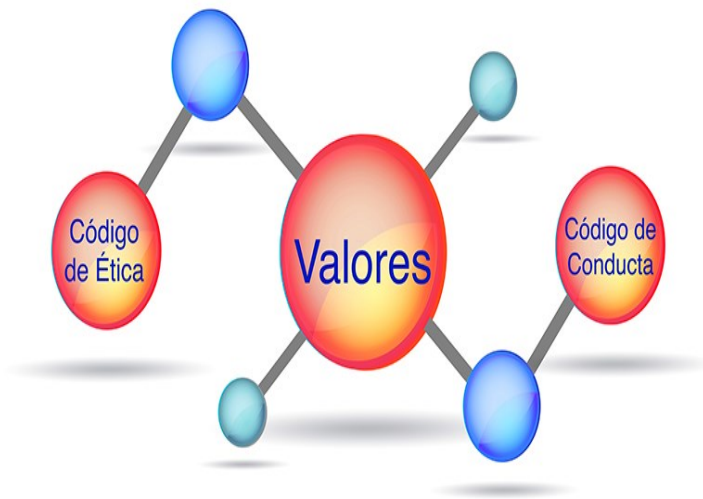


Consideraciones Éticas y Jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas

**Ámbitos Social y
Sanitario**



*Reunión ELB-Tenerife 20
junio 2018. Análisis del
Documento*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, está adquiriendo progresivamente mayor protagonismo la utilización de **contenciones físicas y farmacológicas**, entendiéndose como tales las **medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento**.

El debate sobre:

- ✓ **su uso tanto en el ámbito sanitario como el social,**
- ✓ **la idoneidad de sus indicaciones**
- ✓ **y las condiciones de la práctica del procedimiento**

Resulta efectivamente trascendente, tanto por la frecuencia de su uso en determinadas circunstancias, como por afectar directamente a derechos fundamentales como:



- **la libertad del individuo**
- **al respeto a la dignidad de la persona**
- **y a su autonomía personal.**



INTRODUCCIÓN

Los miembros del **Comité de Bioética de España**, como órgano colegiado independiente y de carácter consultivo sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud, **creemos relevante emitir un informe con unas recomendaciones al respecto, a fin de:**

Orientar hacia el uso adecuado de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario:



pues una de las manifestaciones de la **protección de la dignidad de la persona** es precisamente la humanidad en el trato y en la asistencia cotidiana que adquieren especial relevancia cuando existen **actuaciones como la contención, que, aun siendo legítimas por estar justificadas, pueden ser o no adecuadas según la forma en que se apliquen.**

INTRODUCCIÓN

Podemos encontrar referencias al tema que nos ocupa con diferentes términos como *contención, restricción o sujeción, denominada asimismo según su naturaleza como física o mecánica y farmacológica.*

En cualquier caso se refieren estos términos a *medidas terapéuticas utilizadas con el objetivo de:*

“Restringir la movilidad del paciente”

Se recurre a ellas fundamentalmente *en casos de agitación para evitar autolesiones o lesiones a otras personas, o bien para poder llevar a cabo un tratamiento.*

Entre los *fármacos* que se utilizan para lograr esta restricción podemos mencionar *los neurolépticos o las benzodiacepinas,* y entre las *medidas físicas* la utilización de *dispositivos como manoplas, muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras y barras laterales.*

INTRODUCCIÓN

Es importante tener en cuenta que en el **ámbito sanitario** las contenciones se utilizan en **entornos hospitalarios** en:



situaciones de intervención aguda y con un límite temporal de permanencia en el centro.

Mientras que en el **ámbito de los Servicios Sociales** las contenciones se aplican:

- bien en los recursos denominados intermedios, como ayuda a domicilio, centros de día para personas mayores, centros de apoyo a la integración para personas con discapacidad.
- o bien en centros de alojamiento que son lugares de vida permanente de las personas.

INTRODUCCIÓN



Respecto a la **prevalencia del uso de contenciones** tanto en el ámbito social como en el sanitario no existen cifras globales exactas.

Los datos disponibles sugieren que el uso de sujeciones físicas en el conjunto de residencias geriátricas españolas es alto.

Existen estudios que aprecian una importante variabilidad de la prevalencia según el país del que hablemos, lo que apunta a una cierta complejidad de los factores condicionantes.

INTRODUCCIÓN



Estudios que han reflejado que **España tiene comparativamente un porcentaje de uso de sujeciones muy superior al resto de los países observados, llegando casi al 40%**, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y otros países cuya prevalencia no llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón.

El uso de sujeciones en residencias estadounidenses disminuyó desde un **21% en 1991 a un 5% en 2007**, en lo que parece que han tenido mucho que ver las denuncias consecuentes por los accidentes secundarios y la sensibilización ciudadana.

INTRODUCCIÓN



La realidad es que *tenemos escasos datos globales, actualizados y debidamente estandarizados de uso de contenciones en España.*

Así, según *la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores (CEOMA)*, se aprecia una gran variabilidad en las residencias geriátricas, **desde un 7% hasta un 90%.**

Sabemos también por otras fuentes que es una situación muy frecuente en los centros residenciales de personas mayores en nuestro país, y al respecto podemos encontrar informes en los que, en el transcurso de *tareas de inspección, se detectan un gran número de personas físicamente sujetadas de manera permanente, alcanzando cifras cercanas al 40% de los residentes, apreciando que la mayoría de ellos padece algún tipo de demencia.*

INTRODUCCIÓN

Por otra parte
contención:

“si bien con
mediante
inmovilizador
paciente y e
mayor segu
pacientes cc
que lo atiend



Reflexión

utiliza la

excepcional,
restringidos
de un
perseguir su
o a otros
el sanitario



INTRODUCCIÓN



- *Su uso en los centros sanitarios se estima incluso en **un tercio de los pacientes en los hospitales terciarios**, alcanzando mayor proporción en los pacientes mayores de 65 años, siendo significativo su uso en determinadas circunstancias en unidades relacionadas con los cuidados intensivos, neonatología y salud mental.*
- *No disponemos de datos de uso en domicilios privados, pero sí de **estimación de un alto porcentaje de desconocimiento de alternativas por parte de los cuidadores***

INTRODUCCIÓN



Por otro lado, debemos **advertir que:**

- **Su uso no está exento de problemas**, no sólo desde el punto de vista ético o legal sino también por las complicaciones para la salud del paciente que pueden ocurrir.
- Entre las **complicaciones relacionadas con las contenciones** debemos mencionar por su frecuencia o por su trascendencia que están descritos casos de lesiones de distinto grado de gravedad por caídas o golpes, laceraciones, úlceras por presión, lesiones neurológicas, isquemia en miembros, neumonías o asfixia por broncoaspiración, y casos de muerte súbita o por asfixia mecánica.
- Además, su uso **puede aumentar también la ocurrencia de eventos adversos**, aunque no sean consecuencia directa de las contenciones, apreciándose por ejemplo una mayor incidencia de infecciones nosocomiales en estos pacientes.

ASPECTOS NORMATIVOS





Resulta difícil encontrar normativa o legislación específica sobre el uso de contenciones, si bien es verdad que **podemos encontrar referencias genéricas a éstas o bien hacia los derechos, principios y valores que se ven comprometidos por el uso de las mismas, como la libertad, la dignidad o la autonomía.**

En otros casos encontramos **normativa que hace referencia a la forma o proceder de actuación de los profesionales encargados de prestar asistencia.**

Y finalmente **existe escasa normativa, promulgada en los últimos años, acerca del uso de las sujeciones.**



Por tanto, a pesar de que las contenciones mecánicas y farmacológicas constituyen un tema controvertido, sobre todo en la asistencia geriátrica, por sus repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas,



**apreciamos que no
existe legislación específica
a nivel estatal**

Describiendo la normativa relacionada con el tema que nos ocupa por orden cronológico, **en la Constitución Española de 1978, en el artículo 1.1, se proclama que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico**, y al referirse a los derechos fundamentales menciona en sus artículos 10, 15 y 17 algunos aspectos que debemos destacar.

Así, **en el artículo 10 reconoce que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social, a la vez que aclara que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades deben interpretarse de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.**

El artículo 15 declara el derecho de todos a la integridad física y moral, así como a no sufrir tratos inhumanos o degradantes,

y en el artículo 17 se establece el derecho a la libertad física de las personas. Posteriormente y ya en otro Capítulo, al hablar de los principios rectores de la política social y económica, reconoce también en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud.

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, la Ley General de Sanidad, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo dicho derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución.

En su **artículo 9 se establece que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes.**

y en su **artículo 10 son de destacar entre los derechos que tenemos todos, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, el respeto a la personalidad la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.**

En la **Comunidad Autónoma de Madrid se dictó la Orden 612/1990**, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.

En ella apreciamos entre los **requisitos funcionales comunes a todos los Servicios y Centros el deber de garantizar los derechos legalmente reconocidos a los usuarios.**

Asimismo establece que **los principios generales de actuación se inspirarán en los principios generales establecidos en el artículo tercero de la entonces vigente Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.**

El artículo referido de esta Orden fue derogado por el Decreto 21/2015, de 16 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba **el Reglamento Regulador de los Procedimientos de Autorización Administrativa y Comunicación Previa para los Centros y Servicios de Acción Social en la Comunidad de Madrid, y la inscripción en el Registro de Entidades, Centros y Servicios.**

La Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó, el 16 de diciembre de 1991, unos "**Principios en favor de las personas de edad**", con el fin de alentar a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales, cada vez que sea posible, los principios a favor de las personas de edad.

Entre ellos debemos mencionar el que hace referencia a que **las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio, o que deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad, o tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.**

El 4 de abril de **1997 fue firmado en Oviedo el 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).**

Posteriormente fue aprobado y ratificado, entrando en vigor en España el 1 de enero de 2000. En él los Estados **se comprometen a proteger al ser humano en su dignidad y su identidad, y a garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la medicina.** Asimismo se establece que **el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad.** En este sentido, como regla general para el consentimiento, debemos tener en cuenta que una intervención en el **ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento, para lo cual deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias, consentimiento que podrá retirar libremente en cualquier momento.**

Ahora bien, y en relación con las circunstancias que están presentes frecuentemente cuando se decide hacer uso de las contenciones, **el Convenio hace referencia a la protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, en cuyo caso sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.**

Además, y siguiendo con el contenido del mismo artículo, **cuando a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, una persona mayor de edad no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley, debiendo intervenir la persona afectada, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.**

Es de destacar para el tema que nos ocupa, que en estas circunstancias, **quien deba prestar la autorización deberá recibir, en iguales condiciones, la información necesaria a la que se refiere la regla general, y que dicha autorización también podrá ser retirada en cualquier momento en interés de la persona afectada.**

Por otro lado, el Convenio hace **especial referencia a la protección de las personas que sufran trastornos mentales**, y así establece que **la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.**

Siguiendo con cuestiones clave aplicables en el caso de las contenciones, **se aclara que cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.**

Debemos de tener en cuenta además, que **hemos de tomar en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que en el momento de la intervención no se encuentre en situación de expresar su voluntad.**



Por último, el **Convenio** establece unos **límites para las restricciones del ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección, que no podrán ser otras que las que constituyan medidas necesarias en una sociedad democrática para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas, y que estén previstas por ley.**

Cabe destacar entre las **normas de ámbito autonómico la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía.**

En el **Título V se hace referencia a los servicios sociales a las personas con discapacidad, y en su artículo 32, dedicado a los centros residenciales,** advierte del especial tratamiento que habrá de dispensarse a aquellas personas con trastornos de conducta asociados a su discapacidad y a aquellas otras personas con minusvalía psíquica sometidas a medidas de seguridad privativas de libertad, que en ningún caso será discriminatorio con respecto a la atención que se presta al resto de las personas con discapacidad.

Asimismo dice en su artículo 34, que los usuarios de los centros residenciales y de día gozarán, entre otros, del derecho a participar y ser oídos, por sí o sus representantes legales, en aquellas decisiones o medidas relacionadas con la atención que han de recibir en ellos.

En relación con la pérdida del derecho a la libertad en situaciones de carácter sanitario, la **Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que permanecerá vigente hasta el 30 de junio de 2017**, en su artículo 763 se ocupa de los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico. Establece que el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial. Aclara además que la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso el responsable del centro en que se produzca el internamiento deberá dar cuenta al Tribunal competente lo antes posible, siempre dentro del plazo de veinticuatro horas, para que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida en las siguientes setenta y horas .

Por otra parte, en el ámbito de las **Comunidades Autónomas, el Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales**, establece la necesidad de exigir medidas para reforzar la protección de las personas usuarias de los servicios sociales. Entre otros requisitos está la redacción de un número mínimo de protocolos y registros, como el referido a las contenciones de personas, ya que hasta entonces la mayoría de entidades de servicios sociales no tenían.

Surgen posteriormente en otras autonomías, normas en el mismo sentido, como la Circular de la Gerencia del Servicio Regional de bienestar Social de la Comunidad de Madrid en 2006, de obligado cumplimiento del Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas en todos los centros gestionados por el mismo.

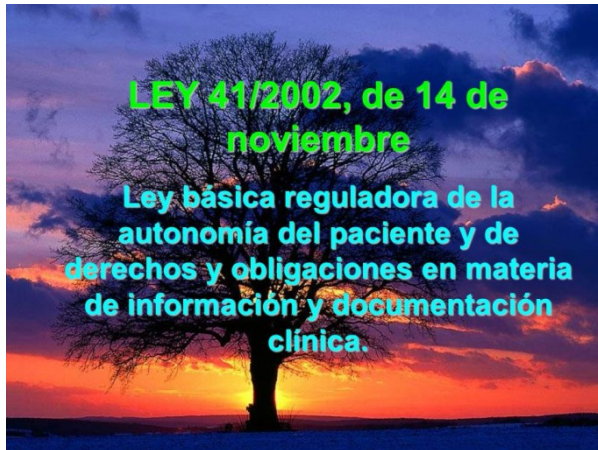
De nuevo en el **ámbito autonómico es de destacar que en Cataluña la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente**, y a la documentación clínica, destina el artículo 6 del capítulo 4 al Consentimiento Informado y establece que "cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido informada previamente". También dice que "la responsabilidad de garantizar el derecho a la información corresponde al médico y que también tienen que asumir responsabilidades los profesionales asistenciales que apliquen una técnica o procedimiento concreto".

Asimismo, se hace una excepción a la exigencia del consentimiento informado y lo otorga por sustitución cuando, ante el riesgo inminente de la integridad física o psíquica del enfermo, no se puede obtener la autorización o cuando ocurre que el enfermo no es competente para tomar decisiones. En este caso, el consentimiento, lo dará la familia o el representante legal de la persona enferma.



En el mismo sentido se posiciona la **Junta de Galicia con la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes**, en relación con el cambio de cultura jurídica en la relación clínica, evidenciado en la afirmación del principio de autonomía de la persona, que supone dejar al margen una relación caracterizada por un sentido paternalista y regida por el principio de beneficencia, para alcanzar una nueva situación, acorde con los tiempos, en la que el paciente y sus derechos se configuran como los protagonistas.

De modo similar, en ***la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Madrid, Ley 12/2001, de 21 de diciembre***, se establece que los principios de la organización sanitaria son la orientación al ciudadano como persona, su autonomía y la garantía de los derechos a la intimidad y a la protección de los datos de carácter personal, donde todos los ciudadanos serán objeto de la misma consideración y respeto, y donde el desarrollo y la aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema sanitario se llevarán a cabo teniendo en cuenta el enfoque de la ética aplicada a la sanidad, así como las recomendaciones establecidas en las Declaraciones Internacionales de Bioética suscritas por España.



Al año siguiente se promulga **la 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**. Desde entonces ha habido revisiones de su contenido en algunos aspectos que posteriormente serán comentados, hasta llegar a la versión que actualmente está en vigor. La figura del Consentimiento Informado se regula de forma que se establece que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información necesaria haya valorado las opciones propias del caso.

En **abril de 2002 las Naciones Unidas celebran en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Fruto de esta cumbre mundial surge el **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración Política correspondiente**, que marcan un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad para todas las edades. En esta Declaración se advierte explícitamente que el abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas, tanto física, psicológica, emocional o financiera, y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas.



Posteriormente **la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 66/127, designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez**, representando el día del año en el que todo el mundo expresa su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a los mayores.

Por otra parte, **la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena. De esta manera, establece que los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

Asimismo, 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, y en todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

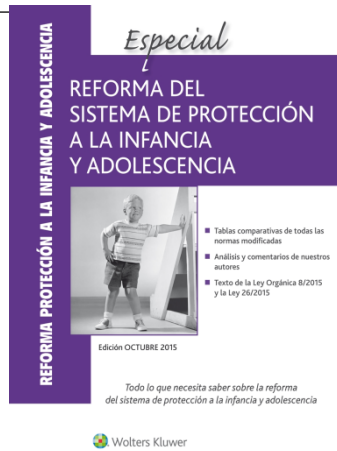
Por otra parte, en **septiembre de 2004 el Consejo de Europa, a través del Comité de Ministros, adopta la “Recomendación Rec (2004)10” a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental.** Aunque se ocupa únicamente de las personas con trastorno mental, establece una serie de principios y deberes que deben ser tenidos en cuenta a la hora de decidir sobre la adopción o no de medidas de contención física o farmacológica. Concretamente, el artículo 27 establece que las medidas de contención o restricción sólo se podrán emplear en instalaciones adecuadas, y según el principio de mínima restricción, para prevenir daños inminentes en la persona afectada o en otras, y en proporción a los riesgos existentes, y que esas medidas sólo podrán aplicarse bajo supervisión médica y deberán quedar adecuadamente documentadas.



En el año **2005**, **la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO** proclama en su artículo 8 el principio de respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, que es de especial aplicación en el campo de las medidas de contención, en los términos siguientes:

“Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.”

Un caso especial es el **Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra**, desarrollando el artículo 8 de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Esta Ley establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal.



Recientemente, **el artículo 27.2 de la Ley Orgánica 8/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**, regula por primera vez en ese ámbito, extrapolable al nuestro, la aplicación de medidas de sujeción mecánica al menor, para aclarar que las mismas se regirán por los principios de excepcionalidad, necesidad, provisionalidad y prohibición del exceso, aplicándolas con la mínima intensidad y por el tiempo estrictamente necesario, llevándose a cabo con el debido respeto a la dignidad, privacidad y derechos del menor. Mutatis mutandi todos esos principios e idéntico respeto por la dignidad y privacidad deberán ser observados cuando los destinatarios de las medidas sean enfermos, peligrosos o incapaces.

Por último, debemos tener presente la el **Código Penal, cuya versión vigente data de 2015**. Son de especial interés en nuestro caso algunos artículos que hacen referencia a malos tratos, e indirectamente a la sujeción, que puede tentar a la dignidad de la persona. Así debemos tener en cuenta los artículos 147, 148 y 153 del Título III referidos a lesiones. Del Título VI de delitos contra la libertad el artículo 169 sobre amenazas, y 172 sobre coacciones. Del Título VII el artículo 173 sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral. Del Título XII de los delitos contra las relaciones familiares, los artículos 226 y 299 en relación con el abandono de familia, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.

