

POSTURA DE LA AMSM ANTE EL DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE SUJECIONES MECÁNICAS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Desde la AMSM nos hacemos eco y establecemos nuestra postura ante el documento que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha distribuido el 14 de Febrero de 2018 a todas la gerencias de los centros hospitalarios sobre el uso de sujeciones mecánicas.

El documento recoge una serie de recomendaciones de aplicación a todas las especialidades médicas. Centraremos nuestro análisis en lo que se refiere al campo de la salud mental.

Ponemos a vuestra disposición los documentos originales en estos enlaces:

[SUJECIONES FÍSICAS. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS Y ...](#)

[SUJECIONES FISICAS. HOJA INFORMATIVA con dictamen Favorable del CTCL.PDF](#)

Consideramos este documento un avance necesario, pero también claramente insuficiente.

Este documento es un avance necesario:

En primer lugar, consideramos que este documento es un avance necesario para todo el camino que queda por recorrer hasta lograr una atención digna y respetuosa con los derechos humanos y con el horizonte de cero sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios.

Consideramos que es un avance en el cambio de la cultura necesario hacia ese objetivo el que la Consejería establezca que las sujeciones físicas implican “la restricción de un derecho fundamental de la persona -la libertad- y una cualidad inherente al ser humano -la dignidad-”. Esta es una práctica que ha sido calificada como tortura ante la Asamblea General de las Naciones Unidas ([enlace](#)). La AEN, junto con otras organizaciones, firmó una [carta](#) de apoyo al informe del Relator de Naciones Unidas sobre el derecho a una atención de calidad en salud física y mental.

Igualmente, es un avance que se explicita que estos procedimientos “pueden suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”, así como que “el uso de fármacos con fines restrictivos debe tener claros límites”, y que el objeto de estas recomendaciones sea “promover la tolerancia cero con el abuso de sujeciones”.

También nos congratulamos de que se establezcan recomendaciones para que exista un registro “de tal forma que sea posible la vigilancia del uso de la

sujeción, conocer todos los casos y hacer un seguimiento permanente de los mismos, así como realizar el análisis y evaluaciones periódicas que permitan conocer la incidencia y prevalencia en el uso de las sujeciones físicas, a fin de seguir avanzando en su eliminación”.

Valoramos el esfuerzo de la Consejería por dar este primer paso para poner este asunto, tan necesario, en la agenda. En Mayo de 2016, la AEN, junto con otros colectivos, elaboraron en este sentido el [Manifiesto de Cartagena](#), un documento dirigido a terminar con la coerción en nuestro campo. Esta ha sido una de [nuestras consideraciones enviadas a la Oficina Regional de Salud Mental al Plan de Salud Mental 2017-2020](#) en junio de 2017. En concreto, respecto a la humanización de la asistencia considerábamos que las acciones deberían incluir: “Establecer una estrategia de disminución de la intervenciones coercitivas en Salud Mental con especial atención a disminuir al mínimo el uso de la contención mecánica en la urgencia y hospitalización. Es necesario en primer lugar establecer un registro centralizado obligatorio del uso de esta medida con un observatorio permanente en la Oficina para su seguimiento. Experiencias en otros países de eliminación del uso de la contención mecánica conlleva una estrategia transversal ambiciosa que al menos debe estar en el horizonte ético de este PSM y que implica entre otras: mejorar la capacidad de intervención en crisis de los CSMs; mejorar los espacios físicos y de personal capacitado en las urgencias de los hospitales; formación y capacitación de los profesionales para atender estas situaciones”.

Valoramos que se pongan en la agenda las recomendaciones de los distintos implicados, y confiamos en una mayor interlocución y participación en el futuro. Hasta el momento esta participación ha sido insuficiente. Ya lo denunciábamos al establecer [nuestra postura hacia diversos aspectos en la elaboración de dicho Plan](#), como la ausencia de un proceso participativo de los diferentes implicados en su elaboración. Sin embargo, nos congratulamos de que nuestras recomendaciones, así como la de los colectivos de activistas en primera persona, que elaboraron un documento con [propuestas de medidas \(FLIPAS-GAM\)](#) incluyendo, entre otras, recomendaciones para eliminar medidas coercitivas en salud mental, se vean reflejadas, aunque muy parcialmente, en este documento de recomendaciones.

Asimismo no nos parece menor el cambio del lenguaje. De los tiempos de hablar de “inmovilizaciones terapéuticas”, al de “contenciones mecánicas”, a la actual denominación de “sujeciones”, hay un avance. Las personas con sufrimiento psíquico acuden con frecuencia a las urgencias necesitando contención, pero para contener existen más alternativas a las de sujetar, con una connotación más clara y literal de la violencia que supone.

Este documento es claramente insuficiente:

Es insuficiente por la distancia que hay entre la declaración de intenciones de su introducción y las medidas concretas que se proponen.

En primer lugar, es insuficiente porque las instrucciones están dirigidas principalmente a cómo aplicar la sujeción, pero no a cómo prevenirla. El

documento plantea que es “aconsejable” que los protocolos tengan una orientación de prevención de las mismas, pero no establece ninguna medida obligada, u obligación de dar cuenta de qué medidas preventivas se han instaurado. Son necesarias medidas concretas orientadas a la prevención.

Considerar la sujeción un fracaso en el sistema de atención a las crisis es un paso adelante que plantea este documento y que es necesario para un cambio de cultura en el uso de la coerción en nuestro campo. Que en todos los equipos se profundice en una visión de derechos es fundamental. La formación de los equipos en la atención a las crisis es mucho más que instrucciones para aplicar esta medida excepcional de manera más humanizada. El modelo de diálogo abierto, las “healing homes” o las “crisis houses” son inspiradoras en este sentido. Y progresivamente van apareciendo experiencias, como la regulación de las contenciones mecánicas Finlandia, Reino Unido y Holanda, de las que aprender. Existen otras experiencias nacionales cuyas buenas prácticas que hay que divulgar entre los equipos. Pero no sin recursos.

Hace falta un cambio de cultura, en los profesionales, y en los servicios hospitalarios. Pero esto sólo es insuficiente. Es necesario defender una atención 100% pública y con recursos suficientes para transformar los servicios de atención a las urgencias, pero no sólo estos, sino todos dispositivos que intervienen antes de que la persona llegue a la urgencia, para que pueda establecerse un acompañamiento en la comunidad que pueda contener las crisis evitando llegar a la urgencia. Ya hablábamos en nuestro último [editorial](#) del Boletín de la necesidad de atender y reconocer los servicios básicos. La prevención de una sujeción mecánica en una situación de crisis en la que una persona necesita contención no empieza en las urgencias, empieza mucho antes.

En una [publicación reciente de la AEN](#) se pormenorizan algunas medidas que pueden servir de guía para el desarrollo de estrategias preventivas y que incluyen aspectos relacionados con: cambios organizacionales, el uso de datos para informar de la práctica, desarrollo profesional, técnicas para reducir sujeción física, garantizar la participación de los usuarios en las unidades de hospitalización y técnicas de análisis e informativas de ‘debriefing’.

En otra [publicación](#) reciente de Elvira Pertega se señalan algunos factores contextuales sobre los cuáles se podría intervenir para prevenir sujeciones como: las reglas y normas de las unidades, la distribución de responsabilidades dentro de los equipos y las jerarquías, o la distribución de recursos entre profesionales y pacientes, son algunos ejemplos.

En segundo lugar, es insuficiente porque no se establecen los mecanismos para el obligado cumplimiento de las medidas recomendadas. No queda claro si el registro, por ejemplo, es de obligado cumplimiento. Ni tampoco se explicita cuál es el compromiso de la Consejería con respecto a la elaboración de informes y si va a ser compartido públicamente con transparencia el seguimiento de los datos obtenidos de dicho registro.

Pensamos que es necesario que este camino se acompañe de un marco legislativo que prohíba su empleo, y obligue al desarrollo de recursos alternativos, con

presupuesto asignado. Se han presentado durante el 2017 dos Proposiciones No de Ley en el Parlamento Español en este sentido dirigidas a la [eliminación de sujeciones](#) y a la [eliminación de la coerción](#). Las competencias sobre sanidad y servicios sociales están transferidas a las Comunidades Autónomas en el Estado Español. Esto significa que la posibilidad de legislar en estas materias está en manos de los parlamentos autonómicos. Vale la pena mencionar aquí que durante el mes de Mayo de 2017, Edgar Vinyals, el presidente de la Federación Veus (que agrupa los colectivos en primera persona de Cataluña) [compareció](#) en el parlamento catalán para reclamar que se legisle la reducción y eliminación antes de 2025 de la contención mecánica, realizando propuestas como más apoyo psicológico, si así lo pide la persona, acompañamiento en el momento de producirse una crisis con más personal sanitario, la creación de unidades de convivencia alternativas al ingreso hospitalario e incluso cambios en la arquitectura de las unidades de atención, a parte de más recursos económicos y profesionales.

En tercer lugar, porque algunas las medidas no son suficientemente explícitas, quedan demasiado abiertas a la subjetividad de quién toma las decisiones de aplicar la medida. Pero tampoco es sólo una cuestión de protocolos más detallados, aunque ayudaría. Por ejemplo: ¿debe estar la persona siempre acompañada?, ¿cada cuanto tiempo debe revisarse la medida?, ¿revisará la medida algún profesional independiente del que la indicó?, ¿qué se entiende en salud mental por “tratamientos, pautas o procedimientos que pueden inducir contención”?, etc.. Las recomendaciones de este documento pueden suponer una guía con algo más de elaboración de lo que había hasta ahora. Pero la realidad es que estos protocolos existen en la mayor parte de los servicios de urgencias y hospitalarios. Y también es otra realidad que estas prácticas están normalizadas, que el impacto negativo de estas medidas sobre las personas se minimiza, y que su aplicación como excepcionalidad no siempre es tal. Es necesario escuchar los testimonios de la personas que las sufren para tomar conciencia de esta realidad. Un ejemplo es esta [ponencia de Hernan María Sampietro](#) o el [Dossier en primera persona de la Revista de la AEN](#).

Nos parece importante destacar que cualquier medida debe tener en cuenta que la atención sanitaria se proporciona en un contexto social con importantes desigualdades, de diversas capacidades de acceso a los recursos, y de variable capacidad de cuidados de los entornos.

Y, por último, exigir que la participación los propios afectados se de en todos los pasos relacionados con el establecimiento de estas medidas, desde su participación en el desarrollo de documentos, protocolos, legislaciones, etc., pasando por la formación a los equipos, e incluyendo la posibilidad de que sus relatos pudieran ser incluidos en la información que se registra cada vez que se toma esta medida, entre otros aspectos.

Resumiendo, este documento un avance necesario, pero también claramente insuficiente. Teniendo en cuenta que estamos hablando de derechos humanos, del clamor de los movimientos ciudadanos, y de la existencia de alternativas documentadas, es imprescindible avanzar con mayor firmeza en este sentido, y hacerlo ya.

Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Madrid, 18 de Febrero de 2018