprobarse por la entidad competente** de la Comunidad Autónoma, y cuya ejecución se controlará por la **inspección de centros**.



“La 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)”

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 estos casos se recogerá de manera detallada el motivo por el que han fracasado otras medidas alternativas.**

La aplicación de sujeciones siempre estará sometida a un **procedimiento documentado**, que deberá contar con prescripción médica, supervisión técnica, consentimiento informado, determinación de tiempos y formato de la sujeción, así como un análisis de los riesgos que entrañaría su uso. **Será obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal.**

La SEGG recuerda que todos los usuarios atendidos en centros residenciales deben recibir una atención de calidad. 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.**

La Comisión sobre la Eliminación de Sujeciones de la SEGG insiste en el derecho de las personas a vivir sin ser sometidas a medidas de limitación de la movilidad. Las instituciones deberán tomar las medidas necesarias, incluyendo el que **todos los profesionales reciban formación sobre cuidados libre de sujeciones.**



Las sujeciones en la normativa actual



Ildefonso Montero Tineo

Subdirector General de Inspección de Centros y Servicios Sociales

D.G. de Evaluación, Calidad e Innovación

Consejería de Familia, Juventud y Política Social

En la actualidad, existen pocas dudas que el uso de sujeciones puede limitar derechos fundamentales de las personas constitucionalmente reconocidos, la libertad, y una cualidad inherente al ser humano, la dignidad. Es por ello que, en la atención a los residentes, las medidas tomadas han de ser siempre necesariamente proporcionadas, respetando en todo momento los derechos fundamentales de la persona. Estos derechos, están regulados de forma precisa, como hemos indicado, en la Constitución Española, como la libertad, y valores como la dignidad, autoestima y bienestar personal, que se citan expresamente en el Capítulo I del Convenio de Oviedo, 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 de 4 de abril de 1997 y posterior ratificación en el año 1999; todo ello, en el caso personas para las que debemos velar por una especial protección, en tanto que en muchos casos tienen limitada o han perdido su capacidad decisoria.

La Comunidad de Madrid, en el ejercicio de las competencias otorgadas en su Estatuto de Autonomía, en el artículo 26 1.23 y 24, es responsable del desarrollo de políticas públicas de promoción, ayuda, protección y tutela de las personas mayores, los niños y adolescentes, las personas con disca-

pacidad física, sensorial o intelectual, las afectadas por una enfermedad mental crónica y de los demás grupos de población necesitados de especial atención.

La ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid tiene por objeto, no sólo garantizar la adecuada actuación de los Centros de Servicios Sociales y Servicios de Acción Social desde un punto de vista de estricta legalidad, sino también asegurar la adecuada prestación de los servicios sociales por las Entidades autorizadas de acuerdo con parámetros de calidad, tanto de aspectos materiales y funcionales como a los procesos definidos para la prestación de los servicios.

Como novedad normativa, y siguiendo ya el ejemplo marcado por distintas legislaciones autonómicas, en el artículo 5.2. de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, recoge el derecho específico de las personas usuarias a:

“h) No ser sometidas a restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa ni supervisión. Cuando exista un riesgo evidente para la seguridad de los usuarios u otras personas y resulte necesaria la adopción de medidas urgentes de esta naturaleza, estas deberán recibir validación facultativa en el plazo más breve posible y, en todo caso, inferior a 24 horas. Las actuaciones se motivarán por escrito y tendrán constancia formal en la Historia Social Única de los usuarios, de acuerdo con lo



que se establezca por vía reglamentaria.”

Por ello, la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, ha ido controlando, comprobando y orientando a los centros en el uso racional de las Sujeciones. Actualmente se encuentra en vigor la Orden 2943/2022, de 13 de diciembre, de la Consejera de Familia, Juventud y Política Social, por la que se aprueba el Plan de Calidad e Inspección de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2023-2024.

Dicho Plan, en su Línea II de actuación, atribuye a la Inspección, de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios Sociales, la verificación del uso racional e individualizado de las sujeciones. Para ello se comprobará “en primer lugar, la valoración de medidas concretas alternativas a cada sujeción, así como la prescripción de la misma por un profesional médico, y su aplicación conforme a lo prescrito. También, el contenido de dicha prescripción médica y la existencia y el contenido del consentimiento informado de la persona usuaria o de quien le represente.” Asimismo, se introducen una serie de novedades respecto a los Planes de Inspección de años anteriores, conforme al documento de Criterios de Prevención y Uso de Sujeciones Físicas en Centros Residenciales y Centros de Día para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y con Enfermedad Mental que se dictó el pasado 2 de junio de 2022: “...se comprobará que existe una declaración responsable, firmada por la persona que dirige el centro, en la que se detalle la relación de personas usuarias que utilizan sujeciones; y que los centros residenciales y centros de día tienen un compromiso formal respecto a la reducción de las sujeciones.”

Asimismo, la Consejería está trabajando a través de la inspección en el impulso de la implantación y utilización de planes, protocolos y registros en los centros, de manera

que repercutan en la mejora de la atención prestada y en el bienestar de las personas, y que faciliten la medición integral y continuada del servicio prestado en el ámbito de las sujeciones. De esta forma, se dictó el pasado 2 de junio de 2022, por el Director General de Evaluación, Calidad e Innovación, el documento de Criterios de Prevención y Uso de Sujeciones Físicas en Centros Residenciales y Centros de Día para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y con Enfermedad Mental.

Como novedades introducidas por dichos criterios, destaca:

1. La Declaración responsable del Director del centro en el que conste la relación de usuarios con sujeción. Es de decir deberá constar en dicha declaración la relación de personas que tienen prescritas sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción,

fecha de última reevaluación y fecha del consentimiento informado. Dicha declaración responsable deberá estar a disposición del servicio de inspección.

2. Medidas y Plan de Cuidados Complementarios, desde el mismo momento en el que se prescribe una medida de sujeción debe prescribirse un plan de atención o un plan de cuidados y medidas complementarias dirigidas a mejorar la seguridad durante su uso evitando las lesiones, accidentes y los efectos adversos de éstas.

3. El Plan de reducción de sujeciones; todas las personas atendidas en el ámbito del Sistema para la Autonomía Atención a la Dependencia tienen derecho a recibir una atención libre de sujeciones. El reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona debe ser el eje vertebrador de la atención y apoyos a todas las personas.

Se exige que los centros de atención residencial y centros de día tengan un com-



promiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acreditará mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones que contemplará la reducción gradual de las mismas, siendo únicamente posible su utilización de manera excepcional.

El Plan debe valorar las preferencias de la persona residente o de sus representantes y contendrá medidas alternativas de apoyo preventivo, positivo y respetuoso que minimicen el uso de medidas restrictivas, como las sujeciones.

Como ya indica el documento de Criterios de prevención y uso de Sujeciones Físicas de la Comunidad de Madrid, la prescripción de sujeciones debe realizarse con la mayor proporcionalidad en relación a la situación que ha de controlarse y con expresa prohibición del exceso; durante el menor tiempo posible y bajo un estricto control,

seguimiento y cuidados profesionales que minimicen o eviten las complicaciones y den la mayor seguridad en cada caso. En el momento actual asistimos a un cambio importante en cuanto al equilibrio entre cuidar y proteger, debiendo considerar no solamente la salud y la protección frente al riesgo; sino también la autonomía y los deseos o preferencias individuales como un bien a preservar.

Todo ello ha hecho necesario la constitución por parte de la Comunidad de Madrid, de unos criterios a través de los cuales las medidas de sujeción deberían limitarse a situaciones excepcionales e imprescindibles, para las que no existan medidas alternativas o bien que hayan fracasado todas las medidas alternativas aplicadas de forma preventiva.

Se exige que los centros de atención residencial y centros de día tengan un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acreditará mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones que contemplará la reducción gradual de las mismas, siendo únicamente posible su utilización de manera excepcional.



La Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación, de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, es la competente en el fomento de la calidad asistencial en todos los centros y servicios de acción social de la Comunidad de Madrid, así como en el impulso de la investigación, estudio, gestión del conocimiento y la formación especializada en innovación social y en materias propias de los servicios sociales y del emprendimiento social de la Consejería.

En el ejercicio de dicha competencia, la Consejería lleva a cabo distintas actuaciones, entre las que se encuentra el Boletín de calidad e innovación. Este Boletín se concibe como un espacio donde ofrecer a los responsables de los centros y servicios de acción social formación e información en las materias mencionadas, tanto procedente de la Dirección General, como originada en los propios centros y servicios y comunicada por estos para su difusión.

