



Atención a personas mayores. Centros residenciales

Separata del Informe anual 2018

Esta publicación recoge el texto que corresponde al epígrafe del mismo título -«Atención a personas mayores. Centros residenciales»-, publicado en el informe anual del Defensor del Pueblo, 2018, primer volumen, dentro del capítulo 9, Política social. El informe anual completo se puede consultar y descargar en la web institucional: www.defensordelpueblo.es Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación, siempre que se cite la fuente. Ejemplar realizado por el Defensor del Pueblo © Defensor del Pueblo Eduardo Dato, 31 - 28010 Madrid www.defensordelpueblo.es $\dot{\text{documentacion}} \dot{\text{defensordel pueblo.es}}$

SUMARIO

Recursos y plazas disponibles en centros residenciales de mayores	6
Lista de espera para el acceso a los centros	7
Personal de los centros	8
Inspecciones	12
Ingreso no voluntario	14
Sujeciones físicas	18
Planes de mejora	25
Conclusiones	26

ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES. CENTROS RESIDENCIALES

Hace casi treinta años el Defensor del Pueblo examinó la atención en residencias públicas y privadas de la tercera edad, en el conjunto del Estado. El factor del envejecimiento de la población y la capacidad de respuesta de la Administración en materia de atención residencial ya estaban muy presentes entonces.

Las previsiones de aquellos tiempos se han cumplido. Los datos evidencian que los mayores, en el conjunto de la población, son muchos más de los previstos entonces y un porcentaje no desdeñable presenta grados de dependencia elevados. Probablemente a causa de ello, se han intensificado las quejas relativas al funcionamiento de las residencias y a la calidad de la atención que reciben los mayores en ellas.

En todas estas quejas se trasluce una pérdida de calidad en la atención residencial a los mayores, percibida así por los propios usuarios y familiares y las personas que trabajan en los centros. Pérdida de calidad que puede afectar a sus derechos. En ellas se hace especial énfasis en la escasez de personal y de medios para ofrecer una atención adecuada a los mayores.

Por ello, las actuaciones del Defensor del Pueblo se dirigen a supervisar que las consejerías autonómicas competentes realizan las debidas inspecciones y exigen la corrección de las deficiencias detectadas para un cuidado y un trato adecuado, así como de cualquier norma o práctica que vulnere sus derechos.

Además, el Defensor del Pueblo supervisa el régimen y documentación de los ingresos; las plantillas existentes y la formación del personal, sobre la base de unas condiciones laborales dignas; la regulación y minimización del uso de medidas de sujeción; las medidas preventivas de seguridad para los residentes; la calidad de los servicios básicos de la atención residencial como la alimentación, el aseo, la limpieza de las instalaciones, y la realización de actividades de terapia ocupacional y fisioterapia.

Si la institución detecta un trato inadecuado o incidentes significativos, incumplimientos, irregularidades o vulneraciones de derechos requiere a la consejería competente su solución. El objetivo es que las administraciones pongan todos los medios a su alcance para que los servicios a los mayores sean suficientes, y se presten en

condiciones respetuosas con la dignidad básica de toda persona y con sus derechos fundamentales.

La vida en una residencia puede dar lugar a situaciones que afectan a la libertad del mayor, como son el ingreso involuntario de los residentes con deterioro cognitivo o psíquico y las sujeciones físicas.

El Defensor del Pueblo ha señalado, reiteradamente, la necesidad de una ley orgánica que delimite las circunstancias extraordinarias vinculadas a su salud y al deterioro físico y mental en las que las personas de edad avanzada pueden tener que asumir limitaciones al ejercicio y realización de algunos de sus derechos fundamentales más básicos: principalmente, su libertad personal y de movimientos y su derecho a la intimidad. Una norma plenamente garantista que también dé el suficiente amparo a las decisiones que deben adoptar los profesionales encargados del cuidado de estas personas ante situaciones de verdadero riesgo. Se trata de establecer un marco de garantía para los afectados, los profesionales que les atienden y los familiares y allegados, diseñado sobre el mayor consenso al que pueden llegar los especialistas y expertos en la materia.

Es preciso también destacar la gran dispersión existente en la normativa sobre centros residenciales y sobre los requisitos que deben reunir estos servicios para su autorización y acreditación, por lo que es conveniente que las comunidades autónomas hagan un esfuerzo por actualizarla y armonizarla.

En este contexto, la institución inició a finales de 2017 actuaciones de oficio con todas las comunidades autónomas, a fin de tener una visión global de la atención que se presta en los centros residenciales y las actuaciones que se realizan desde las administraciones públicas para garantizar la plena efectividad y respeto de los derechos de las personas mayores que en ellos viven. Se plantearon cuestiones relativas tanto a aspectos de carácter cualitativo como aspectos cuantitativos de dotación de recursos.

A lo largo de 2018, todas las comunidades autónomas, salvo Andalucía, Canarias y Galicia, han ido facilitando la información solicitada. Canarias contestó en el año 2019. A continuación se presenta en forma resumida una valoración.

Recursos y plazas disponibles en centros residenciales de mayores

Para analizar el número de recursos, su tipología y las plazas disponibles para la atención a personas mayores, se solicitó a cada una de las comunidades autónomas que cumplimentaran un cuadro de los recursos públicos y privados disponibles, a 31 de diciembre de 2016, y también que informaran sobre su autorización y acreditación.

Una vez recibida la información, se comprobó que existen notables diferencias entre los datos aportados, ya que, en algunos casos, incluyen únicamente los centros de

titularidad pública, mientras otros detallan las plazas destinadas a personas mayores en centros privados con y sin concierto con la Administración.

De otra parte, los datos, al cotejarlos, no concuerdan con los recogidos y publicados en otros informes y documentos que gozan de credibilidad, como las Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2017, elaboradas por Envejecimiento en Red (Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas); o el Informe 2016 del IMSERSO, sobre las personas mayores en España.

Las diferencias pueden proceder no solo de las fechas de referencia de los citados informes, sino también de los distintos modelos tenidos en consideración. Por ello, esta institución entiende que sería de interés, con el fin de poder avanzar en las estrategias de atención a las personas mayores y la consolidación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que las comunidades autónomas hicieran un esfuerzo para la mejora de los mecanismos de reunión de datos de forma que se pueda contar con estadísticas fiables y actualizadas de los recursos de atención residencial disponibles, tanto a nivel de comunidades autónomas como estatal.

Lista de espera para el acceso a los centros

Las diferencias existentes en cuanto a las normas aplicables en cada comunidad autónoma para acceder a una plaza en residencia del sistema público impiden ofrecer una visión global de las dificultades que en cada territorio tienen los ciudadanos para ingresar en dichos recursos.

Ahora bien, se ha podido constatar que en todas las comunidades autónomas existe lista de espera para la asignación de plaza a personas en situación de dependencia en grado III y grado II, que tienen reconocido en su programa individual de atención (PIA) el derecho a atención residencial, por ser insuficiente el número de plazas para satisfacer los derechos reconocidos. Por otra parte, la espera hasta que se produce la asignación efectiva de una plaza dura con frecuencia en exceso. Aun cuando, en muchos casos, estas personas tienen reconocido otro servicio o prestación con carácter transitorio, el mismo no siempre cubre las necesidades reales de atención que presentan.

Ello concuerda con el hecho de que la cuestión que se plantea con mayor frecuencia en las quejas que recibe el Defensor del Pueblo sea la dificultad para acceder a una plaza residencial, pública o concertada.

Ante esta situación, es preciso recordar que la Ley de Dependencia reconoce como derecho subjetivo el acceso al recurso que establezca el PIA que se apruebe en cada caso. La falta de disponibilidad de plazas públicas y concertadas de atención residencial

para atender los derechos subjetivos a la atención residencial indican que el esfuerzo presupuestario debe mejorarse.

Personal de los centros

Los usuarios, familiares, y también trabajadores, que se dirigen a esta institución se refieren a una pérdida de calidad de los servicios de atención a los mayores, haciendo especial hincapié en la escasez de personal y medios para ofrecer una atención adecuada a las personas mayores que ingresan cada día con un grado de dependencia más elevado. Por ello, el Defensor del Pueblo solicitó a las consejerías competentes información sobre los requisitos y estándares de recursos humanos exigidos para la acreditación de las residencias que pueden prestar atención a personas en situación de dependencia.

La competencia para la regulación, creación y acreditación de estos recursos corresponde a las comunidades autónomas, si bien el artículo 34 de Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, encomienda al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la fijación de criterios comunes de acreditación de centros. Estos criterios tienen por finalidad garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir unos servicios de calidad, con independencia de que se presten por entidades de titularidad pública o privada.

El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia adoptó el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD, el 27 de noviembre de 2008, y lo modificó el 7 de octubre de 2015 y el 19 de octubre de 2017. En estos criterios se presta especial atención a los recursos humanos con que deben contar los centros, servicios y entidades que actúan en el ámbito de la atención a la dependencia. Los acuerdos abordan de forma específica los aspectos de calidad en el empleo y la promoción de la profesionalidad y formación del personal. En ellos se establecen criterios para calcular las ratios que se deben aplicar en relación proporcional al número de usuarios del centro valorados con el respectivo grado de dependencia (grado II y III).

Además de las ratios globales, que incluyen a todo el personal del centro (0,45 profesionales por residente en grado II y 0,47 profesionales por grado III), el acuerdo fija ratios específicas para la categoría profesional de cuidadores, gerocultores o similares, exigibles en 2011 en función del grado de dependencia de las personas usuarias (0,27 profesionales por residente en grado II y 0,28 por residente en grado III).

En el acuerdo de 2008 se indica que, en 2012, se acordarían nuevas ratios tanto globales como específicas para el resto de categorías. No obstante el acuerdo de 19 de octubre de 2017 hace incidencia únicamente en los aspectos de cualificación profesional

y contempla la habilitación excepcional y habilitación provisional al objeto de garantizar la estabilidad en el empleo de las personas que acrediten una experiencia prolongada en el desempeño de las funciones. Sobre las ratios reitera lo ya recogido en el acuerdo de 2008.

De la información facilitada a esta institución por las consejerías competentes de cada comunidad autónoma, se desprende que existen notables diferencias en cuanto a las exigencias de personal con que debe contar cada tipología de centro. Las normas que regulan esta materia son de distinto rango y muchas de ellas son anteriores a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia.

Así, el Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la **Diputación General de Aragón**, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados, exige una ratio global de 0,25 y 0,35 para residencia de personas mayores asistidas, sin diferenciar por grados de dependencia, ni por categorías profesionales.

El **Decreto Foral de Navarra** 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de servicios sociales, recoge en su anexo con mucho detalle las exigencias de recursos humanos en cada tipología de centro. Para los centros residenciales de personas mayores requiere una proporción mínima de personal de atención directa que oscila entre 0,35 a 0,40 por residente. En cuanto a la concertación de plazas se pone de manifiesto que existen diferencias respecto a las ratios de personal en distintos centros, dependiendo de su tamaño, o la situación de dependencia o no de las personas usuarias. El Departamento de Derechos Sociales deja constancia de los trabajos en curso para un nuevo modelo de concertación, con el objetivo, entre otros, de unificar las exigencias de personal.

En el **País Vasco**, el Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales, establece las actuaciones administrativas en esta materia, implanta la ratio global personal/residente de 0,25 para las plazas residenciales de personas que se valen por sí mismas y 0,45 para personas asistidas. Añade que la proporción de personal de atención directa deberá superar el 65 % de la plantilla total. Además, todas las diputaciones forales han dictado sus propias normas para fijar las condiciones necesarias para la concertación de plazas. Asimismo, están muy avanzados los trabajos para la aprobación a nivel autonómico de un nuevo decreto regulador del servicio de residencias para personas mayores en el que se recogen requisitos materiales, funcionales y de personal.

El Decreto 69/2005, de 3 de junio, de la **Región de Murcia**, contempla las exigencias de personal en función de que los residentes sean personas dependientes o no, y recoge unas ratios que se encuentran por encima del Acuerdo del Consejo Territorial:

0,35 profesionales de atención directa en residencias de mayores y 0,38 en residencias psicogeriátricas.

En **La Rioja**, la norma de referencia es el Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores, y se considera de aplicación el Acuerdo del Consejo Territorial de 2008 y el de 2015.

Las comunidades autónomas que han dictado normas posteriores al Acuerdo del Consejo, con carácter general, se ajustan o hacen mención expresa a las ratios acordadas por este. Así el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en **Castilla y León**, señala que, cuando un centro residencial o un centro de día con unidad de estancias diurnas cuente en su totalidad con usuarios en situación de dependencia de grado III o II, la ratio global será de 0,460 y de 0,235, respectivamente. En el resto de las situaciones, la ratio global será 0,410 en los centros residenciales y 0,230 en las unidades de estancias diurnas.

La **Comunidad de Madrid**, considera de obligado cumplimiento el Acuerdo del Consejo Territorial y no establece diferencias entre residencias públicas y privadas, sin perjuicio de las exigencias que se deriven de los pliegos de prescripciones técnicas de los contratos administrativos de gestión, que respetando dichos mínimos pueden ser superiores.

En **Extremadura** se exigen como mínimo las ratios establecidas en el Acuerdo del Consejo de 2008 y además contempla para las plazas sociosanitarias Tipo 2 y Tipo 3 la proporción de personal que debe haber en cada turno.

La Orden 37/2010, de **Cantabria** hace referencia al cómputo de horas trabajadas por usuario, y la Orden de 25 de noviembre de 2015, de **Castilla-La Mancha** no hace mención a ratio global, sino especificaciones por categorías, que en el caso de gerocultores será de 1 por cada 6 usuarios dependientes y 1 por 15 usuarios no dependientes.

La Orden de 4 de febrero de 2005, de la **Consejería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana**, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros y servicios sociales especializados para la atención a personas mayores, distingue entre centros residenciales para personas mayores y residencias para personas mayores dependientes. En estas últimas exige 2 trabajadores para 9 usuarios, incrementando a 2 cada 7 usuarios en las unidades de alta dependencia. Esta proporción se considera mínima de exigencia para todos los centros públicos y privados, pero la consejería afirma que en los centros de titularidad de la Generalitat Valenciana es superior.

El Decreto 86/2010, de 25 de junio, de **Illes Balears** no hace diferencias en función del grado de dependencia contemplando una ratio mínima de 0,28 en las residencias de mayores.

La **Generalitat de Cataluña** informa de que en la Orden BSF/35/2014, de 20 de febrero, por la que se actualizan los criterios funcionales de las residencias de gente mayor, la ratio mínima de personal de atención directa que deben tener las residencias se redujo a 0,32 para personas con dependencia grado II y 0,39 para el grado III. La distribución semanal es decidida por los equipos de los propios centros.

Las plantillas de atención directa cumplen, pues, con las ratios contempladas en el Acuerdo del Consejo Territorial, o incluso son superiores. No obstante, la presencia efectiva de personal, especialmente en turnos de tarde o noche, o fines de semana, parece claramente insuficiente en muchos casos, especialmente en las grandes residencias de mayores con un grado de dependencia elevado.

Hay razones para pensar que hoy en día el cumplimiento de los estándares fijados no es ya suficiente, porque los usuarios con dependencia son más y su dependencia es mayor. Las ratios del personal que asiste de forma directa a los mayores en los distintos recursos sociales son clave para una atención correcta y plenamente respetuosa con sus derechos. Por ello, para mejorar la calidad asistencial, hay que hacer un mayor esfuerzo y han de estudiarse y revisarse las ratios de personal de atención directa.

El Defensor del Pueblo considera que el Consejo Territorial ha de profundizar en las necesidades de los centros de mayores que atienden a personas con grados de dependencia II y III y estudiar la posibilidad de revisar al alza las ratios mínimas acordadas. Por otra parte, debería fijar unos requisitos y estándares mínimos en materia de recursos humanos que establezcan las ratios, tanto en cómputo global como específico, por categorías profesionales, distinguiendo gerocultoras y otras categorías, de modo que se minimice la encomienda de funciones de distintas categorías en detrimento de la atención a las necesidades en materia de actividades básicas de la vida diaria de los residentes que cada día muestran un mayor grado de dependencia.

Para facilitar una atención de calidad es necesario, además, que las administraciones competentes se impliquen en garantizar que dicho personal responde a la cualificación necesaria para el desarrollo de sus funciones y fomenten el impulso de actuaciones de formación profesional y planes de formación específica para el desempeño de los puestos de trabajo encomendados.

Inspecciones

Las actuaciones del Defensor del Pueblo sobre el funcionamiento de las residencias de mayores se dirigen, en primer lugar, a verificar si los órganos directivos y de inspección, responsables de comprobar las situaciones denunciadas, realizan su función con eficacia y respeto a la legalidad. Para ello, los planes de inspección y la gestión de las reclamaciones son objeto de una atención especial.

La institución se ha interesado por conocer, en cada una de las comunidades autónomas, si existen planes de inspección y su contenido, la periodicidad de las visitas a cada centro, así como la existencia de protocolos para la realización de las visitas y la identificación de indicadores de maltrato y buenas prácticas.

De la información recibida por parte de las consejerías competentes, se desprende que la casi totalidad de las comunidades autónomas visitan los centros, tanto públicos como privados, cuando inician su puesta en funcionamiento, para comprobar el cumplimiento de la normativa de autorización y acreditación. También realizan inspecciones cuando reciben quejas o denuncias de carácter asistencial de cierta relevancia. La práctica respecto al número e intensidad de las inspecciones es heterogénea y puede también variar en función de la naturaleza pública o privada de los centros.

Asimismo, la mayoría de las comunidades, pero no todas, aprueba planes de inspección de carácter anual o plurianual, en los que se establecen las actuaciones y prioridades a seguir respecto de los centros, que también pueden variar en función de su naturaleza pública, concertada o privada. En dichos planes se contemplan inspecciones generales y se hace incidencia en determinados requisitos de carácter material o de carácter organizativo, tanto de centros públicos como privados.

Los centros residenciales se inspeccionan al menos una vez al año, sin perjuicio de las denuncias que se presenten contra ellos, según se establece en las leyes y normas de desarrollo de Cataluña, La Rioja, la Comunidad de Madrid, Navarra y las tres diputaciones forales del País Vasco.

Para la ejecución de las visitas, los órganos de inspección cuentan con protocolos normalizados de trabajo cuya finalidad es establecer criterios de actuación comunes para todo el personal de la inspección. El alcance y detalle de dichos protocolos, así como los aspectos sobre los que necesariamente se debe efectuar comprobación, varían de unas administraciones a otras y se van adaptando continuamente. Algunos servicios de inspección cuentan con plantillas con diferentes apartados en su cumplimentación y han implantado la utilización de medios electrónicos para agilizar la gestión.

Aparte de los aspectos formales sobre descripción de hechos y circunstancias constatados y del cumplimiento de requisitos materiales y de personal, varias

administraciones hacen hincapié en el control de sujeciones físicas o farmacológicas a través de la supervisión de la existencia de un registro y un protocolo de las mismas, así como la formación que en él se especifica; supervisión de la aplicación de medidas alternativas previas a las sujeciones; supervisión de la prescripción de las medidas de sujeción; supervisión de la disponibilidad, características y uso del documento de consentimiento informado; supervisión de la gestión de los dispositivos de sujeción física; supervisión de la utilización de fármacos para la sujeción farmacológica y la supervisión de la existencia y contenido de un plan de cuidados complementarios.

Sin embargo, la información facilitada respecto a los indicadores de maltrato y buenas prácticas es muy genérica. Algunas consejerías hacen remisión al Protocolo para la detección y actuación ante situaciones de maltrato en los centros del IMSERSO, cuyas pautas sirven de referencia en sus actuaciones. Otras señalan que todos los centros deben contar con un manual de buenas prácticas. También varias indican que se hace, además, seguimiento técnico del cumplimiento de programas y protocolos de actuación en cada una de las residencias, sean públicas o privadas.

Respecto a los órganos que ejercen las funciones de inspección, cabe destacar que en la **Comunidad de Madrid y la Región de Murcia**, además de los órganos generales de inspección de servicios sociales, se realizan inspecciones desde el servicio de atención a personas mayores para la supervisión del cumplimiento de los contratos administrativos o convenios de gestión.

Extremadura ha realizado una propuesta de reorganización de su servicio de inspección con la finalidad de poner en marcha distintos procedimientos que tendrán como objetivo el control de la actividad asistencial y la mejora de la atención a los usuarios. Entre los procedimientos propuestos se encuentra desarrollar un plan de inspección de servicios sociales, que de momento no tiene.

De todo ello se infiere que la mayor parte de las administraciones han establecido o se encuentran en proceso de establecer planes anuales de inspección, con el fin de que los centros residenciales para mayores mantengan los requisitos exigidos para su funcionamiento y la calidad del servicio. Sin perjuicio de lo anterior, tal como se recoge en la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021 (Aprobada por el Pleno del Consejo Estatal de Personas Mayores en la sesión extraordinaria del día 30 de noviembre de 2017), es necesario que los servicios de inspección incorporen evaluaciones con estándares de calidad y de detección y sospecha de trato inadecuado para todas las instituciones que atienden a las personas mayores.

Los servicios de inspección son un elemento imprescindible para la plena efectividad del sistema de garantías de los derechos de las personas mayores que, al encontrarse en centros residenciales, son más vulnerables para reclamar sus derechos

por sí mismas. Por ello, las administraciones que aún no cuentan con unos servicios suficientemente dotados y formados para llevar a cabo estas funciones de manera eficaz deben hacer un esfuerzo en dicho sentido.

Ingreso no voluntario

En una residencia, en principio, se entra si así se desea. Existe de partida una libertad individual para el ingreso, la permanencia y la salida del establecimiento. Entra y está en la residencia quien consiente en ello. Sin embargo, las residencias públicas de mayores, por aplicación de la Ley de la Dependencia, reciben ahora, casi exclusivamente, a personas con un grado importante de falta de autonomía, física o mental.

Los récords de longevidad llevan aparejada la aparición frecuente de enfermedades relacionadas con el deterioro de la capacidad cognitiva. Según los datos de la Confederación Estatal de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer, en España hay unos 710.000 casos de demencia, en diversos grados. La situación de hecho es que muchos mayores que acceden o viven en una residencia no tienen la suficiente capacidad para decidir, libre y conscientemente, sobre dónde y cómo quieren estar. La pérdida de las capacidades cognitivas puede ser previa al ingreso o acontecer después.

El ordenamiento jurídico español no ha desarrollado todavía una regulación adecuada de los internamientos involuntarios de las personas en esa situación. No se ha atendido hasta el momento las recomendaciones del Defensor del Pueblo, ya históricas, que ha reclamado una regulación completa y garantista, mediante ley orgánica, de esta medida extraordinaria que supone restringir la libertad básica individual, por razones no punitivas.

Con todo, debe mencionarse como dato positivo, la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional en 2016 sobre la manera de encauzar con más garantías legales estos casos, a la que se hacía una amplia referencia en el informe anual de 2017.

En la Sentencia del Tribunal Constitucional 13/2016 se aclara que el ingreso, por razón de trastorno psíquico (por enfermedad mental o deterioro cognitivo), de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada. La autorización judicial será previa a dicho internamiento. Para determinar que la persona no está en condiciones de tomar la decisión de ingresar voluntariamente, debe contarse con un informe médico del facultativo competente actualizado que lo ponga de manifiesto. Al margen de ello, no puede presumirse su falta de capacidad y no dar valor al consentimiento informado de la persona interesada.

La Sentencia del Tribunal Constitucional 34/2016 añade a esta doctrina que si existen datos que desde el principio permitan sostener que el padecimiento mental que sufre la persona, por sus características y visos de larga duración o irreversibilidad, debe adoptarse un régimen jurídico de protección más completo, través de un procedimiento judicial de modificación de su capacidad en el que se nombre un tutor o curador, con los consiguientes controles del órgano judicial en cuanto a los actos realizados por uno u otro. El internamiento podrá acordarse en el proceso judicial declarativo de modificación de la capacidad instado por los trámites del artículo 756 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), como medida cautelar (artículo 762.1 LEC) o como medida ejecutiva en la sentencia (artículo 760.1 LEC).

El internamiento involuntario urgente, sin autorización judicial previa, solo puede ser excepcional y han de concurrir en la persona, documentado en informe médico, tanto la existencia del trastorno o enfermedad que la incapacite para tomar decisiones, como la circunstancia de la urgencia, así como la necesidad y proporcionalidad del ingreso. El responsable de un centro está facultado para tomar la decisión inicial de ingresar, pero ha de dar cuenta inmediata al tribunal competente, y en todo caso en las siguientes 24 horas, para que ese órgano judicial ratifique, o no, la medida en un plazo máximo de 72 horas. Si no hay urgencia, es imprescindible que el ingreso involuntario se autorice previamente por el juez y siempre respecto de una persona que ha de encontrarse en ese momento en libertad.

De otra parte, en los casos de personas que con el tiempo pierden su capacidad para consentir y ya están ingresadas sin previa autorización judicial, la Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2016 determina que también se debe solicitar al juez competente el inicio de oficio del proceso judicial declarativo para la modificación de su capacidad y el mantenimiento del ingreso ya realizado, como medida cautelar tendente a la protección del presunto incapaz, por el tiempo que dure dicho proceso.

La experiencia demuestra que, hasta hace bien poco, la práctica más extendida en los centros de atención residencial ha sido básicamente la vía de hecho. Es decir, los acuerdos informales, normalmente entre los centros y las personas próximas al afectado, respaldados naturalmente en una opinión médica autorizada, por las que se limitaba la libertad de los mayores para su mejor protección. El principal cauce jurídico empleado para dar cobertura legal a esas situaciones era, en su caso, el ingreso de urgencia previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Sin embargo, la principal conclusión de la doctrina constitucional es que, precisamente, para las personas mayores que ya se encuentran en residencias no debe aplicarse sistemáticamente el citado artículo.

De las que jas que recibe e investiga el Defensor del Pueblo se desprende que la aplicación plena y efectiva de esta doctrina no se ha producido. Las formas de actuación y comunicación a la fiscalía y al juzgado varían en función del centro residencial, ya que

no siempre reciben desde esos ámbitos orientaciones claras y uniformes sobre la forma en que debe actuar cuando considera que la persona que va a ingresar no tiene facultades plenas para prestar su consentimiento al ingreso. Del mismo modo, las indicaciones que reciben para notificar las pérdidas de capacidades cognitivas de un residente tras un período largo en el centro varían de una fiscalía a otra. La Circular de la Fiscalía General del Estado 2/2017, sobre el ingreso no voluntario urgente por razón de trastorno psíquico en centros residenciales para personas mayores, fija las pautas generales de actuación que deben seguir los fiscales en esta materia, pero en la práctica, las indicaciones que reciben los centros desde fiscalía no son siempre uniformes, como tampoco lo es la práctica judicial, ni las normas, protocolos y procedimientos que aplican las comunidades autónomas.

La **Comunidad de Madrid** dispone de un Protocolo de ingreso de aplicación a los centros gestionados por la propia Administración autonómica, adaptado en 2016 a la doctrina constitucional. Ha impartido además instrucciones a los centros residenciales.

Así, una vez asignada la plaza, el mayor ingresa mediante la firma del consentimiento informado de ingreso voluntario. Pero, si tiene un deterioro cognitivo o una enfermedad mental que impiden que preste de forma válida el consentimiento, el trabajador social informa a la familia de que es preciso que soliciten con carácter previo la autorización del juzgado para ingreso no consentido, de acuerdo con el procedimiento ordinario, no urgente, del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). Se facilita a la familia un modelo de solicitud y se informa de que el juez, para autorizar el ingreso, exige informe médico que acredite tanto la enfermedad y la necesidad por razones de salud de ingreso en el centro geriátrico como el estado de salud mental que impide emitir una declaración de voluntad consciente, libre y comprensiva de la situación en la que se encuentra.

Si concurren las razones de urgencia, y el mayor no puede consentir, el protocolo exige informe médico en el que se expresen los motivos de la urgencia, su necesidad y proporcionalidad. De acuerdo con el procedimiento extraordinario del artículo 763 de la LEC, el mayor ingresa y el director del centro solicita al juzgado la ratificación de ingreso lo antes posible y, en todo caso, antes de las siguientes 24 horas. El juez debe resolver como máximo en las 72 horas siguientes.

En los casos de personas ingresadas sin autorización judicial previa que devienen incapaces, se aporta a la familia un modelo de solicitud al juzgado de inicio de oficio del proceso de incapacitación judicial y el mantenimiento del ingreso como medida cautelar. Se procede de la misma forma cuando el mayor se encuentra incurso en un proceso de incapacitación judicial en el momento del ingreso.

En otras comunidades autónomas, como **Extremadura**, se han realizado reuniones con fiscalía, con la finalidad de coordinar los ingresos involuntarios y las incapacitaciones que en su caso afecten a los ingresos de personas mayores en los centros residenciales. Se ha establecido, de acuerdo con los fiscales, que las direcciones de los centros comuniquen a los juzgados competentes los ingresos de aquellas personas a las que se presuponga una posible merma en sus capacidades cognitivas.

Cataluña comunicó que el artículo 7.3 del Decreto 284/1996 regula el ingreso en establecimientos residenciales de personas que no pueden manifestar libremente su voluntad, ya que por razón de sus circunstancias personales pueden ser declaradas incapaces. Debido a que las previsiones del citado precepto podían entrar en contradicción con lo dispuesto en el Código Civil de Cataluña respecto a la guarda de hecho, el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias ha dictado unas instrucciones en 2017, que no detalla.

La Rioja, respecto a la incapacidad sobrevenida, refiere que se pone en conocimiento de los familiares para que inicien un proceso de modificación de la capacidad, o de no haberlos se pone en conocimiento de la Fundación Tutelar de la Rioja, pero no del juzgado ni la fiscalía. Sin embargo, nada explica sobre los ingresos cuando no concurre la capacidad suficiente.

La **Diputación Foral de Bizkaia** señala que en el momento de realizar la valoración de dependencia se comprueba la capacidad de las personas usuarias para proceder a su ingreso. En caso de ser necesaria la incapacitación legal se informa a la familia de los pasos necesarios para proceder a ella derivando los casos a fiscalía cuando se estime necesario. No informa la diputación sobre la forma de proceder en caso de incapacidad sobrevenida ya en el centro residencial. La **Diputación Foral de Álava** orienta a los centros para que realicen las comunicaciones a la fiscalía y al juzgado cuando se estime necesario.

Con respecto a **Ceuta y Melilla**, el IMSERSO cuenta con sendos protocolos de ingreso y de modificación de la capacidad, ambos de 2015, pero no especifica su contenido ni si se ha adaptado a la doctrina constitucional expuesta.

Si bien la práctica totalidad de las comunidades autónomas señalan que, en las inspecciones que realizan, revisan las actuaciones al ingreso y comunicaciones al juzgado o fiscalía en caso de necesidad de completar la capacidad del usuario, algunas de ellas no se han pronunciado de forma expresa respecto a cuál es la práctica habitual, ni respecto a si cuentan con normativa o protocolos que regulen la cuestión ni tampoco respecto a si estos o la práctica se ajustan a la doctrina constitucional. Es el caso de la Comunitat Valenciana, Navarra, Illes Balears, Aragón, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha y la Diputación Foral de Guipúzcoa.

Teniendo en cuenta lo expuesto, sus recomendaciones históricas y la doctrina constitucional expuesta, el Defensor del Pueblo cree conveniente que las comunidades autónomas que no lo han hecho adapten sus protocolos de ingreso de residentes con deterioro cognitivo o mental a los pronunciamientos del **Tribunal Constitucional** e impartan instrucciones a los centros residenciales.

Sin perjuicio de lo anterior, se ha de recordar que, en cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el modelo de modificación de la capacidad de obrar debe pasar de un modelo de sustitución de la voluntad a un modelo de apoyo y complemento en los actos y adopción de decisiones, más acorde con los principios de la convención y menos duro y doloroso para el afectado y la familia, que se ve impelida a iniciar un procedimiento judicial para modificar la capacidad de obrar del mayor. En septiembre de 2018, se sometió a consulta pública el anteproyecto de ley de reforma de la legislación civil y procesal en materia de discapacidad. Este anteproyecto contempla una solución que puede ser adecuada para estos casos, al permitir a la persona que ostenta la guarda de hecho recabar autorización judicial, mediante un expediente de jurisdicción voluntaria, para prestar consentimiento en los actos que impliquen riesgo para la vida, la integridad física o la libertad de la persona a su cuidado, cuando esta no pueda prestarlo. La regulación legal ha de aunar el refuerzo de la garantía de los derechos del mayor que ha perdido su capacidad para consentir por deterioro psicofísico o mental con la debida agilidad en la aplicación de los mecanismos de protección que necesita, los cuales tampoco deberían verse bloqueados por la tardanza de los tiempos procesales y judiciales. En consecuencia, las vías procesales para estos supuestos deben ser simples y ágiles, así como estar dotadas de medios suficientes.

Sujeciones físicas

Para evitar riesgos (por ejemplo, evitar las caídas o peligros para terceras personas) o por razones terapéuticas (evitar autolesiones, la retirada de vías intravenosas o sondas nasogástricas, etcétera), no es infrecuente que se utilice con algunos mayores usuarios de residencias medidas de contención y sujeción física (entre otras, cinturones de sujeción a la silla y la cama, cinturones abdominales y pélvicos, barras laterales en las camas, muñequeras, tobilleras, barras para sillas de ruedas y de ducha, muebles ergonómicos de contención...).

En este informe se utiliza el término «sujeciones», referido tanto a contenciones y restricciones como a sujeciones en un contexto más general, sin entrar a profundizar en las diferencias técnicas entre unas y otras. Desde el punto de vista asistencial, parece que existen ciertas diferencias conceptuales entre sujeción/restricción/contención, pero desde

una perspectiva jurídica, todos estos métodos suponen una limitación a la libertad de movimientos que debe ser objeto de un similar tratamiento jurídico.

En efecto, el uso de sujeciones afecta al derecho fundamental a la libertad de los mayores usuarios de las residencias, en cuanto concreta restricción de la libertad física o de movimientos (artículo 17 de la Constitución). Como intervención médica no consentida en el propio cuerpo, podría afectar también a la integridad física del artículo 15 de la Constitución, aunque, en condiciones normales, su uso no constituirá un «trato inhumano y degradante» si no se da el elemento de la vejación, la humillación o el envilecimiento, ni la intención de doblegar la voluntad (STC 120/1990, FJ 9).

Por otra parte, parece aceptado que las sujeciones, según las evidencias científicas, pueden tener consecuencias negativas sobre la salud. Además, en caso de agitación los propios mecanismos de sujeción pueden entrañan un riesgo considerable contra la integridad física de la persona a la que se le aplican. De ahí que en los últimos años se haya ido buscando la reducción de su uso en las residencias de mayores, aunque siguen siendo mucho más frecuentes en España que en otros países del entorno, como Alemania o Francia. La experiencia parece indicar que pueden ser sustituidas por medidas alternativas.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en un documento de consenso, elaborado en mayo de 2014, considera inadmisible el uso continuado de sujeciones cuando existen otras alternativas; por imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios; para evitar el erratismo o vagabundeo (cifran en el 15 % las sujeciones que se aplican por este motivo) o para mejorar el control ambiental (disminuir los ruidos, etcétera.); por presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios; por conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador; por déficit de personal cuidador para la supervisión y el control; por asistencia defensiva frente a las reclamaciones o demandas judiciales, y por no haber efectuado una valoración médica integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada. Tampoco son admisibles las sujeciones con material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican.

Las leyes autonómicas de servicios sociales más recientes incluyen el derecho a la no aplicación de sujeciones físicas como uno de los derechos de los usuarios. Un ejemplo es la Ley 5/2009, de 30 de junio, de **Servicios Sociales de Aragón**, que establece, en su artículo 7.1.o), el derecho de la persona usuaria de servicios sociales a no ser sometida a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas. Otro ejemplo es la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de **Servicios Sociales de Navarra**, cuyo artículo 8

contiene la misma definición del derecho, añadiendo que la aplicación de una medida sin prescripción facultativa en el supuesto de peligro inminente se deberá justificar documentalmente en el expediente del usuario en la forma que se establezca reglamentariamente y, asimismo, comunicarse al ministerio fiscal.

El Decreto Foral 221/2011, de Navarra, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra, es la primera norma específica cuyo objeto es reducir y regular este tipo de sujeciones. Para ello, establece pautas y procedimientos de actuación homogéneas para todos los centros. Define las sujeciones físicas como la «intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad» [artículo 3 b)].

Otras comunidades autónomas regulan esta materia exigiendo que todos los centros cuenten con protocolos relativos a la utilización de medidas de sujeción. Es el caso de la Orden de 4 de febrero de 2005 de la **Comunitat Valenciana** y el Decreto de autorización y funcionamiento de centros de carácter social de personas mayores de **Castilla y León**, que además obliga a los centros a tener un protocolo de medidas alternativas a las contenciones físicas. En otros territorios, como en **Extremadura** y en **Álava**, se exige a los centros la implantación de unos protocolos mínimos y se establecen unas orientaciones a través de los criterios de los servicios de inspección, sin que los informes remitidos aporten un mayor grado de detalle. Otras comunidades autónomas aprueban protocolos únicos de aplicación para todas las residencias públicas y a la vez exigen a las residencias privadas que lo tengan a través de las inspecciones y el cumplimiento de las condiciones del concierto, en su caso.

Ni Cantabria, ni Baleares han enviado información alguna respecto a la existencia o no de algún tipo de regulación de las sujeciones. Tampoco la Diputación Foral de Guipuzkoa ni la de Bizkaia. Aragón, a pesar de contar con la ley citada, en el informe enviado no ha mencionado nada sobre su aplicación. Cataluña, por su parte, refiere únicamente un documento de reflexión sobre contenciones del Comité de Ética de los Servicios Sociales de esa comunidad autónoma.

De la información recibida y del estudio de la normativa se desprende que, con carácter general, las comunidades autónomas establecen los siguientes requisitos para poder hacer uso de sujeciones físicas: solamente podrán ser aplicadas medidas de sujeción por prescripción facultativa motivada y expresa, en la que se indique el tipo de sujeción y duración del tratamiento; habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, e informarse a la familia; si el usuario o su representante legal no presta su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo

conste por escrito; durante el tiempo que dure la sujeción debe de haber supervisión periódica facultativa y de enfermería; el medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación, y deberá registrarse adecuadamente en la historia clínica.

Algunas comunidades, como **Madrid**, van más allá y a través de las inspecciones exigen que, con carácter previo, se hayan evaluado y aplicado medidas alternativas (también lo exigen el **IMSERSO**, **Castilla-La Mancha**, **Álava y Navarra**); que la prescripción médica especifique las situaciones en las que deben utilizarse; una periódica reevaluación no superior a un mes por el facultativo; que el consentimiento informado refleje adecuadamente los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación, y que el personal de atención directa revise diariamente la correcta aplicación, así como la realización de actuaciones complementarias de prevención de lesiones y movilidad de las personas. **La Rioja** informa de que en esa comunidad autónoma existen tres residencias con Programa de sujeciones 0 y la Diputación Foral de **Álava** comunica que varios centros trabajan en la declaración de centros libres de sujeciones.

El Decreto Foral 221/2011 de **Navarra** obliga a los profesionales a informar a los usuarios de forma clara y sencilla de las ventajas e inconvenientes de la sujeción, establece que los destinatarios podrán rechazar estas medidas sin temor al abandono del cuidado debido, y requiere que cada tipo de sujeción cuente con un consentimiento informado por separado, no siendo válida una única aprobación para entender que se aceptan y consienten distintos tipos de sujeción. En el Protocolo del IMSERSO de 2015 se recoge, sin embargo, que de no contar con consentimiento y si existiera peligrosidad para sí misma o para otras personas usuarias o personal del centro se dará de alta forzosa.

Se observa, pues, una regulación muy heterogénea y dispersa, tanto en rango como en contenido y alcance. No existe, como sería deseable, una ley estatal que regule esta materia y, de momento, la regulación y la práctica en las comunidades autónomas es diversa. A veces se encuentra en las leyes de servicios sociales de algunas comunidades autónomas, otras en reglamentos autonómicos y otras en protocolos o reglamentos internos. Existen diferentes documentos o declaraciones de comités de ética de algunas comunidades autónomas, y un documento de 2016 del Comité de Bioética de España titulado Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Hay que citar, asimismo, el documento de consenso de 2014 de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, antes referido. Estos documentos, si bien comparten un enfoque común, no siempre proponen soluciones coincidentes para las dudas que se plantean.

Esta situación hace que algunos aspectos esenciales de la regulación no estén contemplados o lo estén de formas diversas.

Así ocurre, por ejemplo, con la exigencia de agotar las alternativas antes de usar una medida de sujeción, algo que resulta clave para la minimización de las sujeciones y su utilización respetuosa con los derechos y que recoge el documento Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, el documento del Comité de Bioética de España y algunos protocolos, pero no todos.

La normativa autonómica y los protocolos tampoco recogen siempre que el consentimiento informado debe autorizar de forma explícita, individual y contemporánea cada «tipo de sujeción» que se vaya a aplicar (y debe determinar el período de revisión). Hay que recordar, además, que serían contrarios a la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente, los consentimientos informados genéricos y los que se obtienen en el mismo acto del ingreso. El consentimiento debe ser explícito para la medida concreta y no puede diferirse el tiempo.

Respecto al uso de medidas de sujeción sin prescripción facultativa, suele exigirse urgencia o peligro inminente, y en algunas normas que sea comunicado al juez directamente o a través del ministerio fiscal, como recoge la Ley de servicios sociales de Navarra antes citada. Por su parte, el protocolo del IMSERSO permite a los profesionales de enfermería, en ausencia del médico, aplicar un método de sujeción mecánica si hay riesgo y ayuda a la situación clínica del paciente (principio de beneficencia), poniéndolo en su conocimiento en su primer horario laborable, para la sanción oficial de la medida con su firma. No exige este protocolo peligro inminente ni traslado al juez ni al ministerio fiscal. En el documento de consenso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y en del Comité de Bioética de España también se admite, ante la ausencia de médico, que la sujeción pueda ser prescrita por el enfermero, y ratificada posteriormente con la mayor premura posible por el médico responsable habitual, pero solo en situaciones de compromiso vital urgente (intento autolítico, suicidio, agresión, etcétera). No basta únicamente el riesgo junto al principio de beneficio clínico. Tampoco se recoge en el documento de consenso de esa sociedad científica la comunicación judicial en estos supuestos.

Las dudas sobre el correcto modo de proceder aparecen, asimismo, respecto a los casos en los que sí hay prescripción facultativa, pero no hay consentimiento informado, bien porque sea urgente la aplicación de una contención o sujeción por grave agitación psicomotriz, bien porque la persona no cuente con la capacidad para consentir debido al deterioro cognitivo o psicofísico pero no tenga modificada por sentencia judicial y carezca de tutor y por tanto de representante legal. A ninguna de estas situaciones se ha referido ninguna comunidad autónoma en los informes enviados a esta institución.

La solución, si se estima que se trata de actos terapéuticos, parece la prevista en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [artículo 9.2]

b), 3, 6 y 7]. De conformidad con esta norma, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, a criterio del médico responsable de la asistencia, de conformidad con esta ley, el consentimiento se obtiene por representación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Solo se deben poner en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del ministerio fiscal, las decisiones del representante legal o personas vinculadas, que el médico estime contrarias a la vida y la salud del paciente.

Sin embargo, algunos protocolos, como el Protocolo de contenciones del IMSERSO, de mayo de 2015, elevan la garantía al prever la comunicación al juez de la medida en el caso de contención de larga duración por grave agitación psicomotriz, o en el caso de persona en ingreso involuntario, por no tener de hecho capacidad para consentir sin tutor legal.

De acuerdo con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en personas que no tienen capacidad de consentir, la utilización de una medida de sujeción mecánica puntualmente, de forma urgente, ante un cuadro agudo, bien sea para un acto terapéutico concreto, o por un episodio de agitación temporal, tras el cual, dicha medida no tendrá continuidad no parece exigir la comunicación judicial, tal y como recoge la Ley de autonomía del paciente. Otra cosa es que, desde una postura garantista, el documento de consenso aconseja hacerlo en el caso de que la medida se prolongue en el tiempo. También puede resultar procedente la comunicación judicial por parte del centro en las situaciones en las que la medida de sujeción aplicada es urgente y puntual ante casos de agitación, enajenación o agresividad en los que se ponga en riesgo la integridad de la persona afectada o las de otras personas del entorno, pero concurra la negativa del paciente, representantes legales, guardador de hecho o familiares.

El Comité de Bioética de España se inclina por aceptar la medida sin consentimiento previo si hay riesgo para la salud pública o urgencia vital y que se dé la circunstancia simultánea de que el paciente no esté en condiciones de tomar decisiones. El consentimiento por representación se ha de hacer siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud y se considera obligatoria la comunicación judicial si persiste en el tiempo la medida

y concurre discrepancia o rechazo del paciente o su representante legal, guardador de hecho o familiares.

Existen pues divergencias en la normativa autonómica, en los protocolos y las prácticas de cada centro y también en la práctica diaria de jueces y fiscales, debidas precisamente a la ausencia de una regulación específica común sobre la utilización de las medidas de sujeción.

La disparidad de criterios en estos supuestos, en los que no concurre la prescripción médica y hay urgencia, o bien falta el consentimiento o la persona no es capaz de consentir, o bien la medida se prolonga en el tiempo, es indicativa de la necesidad de abordar a nivel estatal una regulación con el suficiente rango legal que aclare estas circunstancias.

Por otra parte, si bien la mayor parte de las comunidades autónomas informaron de medidas en curso para reducir el número de sujeciones a través de formación de profesionales, la adquisición de recursos y material adecuado y la inclusión de esta materia como prioritaria en los planes de inspección, el uso que se hace de ellas en las personas mayores en el medio institucional sigue siendo demasiado frecuente, distando de ser excepcional.

A la vista de todas las circunstancias descritas, el Defensor del Pueblo insiste en que es preciso aprobar un marco legal adecuado que recoja el objetivo de su minimización y que ofrezca certidumbre para los supuestos excepcionales en que las sujeciones puedan resultar imprescindibles. Parece evidente que la regulación de esta materia cae bajo el ámbito de la reserva de ley, al menos, del artículo 53.1 CE, y probablemente de las exigencias de ley orgánica del artículo 81 CE.

A criterio del Defensor del Pueblo, debe lograrse su minimización o incluso eliminación si fuera posible. La práctica generalizada debe ser evitar su uso. La utilización de sujeciones ha de constituir un recurso excepcional, al que solo se recurra de forma puntual en aquellos casos en los que no existan o se hayan agotado todas las medidas alternativas. Su utilización debe de hacerse siempre por prescripción facultativa, debe estar limitada en el tiempo, contar con consentimiento informado, y resultar imprescindible para proteger la salud del afectado, su seguridad o la de terceros. El consentimiento ha de reunir los requisitos antes enunciados y sin dicho consentimiento las sujeciones solo caben en casos de urgencia con grave riesgo. Han de resolverse también las cuestiones que plantea el consentimiento por representación y la comunicación judicial antes expuestas.

Se trata de tener unos objetivos claros de minimización, así como supuestos y procedimientos de aplicación comunes que rijan las actuaciones de los profesionales en todos los centros de servicios asistenciales a los mayores, en cuanto a prescripción, aplicación, cuidados complementarios, duración, tipo de sujeción, registro, etcétera. Ahora

bien, ni la futura norma estatal ni las vigentes normas autonómicas deben convertirse en instrumentos para consolidar el uso de sujeciones con seguridad jurídica, por lo que deben elaborarse e interpretarse siempre desde los principios de prevención y eliminación de sujeciones.

Entre tanto, es necesario un compromiso real de los centros residenciales y de la Administración con la necesidad de establecer normas y prácticas de actuación dirigidas a reducir su uso al mínimo y que a la vez aborden la formación de los profesionales, regulen su uso y sensibilicen a la sociedad, ya que no se debe olvidar que, muchas veces, el miedo a posibles lesiones de los mayores lleva a sus familiares o cuidadores a solicitar el uso de estas medidas.

Planes de mejora

Todas las administraciones consultadas manifiestan su preocupación por incrementar las buenas prácticas en la atención a las personas mayores en centros residenciales, y la mayoría coinciden en la necesidad de la implantación progresiva de un modelo de atención centrado en la persona y la ética en los cuidados. Para ello, se incide en los planes de formación para profesionales, se han elaborado guías y documentos con indicadores de maltrato o de buenas prácticas y se realizan encuestas de calidad, de satisfacción y auditorías externas.

Son numerosas las consejerías que han informado sobre los trabajos en curso para la modificación de la normativa en materia de autorización y acreditación de centros (Aragón, Cantabria, La Rioja, País Vasco, Comunitat Valenciana). Las nuevas normas incidirían en la atención centrada en la persona y el modelo de gestión de calidad, fijando mejoras en las ratios de personal y profesionalidad y en los requisitos materiales y funcionales a través de nuevos protocolos de funcionamiento.

Otras administraciones han aprobado planes estratégicos y han revisado el régimen jurídico de los conciertos sociales: la Región de Murcia (Decreto 10/2018, de 14 de febrero de la **Región de Murcia**), **Navarra** y las diputaciones forales vascas trabajan en estos aspectos.

La Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, en el marco de la tramitación de las quejas, ha ido informando sobre la efectiva puesta en práctica del Plan de Residencias de 2017-2021 y en qué medida afecta a cada uno de los centros sobre los que se habían recibido reclamaciones. Asimismo, ha remitido amplia información, señalando que los principales objetivos de calidad de 2018 se dirigieron a los siguientes aspectos: profundizar en el registro de la constancia documental del conocimiento y participación del usuario o su representante en el Plan Interdisciplinar de Intervención; la asignación de auxiliares de enfermería de referencia en cada turno,

medida que, además del impacto organizativo, contribuye a facilitar la comunicación y el flujo de la información; el seguimiento del plan de cuidados; el análisis del uso de sujeciones; el diseño y actualización de los procesos de ingreso y acogida; la información, comunicación y apoyo a la familia; el proceso hostelero y de servicios complementarios; el proceso de valoración de necesidades del usuario y de atención personalizada y gestión de la estancia.

En cuanto a la implantación progresiva de diferentes avances tecnológicos, durante el mes de febrero de 2018 se iniciaron las dotaciones de sensores de movimiento en habitación, y otros equipos. Se encuentran en distintas fases las contrataciones por las que se iba dotar a las residencias, antes de final de año, de diferentes dispositivos como camas superbajas, dispositivos anti-atragantamiento, instalación del sistema de control de errantes y localización interna de residentes.

Respecto al incremento de plantilla en su globalidad se pone de manifiesto que el acuerdo firmado con los sindicatos sobre crecimiento de plantilla, ha sido la creación de 409 puestos de trabajo, en las residencias de gestión pública. Para la cobertura de esas vacantes, dado que en algunas categorías profesionales no existe personal disponible en las bolsas de trabajo, la previsión era que pudieran incorporarse antes de fin de año (16005250, 17002644 y relacionadas).

Por último, la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid ha aceptado la Recomendación de garantizar la previa comunicación al interesado o su representante de los traslados de oficio de los usuarios entre las residencias que integran la red pública de la Comunidad de Madrid para que, según se establece en el artículo 82 de la Ley de Procedimiento Administrativo, en el plazo de diez días hábiles pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estime pertinentes, que han de ser tenidos en cuenta en la propuesta de resolución (17013182).

Conclusiones

El Defensor del Pueblo, a la vista de las actuaciones realizadas en los últimos años y de la información remitida por las comunidades autónomas, considera que, para garantizar la plena efectividad y respeto de los derechos de las personas mayores a una atención residencial de calidad, los siguientes aspectos requerirían una atención preferente:

 Existe una gran dispersión normativa sobre centros residenciales y sobre los requisitos que deben reunir estos servicios para su autorización y acreditación, por lo que las comunidades autónomas han de hacer un esfuerzo por actualizarla y armonizarla.

- Con el fin de poder avanzar en las estrategias de atención a las personas mayores, es preciso que las administraciones competentes mejoren los mecanismos de recopilación de datos, de forma que se pueda contar con estadísticas fiables y actualizadas respecto de los recursos de atención residencial disponibles, tanto a nivel de comunidades autónomas como estatal.
- La insuficiencia de plazas públicas y concertadas de atención residencial para atender los derechos subjetivos derivados de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, indica que el esfuerzo presupuestario debe mejorarse.
- Para mejorar la calidad asistencial, han de estudiarse y revisarse las ratios de personal de atención directa porque hay razones para pensar que no son ya suficientes, dado que los usuarios con dependencia son más y su dependencia es mayor y porque son clave para una atención correcta y plenamente respetuosa con sus derechos. El Consejo Territorial ha de profundizar en las necesidades de los centros de mayores que atienden a personas con grados de dependencia II y III y estudiar la posibilidad de revisar al alza las ratios mínimas acordadas. Por otra parte, debería fijar unos requisitos y estándares mínimos en materia de recursos humanos que establezcan las ratios, tanto en cómputo global como específico, por categorías profesionales, distinguiendo gerocultores y otras categorías, de modo que se minimice la encomienda de funciones de distintas categorías en detrimento de la atención a las necesidades en materia de actividades básicas de la vida diaria de los residentes.
- Es necesario, además, que las administraciones se impliquen en garantizar que dicho personal responde a la cualificación necesaria para el desarrollo de sus funciones y fomenten el impulso de actuaciones de formación profesional y planes de formación específica para el desempeño de los puestos de trabajo encomendados.
- Las comunidades autónomas que aún no cuentan con unos servicios de inspección suficientemente dotados y formados deben hacer un esfuerzo en dicho sentido para poder llevar a cabo su función de forma eficaz y de forma que los centros mantengan los requisitos exigidos para el funcionamiento y la calidad del servicio de atención residencial de mayores. Es recomendable que se aprueben planes periódicos de inspección de los centros con indicadores sobre calidad, trato inadecuado y buenas prácticas.
- Es precisa una ley orgánica que delimite las circunstancias extraordinarias vinculadas a la salud y al deterioro físico y mental en las que las personas en

edad avanzada pueden tener que asumir limitaciones al ejercicio y realización de algunos de sus derechos fundamentales, con especial referencia a la atención en centros residenciales. Ello sin perjuicio de que sería deseable que, con carácter general, se regulara, de forma completa y garantista, el conjunto de situaciones en las que excepcionalmente podrían adoptarse medidas extraordinarias de restricción de la libertad y otros derechos, por razones no punitivas.

- La regulación legal ha de aunar el refuerzo de la garantía de los derechos del mayor que ha perdido su capacidad para consentir por deterioro psicofísico o mental con la debida agilidad en la aplicación de los mecanismos de protección que necesita, los cuales tampoco deberían verse bloqueados por la tardanza de los tiempos procesales y judiciales. En consecuencia, las vías procesales para estos supuestos deben ser simples y ágiles, así como estar dotadas de medios suficientes.
- Mientras la aprobación de esa ley llega, sería de interés unificar criterios y facilitar pautas de actuación a los servicios y centros sobre ingresos no voluntarios y pérdidas de capacidades cognitivas conforme a la doctrina del Tribunal Constitucional. Las comunidades autónomas que no lo han hecho han de adaptar sus protocolos de ingreso de residentes con deterioro cognitivo o mental a los pronunciamientos del Tribunal Constitucional e impartir instrucciones a los centros residenciales.
- El marco legal estatal ha de recoger el objetivo de minimización de las sujeciones físicas y ofrecer certidumbre para los supuestos excepcionales y puntuales en que tales medidas puedan resultar imprescindibles cuando no existan o se hayan agotado todas las medidas alternativas. Su utilización debe de hacerse siempre por prescripción facultativa, debe contar con consentimiento informado y resultar imprescindible para proteger la salud del afectado, su seguridad o la de terceros. Sin consentimiento, las sujeciones solo caben en situaciones de grave riesgo y si se prolongan en el tiempo deben ser comunicadas a la autoridad judicial.
- Entretanto es necesario un compromiso real y efectivo de las administraciones competentes, los centros, los profesionales, los usuarios y los familiares para lograr una atención residencial libre de sujeciones.



ww.defensordelpueblo.es