

DEPENDENCIAS VISITADAS	Unidad de Hospitalización Breve (USM) del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo
FECHA DE LA VISITA	6 y 7 de febrero de 2024 (sin previo aviso)
EQUIPO DE LA VISITA	El director y dos técnicas del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), acompañadas por un técnico externo psiquiatra y un técnico externo médico forense.
OBJETO DE LA VISITA	Visita en el marco del programa «Salud mental» del MNP, para examinar las condiciones generales en las que se encuentran las personas ingresadas en ese centro y los procedimientos destinados a garantizar sus derechos fundamentales. Además, examinar el proceso de ingreso y su formalización jurídica, la estancia, la atención sanitaria y psicosocial. Así como el uso de medidas de contención y la adecuación del personal del centro.
FICHA ACTUALIZADA A	02/02/2026

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES EMITIDAS

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: XUNTA DE GALICIA - CONSELLERÍA DE SANIDAD

RESOLUCIONES Y CONCLUSIONES ESPECIFICAS

Fecha actualización información: 20/11/2024

1 - Se trata de la primera visita realizada por el equipo técnico del Defensor del Pueblo en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) a la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

Fecha actualización información: 20/11/2024

2 - Cabe destacar el alto nivel de colaboración prestado al equipo del MNP durante la visita, facilitando el desempeño de sus funciones y mostrando una notable predisposición y una cultura de trabajo abierta y receptiva a la hora de implementar mejoras.

Fecha actualización información: 20/11/2024

3 - Esta visita se desarrolla en el marco del proyecto «Salud Mental» del MNP que tiene como objetivo analizar desde un enfoque preventivo, la situación de las personas con problemas de salud mental que se encuentran privadas de libertad e identificar aquellas situaciones de riesgo susceptibles de resultar en tortura u otras formas de malos tratos, en línea con los estándares internacionales y siguiendo el mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Tal y como se refiere en el Informe Anual del MNP 2022, durante las visitas del MNP a unidades y residencias de salud mental se plantean una serie de cuestiones estrechamente relacionadas con ejes de prevención de situaciones de riesgo de malos tratos (contenciones mecánicas, procedimientos de gestión de quejas, contacto con el mundo exterior, registro-control y tutela externa) que serán analizadas en el presente documento.

Fecha actualización información: 20/11/2024

4 - Prevenir situaciones de riesgo sobre tortura y otras formas de maltrato en el ámbito de la salud mental supone un trabajo de mejora continua de todas las instituciones y administraciones involucradas, exige identificar y revisar las prácticas y patrones de conducta profundamente enraizadas. Ello es así por cuanto, cuando una persona ingresa a una unidad o residencia de salud mental, es unánimemente aceptado que, aunque sea por una causa justificada o con un fin terapéutico de facto, se encuentra privada de libertad y en una situación de especial vulnerabilidad. En

estos contextos, se analizan especialmente las prácticas o limitaciones injustificadas desde el punto de vista clínico de la autonomía, las posibles mermas de derechos y libertades que llevan a identificarse como situaciones de malos tratos, tanto verbales como físicos.

Fecha actualización información: 20/11/2024

5 - En este sentido, el propio Comité Europeo para la Prevención de la Tortura en parágrafo 48 de su último Informe General núm. 32, advierte sobre la necesidad de tomar medidas urgentes a nivel normativo, de infraestructura, de personal y de formación para un correcto abordaje de la salud mental, en aras de contribuir al cambio de paradigma sobre el estigma y la aproximación paternalista de la salud mental hacia un modelo comunitario que evite las medidas de internamiento en unidades psiquiátricas cerradas y aisladas de la sociedad.

Fecha actualización información: 20/11/2024

6 - Como se reseñó en el Informe Anual del MNP 2022, el proyecto «Salud Mental» del Mecanismo Nacional de Salud Mental se materializa en tres líneas estratégicas:

- a) La identificación y prevención de situaciones de riesgo de generar malos tratos en el ámbito de la salud mental;
- b) los sistemas de garantías jurídicas en el contexto del internamiento;
- c) las contenciones mecánicas y farmacológicas y otras medidas de aislamiento, para su erradicación.

A continuación, se analizan estas cuestiones en relación con la UHB, proponiéndose mejoras en protocolos y prácticas que reduzcan las posibilidades de sufrir malos tratos y, en caso de producirse, se cuente con canales de denuncia efectivos.

Fecha actualización información: 20/11/2024

7 - El análisis de las condiciones generales de vida en una unidad de salud mental permite evaluar si se adopta un enfoque de atención psicosocial terapéutico basado en derechos humanos, con actividades adecuadas y con una dotación de personal con formación específica, todo lo cual contribuye a evitar situaciones de riesgo de malos tratos en este ámbito.

Fecha actualización información: 20/11/2024

8 - El hospital cuenta con dos Unidades de Hospitalización Breve de adultos (UHB). Cada unidad cuenta con 31 camas en Fase 1 (uso regular) y 34 en Fase 2 (escenario de contingencia) repartidas en habitaciones individuales y dobles. En esta fase se puede llegar hasta las 68 camas. Aseguran que esta eventualidad sucede sólo un par de veces al año y se activa cuando hay más de 5 ingresos en urgencias pendientes de obtener cama en alguna de las velas. No hay criterios fijos para la distribución de los pacientes por vela, suele hacerse dependiendo de la disponibilidad de camas. El nivel de ocupación es alto (en torno al 97-98%) y la estancia media del año anterior se sitúa en 15 días. No obstante, se ha comprobado que, al menos durante la visita, los menores de edad están todos ingresados en la vela F.

Fecha actualización información: 02/02/2026

9 - Ambas unidades están ubicadas en el primer piso del complejo cuyo diseño arquitectónico presenta ciertas limitaciones, entre ellas, la imposibilidad de contar con un patio o espacio al aire libre directamente conectado. Esta característica subraya un enfoque centrado en la seguridad que plantea desafíos en términos de ofrecer a los pacientes la oportunidad de interactuar con entornos al aire libre dentro de las instalaciones del hospital.

**Observación a la
conclusión:**

La diferencia en el diseño arquitectónico entre las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) para adultos e infantojuvenil es notable y refleja un enfoque diferenciado en la atención de la salud mental en ambos grupos etarios. Es positivo que se hayan tomado en cuenta estas consideraciones en el diseño de las unidades infantojuveniles; sin embargo, resulta llamativo que estas mismas lógicas de diseño, que promueven la recuperación a través de la integración de lo psicosocial y lo funcional, no se apliquen de manera similar en las unidades destinadas a los pacientes adultos. Estos también se beneficiarían de tener acceso a espacios que fomenten la educación, el entretenimiento y la interacción social, así como áreas al aire libre que puedan contribuir significativamente a su proceso de recuperación. La creación de entornos que estimulen la mente y el cuerpo puede ser una herramienta poderosa en el tratamiento de la salud mental, independientemente de la edad del paciente. Esta observación sugiere que hay una oportunidad para repensar y expandir el diseño arquitectónico de las instalaciones de salud mental para adultos, integrando más activamente elementos que promuevan el bienestar psicosocial y la recuperación a través de la interacción y el contacto con entornos estimulantes y reconfortantes. Este enfoque no solo beneficiaría a los pacientes, sino que también podría influir positivamente en la eficacia general del tratamiento y en la experiencia de hospitalización, contribuyendo a una visión más integradora y humanista de la atención en salud mental. Además, potencialmente puede actuar como un factor que reduzca la posibilidad de incurrir en prácticas coercitivas y por ende preventivo de prácticas inhumanas y degradantes.

RECOMENDACIÓN

Que se tomen medidas necesarias para fomentar un enfoque más humanista en las unidades hospitalarias de salud mental, promoviendo espacios que fomenten la educación, el entretenimiento y la interacción social, así como áreas al aire libre que puedan contribuir significativamente al proceso de recuperación de las personas ingresadas.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la RECOMENDACIÓN PRIMERA al remitirse información de las acciones que se están realizando para mejorar los espacios al aire libre, a través de las «cabañas terapéuticas», la contratación de dos terapeutas ocupacionales en la USM y otro más en la Infanto-juvenil y las actividades y ejercicio destinado a la óptima recuperación de los pacientes.

Fecha actualización información: 02/02/2026

10 - Durante la evaluación de las Unidades de Hospitalización Breve de adultos (UHB), se identificó un problema significativo en la demarcación etaria entre las unidades destinadas a pacientes infantojuveniles y adultos. Específicamente, la inclusión de adolescentes de 16 y 17 años en las unidades de adultos no es una práctica uniforme en todo el Estado; en varias Comunidades Autónomas estos pacientes son admitidos en las unidades infantojuveniles. Esta discrepancia se manifestó claramente durante las visitas a las UHB para adultos, donde tanto pacientes como familiares expresaron preocupaciones significativas.

La presencia de jóvenes en un entorno adulto, de acuerdo con su relato, plantea desafíos, incluyendo un impacto negativo en la esperanza y la motivación dentro de sus procesos terapéuticos, restricciones en el régimen de vida más apropiadas para adultos que para adolescentes, y la influencia perturbadora de las conductas de otros pacientes adultos, a menudo más graves o disruptivas. Además, la presencia ocasional de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, custodiando a ciertos pacientes, añadía un nivel de complejidad y estrés innecesarios para los adolescentes. La falta de una separación clara y efectiva entre menores de edad y adultos en estas unidades subraya la necesidad urgente de revisar y estandarizar los criterios de ingreso para garantizar un entorno terapéutico adecuado y seguro para todos los pacientes, respetando sus necesidades específicas de desarrollo y bienestar.

SUGERENCIA

Que se revise el criterio exclusivo de la edad para el ingreso en la Unidad Hospitalaria Breve de adultos del Hospital Álvaro Cunqueiro tomando en consideración no solo la edad cronológica (>16), sino también el nivel de desarrollo psicosocial de la persona, el tipo de cuidados que requiere y la conveniencia de su estancia en una unidad determinada, basándose en sus necesidades individuales.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Esa Consejería remite información a tenor de la cual se considera que en la Comunidad Autónoma de Galicia una persona es adulta a partir de los 16 años y, por tanto, ha de ingresar en la Unidad Breve para adultos en los hospitales de su ámbito de competencia. Durante la visita, el equipo multidisciplinar del MNP pudo constatar que, en función del desarrollo psicosocial de las personas menores de edad, puede resultar perjudicial su ingreso en unidades de adultos, de ahí que, además, se haya realizado la RECOMENDACIÓN SEGUNDA, para la creación de unidades de transición. El hecho de que en el Hospital de Vigo se atienda a los menores de 18 años por el psiquiatra Infanto-Juvenil es una práctica conveniente que debería tenerse en cuenta para otros centros, en tanto se configuran las nuevas unidades de transición. A la espera de la creación e implementación de la Recomendación mencionada, se da por aceptada esta Sugerencia.

Fecha actualización información: 02/02/2026

11 - Los responsables de las unidades señalaron la importancia de establecer unidades de transición específicas para adultos jóvenes, que abarquen un rango etario de 16 a 20 años. Estas unidades funcionarían tanto a nivel hospitalario como comunitario, brindando un espacio intermedio que ofrezca cuidados y soportes adaptados a las particularidades de esta etapa de la vida. La implementación de unidades de transición podría facilitar una separación más efectiva dentro de las unidades de adultos, diferenciando claramente entre la sección destinada a los adultos jóvenes y las áreas para el resto de los adultos. Esta distinción no solo respondería a las necesidades específicas de desarrollo de los pacientes más jóvenes, sino que también contribuiría a crear un entorno más propicio para su recuperación y bienestar.

RECOMENDACIÓN

Que se tomen medidas necesarias para crear unidades de hospitalización para adultos jóvenes o unidades de transición que abarquen un rango etario de 16 a 20 años, que ofrezcan cuidados y soportes adaptados a las particularidades de esta etapa de la vida, y contribuya a crear entornos más propicios para su recuperación y bienestar.

Respuesta a la resolución: Sin seguimiento

En relación a la RECOMENDACIÓN SEGUNDA (unidad de transición), a la espera de su inclusión por parte del SERGAS en el Plan Estratégico 2025-2030, se dan por concluidas las actuaciones con ese Servicio. No obstante, este asunto será objeto de seguimiento en futuras visitas.

Fecha actualización información: 02/02/2026

12 - El centro hospitalario cuenta con un sistema de historia clínica electrónica hospitalaria (IANUS). Este sistema, diseñado para proporcionar un acceso rápido y eficiente a la historia clínica del paciente, está integrado con el resto del SERGAS, permitiendo una comunicación entre dispositivos comunitarios y hospitalarios. El sistema de historia clínica electrónica, que abarca los recursos hospitalarios, se estructura a través de diversos subprogramas como GACELA (cuidados de enfermería), un programa específico de farmacia hospitalaria y un módulo dedicado al registro de contenciones - VIXIA.

Esta configuración modular, presenta desafíos significativos en términos de interoperabilidad. La fragmentación de la información entre distintos módulos, a los cuales se accede según el perfil profesional del usuario, conlleva dificultades en el acceso, visualización y registro integral de los datos del paciente. Esta situación puede llevar a

que cierta información relevante se registre en un módulo, pero no esté disponible o visible en otro, lo que afecta la continuidad y calidad de la atención al paciente.

Estas limitaciones en los sistemas de registro y gestión de la información clínica subrayan la necesidad de mejorar la interoperabilidad entre los distintos módulos del sistema de historia clínica electrónica y de desarrollar mecanismos más eficientes y accesibles para el registro y análisis de intervenciones críticas como las contenciones mecánicas. Una mayor integración de los sistemas y la facilitación del acceso a la información son pasos esenciales para garantizar una atención segura, efectiva y basada en la evidencia, así como para promover prácticas clínicas transparentes y responsables.

SUGERENCIA

Que se mejore la interoperabilidad de los subprogramas de historia clínica electrónica en el Hospital Álvaro Cunqueiro mediante la integración de los sistemas o la implementación de una interfaz común que permita un acceso fluido y la visualización de la información entre los distintos módulos, como enfermería (GACELA), el programa de farmacia hospitalaria y el registro de contenciones. De este modo se lograría que todos los profesionales involucrados en la atención del paciente tengan un acceso completo y en tiempo real a toda la información clínica relevante.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Respecto a la información facilitada en relación a la última actualización del IANUS, que será «más transversal, accesible y colaborativo», el MNP confía en que contenga la posibilidad de aunar lo requerido en esta Sugerencia. Por tanto, se considera aceptada la SUGERENCIA SEGUNDA.

Fecha actualización información: 20/11/2024

13 - El análisis del régimen de vida y del régimen disciplinario o de sanciones instituido en cada centro subyace a la prevención de los malos tratos en el ámbito de la salud mental. La prevención de tratos indebidos en contextos de privación y/o restricción de libertad encuentra estrecha vinculación con una adecuada dotación de personal, actividades y recursos, así como las posibilidades reales de salidas y contacto con el exterior.

Fecha actualización información: 20/11/2024

14 - El centro mantiene un régimen de libertades notablemente restringido para los pacientes. Las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) E y F del Hospital Álvaro Cunqueiro operan bajo un régimen cerrado, en el que los pacientes no pueden abandonar las instalaciones sin el permiso explícito de los facultativos, independientemente de si su ingreso fue voluntario o involuntario.

Fecha actualización información: 20/11/2024

15 - En cuanto a las comunicaciones externas, se permite a los pacientes realizar una llamada en horario de mañana y otra en horario de tarde, facilitando la comunicación con familiares y seres queridos mientras se mantiene el orden y la tranquilidad de la unidad.

Las visitas están permitidas en un horario amplio de 12.30 a 21.30 horas, permitiendo la entrada de dos cuidadores por paciente, siempre que sean la misma persona de referencia, y deben permanecer en la habitación del paciente para no interrumpir las actividades terapéuticas ni los momentos de comidas.

La información médica se proporciona de lunes a viernes de 12.30 a 14.00 horas mediante citas previamente asignadas por el psiquiatra correspondiente, asegurando una comunicación efectiva y organizada entre el equipo

médico y los familiares. En el caso de los menores de edad pueden estar siempre acompañados por sus padres/tutores.

Fecha actualización información: 02/02/2026

16 - El centro no cuenta con un reglamento de régimen interno específico para la UHB, sino que se aplica un documento genérico que abarca a todos los pacientes del hospital. Es fundamental que tanto los pacientes como sus familiares estén adecuadamente informados sobre el régimen de vida, las restricciones de libertades y el uso de medidas coercitivas. Para ello sería recomendable mejorar los documentos informativos y adaptar los consentimientos informados a los regímenes de las unidades.

SUGERENCIA

Que en el Hospital Álvaro Cunqueiro se disponga de un protocolo de ingreso a la Unidad Hospitalaria Breve que organice de manera adecuada la intervención de cada profesional involucrado, sobre las condiciones de su ingreso, sea este voluntario o involuntario, el funcionamiento interno y régimen de vida, derechos que le asisten, explicando de manera clara y accesible la documentación entregada para su firma, así como su derecho a solicitar asistencia jurídica en cualquier momento durante el ingreso o estancia en dicho centro.

Respuesta a la resolución: En trámite

En relación a la RECOMENDACIÓN CUARTA (protocolo de ingreso), a la espera de la completa realización del documento requerido, y una vez más, agradeciendo el esfuerzo por parte del centro y su gerencia en responder e implementar a cada recomendación y sugerencia realizada por el MNP, se ruega su envío.

Fecha actualización información: 02/02/2026

17 - Las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) para adultos presentan un cuadro diverso en términos de dotación de personal, donde, aunque se cuenta con un adecuado número de psiquiatras, la inclusión de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica es claramente insuficiente, con tan solo un profesional para atender a 62 pacientes. Esta situación destaca la necesidad urgente de incrementar la presencia de estos especialistas para proporcionar una atención psicológica más completa y efectiva.

SUGERENCIA

Que se incremente la ratio de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica de la Unidad Hospitalaria Breve, de manera fija y con presencia física para garantizar el tratamiento terapéutico y biopsicosocial de las personas ingresadas de cara a su recuperación, tal y como propone el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) en su Informe CPT/Inf(98)12-part, sobre Internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos.

Respuesta a la resolución: Aceptada

La SUGERENCIA CUARTA (psicólogo clínico) se considera aceptada. No obstante, sigue pendiente por parte del SERGAS la cuestión de la ampliación de la plantilla supeditado a la aprobación del Plan Estratégico, que será objeto de seguimiento con esa Administración en futuras visitas.

Fecha actualización información: 02/02/2026

18 - Sin embargo, la problemática más acuciante se encuentra en las ratios de personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores, que son significativamente bajas. En una unidad con 31 camas, el cuidado principal recae en tan sólo dos enfermeras y aproximadamente tres TCAE durante la mayor parte del tiempo, resultando en ratios de 15 pacientes por enfermera y 10 por TCAE. Esta sobrecarga de trabajo no sólo aumenta el riesgo de agotamiento entre el personal, sino que también compromete la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

Según relatos del personal, pacientes y familiares, esta escasez de personal lleva a las trabajadoras a sentirse desbordadas, lo que potencialmente puede fomentar dinámicas coercitivas debido a la incapacidad de llevar a cabo procesos de acompañamiento y desescalada verbal de manera adecuada, al resultar estos impracticables; dado que no es un número de personal que permita atender situaciones urgentes. Se ha mencionado por parte de familiares (los de los menores pueden permanecer con ellos) que, en ocasiones, la duración de las contenciones aplicadas a menores de edad en la unidad se extendió más de lo necesario debido a que el personal estaba atendiendo otras situaciones emergentes.

SUGERENCIA

Que se tomen las medidas oportunas para incrementar la ratio de profesionales en las dos Unidades Hospitalarias Breves de adultos en las categorías de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería hasta las ratios de otras comunidades autónomas y a los estándares de calidad de las sociedades científicas, garantizando así una atención de calidad y evitando la sobrecarga de trabajo que puede llevar a dinámicas coercitivas.

Respuesta a la resolución: Aceptada

La SUGERENCIA QUINTA (enfermería y TCAEs) se considera aceptada. No obstante, sigue pendiente por parte del SERGAS la cuestión de la ampliación de la plantilla supeditado a la aprobación del Plan Estratégico, que será objeto de seguimiento con esa Administración en futuras visitas.

Fecha actualización información: 02/02/2026

19 - A la luz de las entrevistas realizadas, las personas ingresadas en la UHB desconocen el sistema existente para emitir una queja en caso de necesidad. Es esencial que el hospital tome medidas proactivas para informar a todos los pacientes sobre el sistema de quejas desde el momento de su ingreso. Además, debe haber material informativo disponible y fácilmente accesible en todas las áreas del hospital, incluidos folletos, posters y charlas informativas.

SUGERENCIA

Que se procure mejorar los canales de denuncia, tramitación y registro de las quejas y reclamaciones que se producen en la Unidad Hospitalaria Breve del Hospital Álvaro Cunqueiro con el objetivo que sean accesibles, suficientes y confidenciales para comunicar sus peticiones y/o presentar quejas, teniendo en consideración que en contextos de privación y/o restricción de libertad las posibilidades reales que tienen las personas de comunicar situaciones conflictivas, posibles tratos indebidos o quejas vinculadas con su vida diaria se encuentran limitadas.

Respuesta a la resolución: Aceptada

La SUGERENCIA SEXTA (canales de quejas) se considera aceptada por implementar el hospital el acceso a impresos de reclamación a las personas ingresadas en la unidad.

Fecha actualización información: 20/11/2024

20 - En cuanto a Protocolo de Actuación ante alegaciones de Malos Tratos, no se remitió en la información solicitada. Se solicita sea remitido si se dispone de dicho protocolo tanto en la UHB como en la UHSMIJ.

Fecha actualización información: 20/11/2024

21 - Se llevó a cabo un análisis de 19 (de un total de 50) pacientes adultos aleatorios ingresados en la UHB-E y F. En dicha unidad se objetivó un porcentaje de polifarmacia del 84,2% y específicamente de un 47,4% de polifarmacia de antipsicóticos (más de 2 antipsicóticos prescritos de manera simultánea). Se llega a observar a varios pacientes con entre 3 y 5 antipsicóticos simultáneos (n=6; un 31% de la muestra).

La polifarmacia está considerada como un grave problema de salud pública dado el potencial perjuicio a los pacientes en interacciones y reacciones adversas a fármacos. Es también un predictor de aumento de la morbimortalidad en población adulta. Por ello es necesaria la instauración de programas de seguridad del paciente y calidad en la prescripción.

Existen metaanálisis que establecen una tasa de polifarmacia antipsicótica entre pacientes con diagnósticos del espectro psicótico del 20% a nivel mundial de manera constante entre la década de 1970 hasta la actualidad. La tasa de polifarmacia antipsicótica aumenta en esta unidad hasta el 47,5%. Por tanto, podríamos afirmar

que el uso de la polifarmacia antipsicótica está por encima de las tasas habituales en población de referencia.

Fecha actualización información: 02/02/2026

22 - En un 10% de los pacientes de la muestra se observó el uso de fármacos con dosis fuera de ficha técnica . En estos casos no existía en la historia clínica una justificación de su uso fuera de ficha. Tampoco figuraba que se hubiera realizado una información y consentimiento del paciente previo a la adopción de la medida.

El hospital cuenta con un servicio de farmacia hospitalaria que juega un papel crucial en la monitorización de las prescripciones, interacciones medicamentosas y dosificaciones. Según los relatos de los psiquiatras, el personal de farmacia realiza una vigilancia exhaustiva de las prescripciones, garantizando la seguridad y la eficacia del tratamiento farmacológico de los pacientes. Los farmacéuticos son descritos como meticulosos y mantienen una comunicación frecuente con el servicio de psiquiatría para discutir y ajustar las terapias según sea necesario. Aunque no fue posible interactuar directamente con el personal de farmacia debido a la brevedad de la visita, se destaca que, en la revisión de las prescripciones, en la mayoría de los casos, no se documentaban en la historia clínica las indicaciones de medicamentos fuera de ficha técnica y con dosis que también excedían las recomendadas en estas fichas, lo que subraya la importancia de una documentación clínica completa y precisa para el seguimiento y la seguridad del paciente.

SUGERENCIA

Que se tomen medidas urgentes para establecer un programa de farmacia hospitalaria que incluya la reducción de la polifarmacia antipsicótica y un uso de fármacos conforme a la ficha técnica. Que se mejore la información brindada a los usuarios y/o personas de apoyo respecto del uso de fármacos de sedación que puedan ser constitutivos de contención farmacológica.

Respuesta a la resolución: Aceptada

La SUGERENCIA SÉPTIMA (programa de farmacia hospitalaria) se considera aceptada por adjuntarse toda la información de los procedimientos solicitados para la consecuente reducción de la polifarmacia.

Fecha actualización información: 02/02/2026

23 - En la UHB, destaca la notoria ausencia de figuras esenciales como la terapia ocupacional. Esta carencia repercute directamente en el régimen de vida de la unidad, donde no se llevan a cabo actividades ocupacionales, rehabilitadoras ni psicoterapéuticas. Adicionalmente, la falta de suficiente personal de enfermería impide la realización de grupos enfocados en la educación sanitaria, el autocuidado o el desarrollo de otras habilidades esenciales para el manejo de la salud mental. Se observó también que el personal facultativo no lleva a cabo actividades psicoterapéuticas grupales, lo que contribuye a un enfoque de tratamiento eminentemente farmacocéntrico y, por ende, limitado en su capacidad para atender las necesidades integrales de los pacientes.

Por otro lado, los menores de edad ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de adultos cuentan con acceso a asistencia psicoterapéutica y disponen de una franja horaria dedicada de dos horas al día para actividades, lo que supone una mejora respecto al enfoque adoptado para los adultos, aunque sigue siendo insuficiente.

En general, el enfoque terapéutico adoptado tanto para adultos como para menores en la UHB de adultos es extremadamente limitado, más aún cuando se compara con las medidas implementadas en la unidad infantojuvenil. Esta limitación se destaca como un área crucial de mejora, con potencial significativo para reducir la angustia y el sufrimiento psíquico de los pacientes, así como para minimizar el uso de medidas coercitivas. La ampliación de los servicios terapéuticos y la inclusión de un mayor número de profesionales dedicados a la psicología clínica, la terapia ocupacional y el personal de enfermería podrían enriquecer considerablemente el enfoque de tratamiento, ofreciendo a los pacientes una atención más integral y efectiva.

SUGERENCIA

Que se tomen las medidas oportunas para incorporar profesionales en la Unidad Hospitalaria Breve de adultos en las categorías de terapia ocupacional para diversificar y enriquecer el abordaje terapéutico, ofreciendo alternativas a las intervenciones puramente farmacológicas.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA OCTAVA, pues ya se han incorporado dichos profesionales.

Fecha actualización información: 27/11/2025

24 - SUGERENCIA

Que se generen los mecanismos adecuados para incentivar al personal facultativo y de enfermería a llevar a cabo actividades psicoterapéuticas grupales, potenciando un enfoque más global y colaborativo en el tratamiento. Además, ampliar las franjas horarias dedicadas a actividades terapéuticas y educativas de los menores ingresados en la Unidad Hospitalaria Breve de adultos, mejorando así su experiencia y apoyo durante la hospitalización.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA NOVENA por informar que las tareas a las que alude se van a realizar también por las nuevas incorporaciones.

Fecha actualización información: 02/02/2026

25 - En los últimos cinco años se han producido dos suicidios en la Unidad. No se nos ha proporcionado un protocolo específico de prevención de suicidios dentro de la unidad. Sin embargo, se nos han facilitado unas normas de actuación para pacientes con riesgo de autolisis, así como un plan de cuidados destinado al personal de enfermería. Estos documentos podrían servir como base inicial para el desarrollo de un protocolo más detallado sobre este tema.

SUGERENCIA

Que se disponga de un protocolo de prevención de suicidios específico de esa unidad.

Respuesta a la resolución: Aceptada

La SUGERENCIA DÉCIMA (PPS) se considera aceptada ya que se remite un completo nuevo PPS diseñado por el centro.

Fecha actualización información: 02/02/2026

26 - Dentro de la unidad, no se brinda atención a personas que sufran lesiones, independientemente del origen de las mismas y ya sea para las personas enfermas como para los trabajadores. La atención médica se realiza en el servicio de urgencias del complejo hospitalario, donde se emite el correspondiente parte de lesiones a la autoridad judicial. Estos partes no son archivados en la unidad, sino que se incorporan automáticamente a la historia clínica de la persona lesionada.

Ninguna de las dos unidades dispone de un protocolo específico de actuación para cuando se produzcan lesiones en el interior de la unidad, tanto en los enfermos como en los trabajadores. Todo lo que existe es una derivación del lesionado, y no siempre, al servicio de urgencias del Hospital para su valoración. En el caso de que el afectado sea un trabajador se notifica a riesgos laborales. No hay libro de registro de estas situaciones, por lo que no es posible conocer su casuística.

Se constataron en las historias clínicas dos casos en los que se encontraron situaciones que son consideradas inadecuadas. En uno de los casos se describe la producción de unas lesiones en la mano izquierda, al parecer por dar un puñetazo en la pared, que incluso necesitó estudio radiográfico, pero no había constancia de que se hubiese emitido parte de lesiones, algo que es necesario que se hubiese hecho.

Otra de las situaciones inaceptable es un caso en que el personal de enfermería, que conocía la existencia de unas lesiones tras la aplicación de contención mecánica, no informa inmediatamente de las mismas al médico de guardia, no solo para la atención médica sino para realizar el correspondiente parte de lesiones. Tampoco parece adecuado que su médico responsable no revise las anotaciones que, sobre su paciente, realiza el personal de enfermería.

SUGERENCIA

Que se disponga de un protocolo de actuación específico en la Unidad Hospitalaria Breve del Hospital Álvaro Cunqueiro para cuando se produzcan lesiones, y que se controle la debida cumplimentación de los partes de lesiones, con la descripción adecuada del tipo de lesión, la forma, sus dimensiones, su localización exacta, con fotografías, así como las demás características, contexto y personas, que permitan posteriormente establecer cuál ha sido el mecanismo de producción de ésta y cómo prevenirlas, contando con un registro de dichas actuaciones, diferente a su mera incorporación en las historias clínicas.

Respuesta a la resolución: Aceptada

La SUGERENCIA DECIMOPRIMERA (protocolo de lesiones) se considera aceptada al remitir la información detallada al respecto.

Fecha actualización información: 27/11/2025

27 - En el momento de iniciar la visita hay un total de 62 personas ingresadas en la UHB (33 en la vela E y 29 en la F). Dicha cifra no coincide con los listados proporcionados en el punto 1 de la documentación solicitada, que recogen 52 personas ingresadas (33 en la vela E y 19 en F). El motivo de esta diferencia es que hay 10 menores de edad ingresados en la vela F pero que aparecen en los listados de la UHSMIJ. De los 52 pacientes adultos ingresados en la UHB, 24 son mujeres y 28 hombres.

Cuando analizamos los datos según el tipo de internamiento (voluntario o involuntario), vemos como existen discrepancias en los datos proporcionados:

En la respuesta dada al punto n.º 1 de las peticiones realizadas (registro de personas ingresadas: edad, sexo, antigüedad, diagnóstico, internamientos involuntarios y voluntarios, incapacitados y no), se recogen un total de 52 internamientos: 21 de carácter voluntario (40,38%) y 31 de carácter involuntario (59,62%). Ahora bien, en la documentación aportada como respuesta a las peticiones del punto n.º 11, que es un listado de ingresos voluntarios e involuntarios, constan 48 ingresos: (4 menos): 19 ingresos voluntarios (39,58%) y 29 involuntarios (60,42%).

Vemos que, aunque la proporción entre voluntarios e involuntarios es similar, no existe concordancia en los datos aportados en ambos puntos. Hay pacientes como B. P. que en el listado del punto 1 aparece como involuntario y en el listado del punto 11 lo hace como voluntario (de este enfermo no hay auto de autorización judicial). Por el

contrario, G. C. aparece en listado del punto n.º 1 como voluntario y en el listado del punto nº11 como involuntario, aunque tampoco consta auto de autorización judicial. Otros que, como P.G., aparece como voluntario en el listado del punto 11 no lo hace como tal en la respuesta al punto 1. Existen abundantes discordancias en la documentación.

SUGERENCIA

Que se tomen medidas para mejorar el sistema de gestión interna de documentación vinculada a la situación jurídica de los pacientes en la Unidad Hospitalaria Breve del Hospital Álvaro Cunqueiro.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOSEGUNDA, por incluir el procedimiento de ingreso en el sistema IANUS.

Fecha actualización información: 20/11/2024

28 - Para el MNP esta cuestión tiene una importancia fundamental. En efecto, como sostiene el TC en diversas sentencias, el internamiento involuntario por un padecimiento de salud mental se fundamenta en el art. 5.1. del Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950, ratificado por España el 26 de septiembre de 1979.

En este contexto normativo y con fundamento en el art. 53.2 CE el amparo que los Jueces y Tribunales prestan a la protección de los derechos y libertades fundamentales, la autorización judicial de internamiento involuntario del art. 763 LEC permite la privación o restricción de la libertad de una persona por una causa justificada.

Velar por el cumplimiento de tales estándares durante esta privación y/o limitación de libertad y que dichos internamientos se produzcan con las máximas garantías es parte del mandato del Defensor del Pueblo en su condición de MNP. Por ello, resulta fundamental que la pertinente documentación judicial que da respaldo a tal situación y la existente en los centros sociosanitarios coincida con la situación jurídica real de las personas ingresadas.

Fecha actualización información: 20/11/2024

29 - Tras la revisión de diversos expedientes de personas ingresadas mediante autorización judicial, se pudo constatar que cuando se considera el internamiento como involuntario se comunica al Juzgado para obtener la consiguiente autorización judicial de ingreso. Son 3 los órganos judiciales con competencias al respecto: los Juzgados de 1ª Instancia n.º 5, n.º 12 y n.º 15 de Vigo que actúan de forma sucesiva con periodicidad semanal. Los casos en los que es necesario obtener la autorización judicial en fin de semana o festivo, lo solicitan al Juzgado de Instrucción de guardia. Las comunicaciones se hacen, siguiendo las indicaciones hechas por los órganos judiciales, por correo electrónico a la dirección del competente en ese momento.

La entrevista de la comisión judicial con los enfermos se hace por videoconferencia. Lo habitual es que se haga dos días en semana (martes y viernes) y desde un despacho de la unidad. El enfermo entra solo y se entrevista con el juez y el médico forense que tiene acceso a la historia clínica informatizada. Aunque este tipo de entrevista telemática se empezó a utilizar durante la crisis sanitaria motivada por el COVID-19 se ha convertido en la práctica habitual, a pesar de las recomendaciones en contra que se hacen desde la unidad a los jueces competentes.

Al interno no se le da copia del auto judicial que autoriza el internamiento, salvo que lo pida expresamente.

Fecha actualización información: 20/11/2024

30 - No se ha producido, desde que se inauguró el hospital, ninguna petición de «hábeas corpus» de un enfermo que estuviera ingresado de forma involuntaria.

Fecha actualización información: 27/11/2025

31 - Se constató que en la UHB cuando se considera un internamiento como voluntario, el consentimiento se acredita por escrito utilizando un formulario de consentimiento para el ingreso y tratamiento, que se incorpora a la historia clínica. Dicho consentimiento informado es estándar, similar al utilizado para cualquier otro tipo de ingreso hospitalario (donde no hay restricción del régimen de libertades). Además, aseguran que quedan en otra carpeta, pero no se ha proporcionado copia de los mismos.

Observación a la conclusión:

Tal y como recuerda el SPT (Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes) en su informe CAT/OP/27/2 «El internamiento y la institucionalización son voluntarios únicamente cuando son fruto de la decisión de la persona afectada, que da su consentimiento informado y mantiene la potestad de abandonar la institución o el centro».

En esa misma línea se considera recomendable que exista un protocolo médico de ingresos que incluya cual debe ser la actuación profesional de los facultativos y los criterios que debe manejar para considerar un ingreso como voluntario o como no voluntario. Cabe también tener presente que, en ingresos prolongados la continuación de un tratamiento no puede basarse únicamente en un consentimiento expresado inicialmente, sino que debe fundarse en un proceso continuo de cara a su recuperación o reinserción.

Un aspecto crucial que no se aborda adecuadamente en este consentimiento informado es la aceptación del régimen restringido de libertades específico de la unidad psiquiátrica, ni la posible aplicación de medidas como la contención mecánica. La ausencia de esta información crítica en el documento dificulta la obtención de un consentimiento verdaderamente informado por parte de los pacientes respecto a estas medidas, lo que podría llevar a situaciones en las que los pacientes no estén plenamente conscientes de las prácticas y limitaciones a las que podrían estar sujetos durante su estancia en la unidad.

RECOMENDACIÓN

Que se cuente con un documento que contemple el consentimiento libre e informado de la persona a ingresar de forma voluntaria, recordando a tal efecto lo dispuesto por el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y por el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en su informe CAT/OP/27/2, «El internamiento y la institucionalización son voluntarios únicamente cuando son fruto de la decisión de la persona afectada, que da su consentimiento informado y mantiene la potestad de abandonar la institución o el centro».

Respuesta a la resolución: Aceptada

Remitido el documento de ingreso voluntario que se realiza en el Hospital, se considera aceptada la RECOMENDACIÓN TERCERA.

Fecha actualización información: 27/11/2025

32 - RECOMENDACIÓN

Que se garantice que, si una persona no está en condiciones de otorgar su consentimiento válido para un ingreso voluntario por razón de trastorno psíquico, conforme establece el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, éste sea considerado involuntario y ratificado por un juez, no considerando como voluntario

un internamiento por el simple hecho de no verbalizar su oposición al mismo, ya que ello supondría una merma de garantías y derechos.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la RECOMENDACIÓN CUARTA al remitirse el documento que así lo contempla, además de la información referida a su incorporación en la historia clínica (IANUS).

Asimismo, se considera un avance que se haya creado un grupo de trabajo para desarrollar un protocolo de ingreso, incluyendo todo lo relacionado con el consentimiento y la capacidad de otorgarlo. Se solicita que a la finalización de dicho documento se remita copia al MNP para, una vez más, valorarlo como modelo extrapolable a otros hospitales.

Fecha actualización información: 27/11/2025

33 - En esta misma línea se considera recomendable que exista un protocolo médico de ingresos que incluya cual debe ser la actuación profesional de los facultativos y los criterios que debe manejar para considerar un ingreso como voluntario o como no voluntario.

SUGERENCIA

Que se disponga de un protocolo de ingreso en la unidad, firmado por el responsable correspondiente, que contenga guías de actuación que faciliten la toma de decisión de los facultativos sobre si llevar a cabo el ingreso o no, y especialmente para decidir si se trata de un ingreso voluntario o involuntario; en definitiva, que se protocolice de forma adecuada la actuación médica a la hora de indicar un ingreso.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOTERCERA, por estar relacionada con las actualizaciones de los diversos protocolos que se van a desarrollar con la formación de un nuevo grupo de trabajo destinado a tal efecto.

Fecha actualización información: 20/11/2024

34 - Una de las líneas estratégicas del Mecanismo Nacional de Prevención en las visitas a unidades de salud mental se centra en el uso de contenciones tanto mecánicas como farmacológicas y otras medidas de aislamiento, de cara a su paulatina disminución y posterior erradicación. Estas medidas cuyo uso se suele justificar en la seguridad de la propia persona y de su entorno, suponen una limitación, cuando no una supresión de derechos que incide gravemente en la dignidad de la persona.

Asimismo, suponen someter a una persona al riesgo de sufrir violencia y otras prácticas abusivas constitutivas de tortura o malos tratos. Por eso es necesario tomar conciencia y adoptar medidas tendentes a la eliminación de estas medidas y que entretanto, su utilización sea excepcional, cuando no existan otros medios menos lesivos y, cuando sean utilizadas existan mecanismos de registro, seguimiento y control suficientes.

En esta línea, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en su Informe A/HRC/22/53, el párrafo 63 recoge que «toda inmovilización de estas personas, incluso durante un breve período de tiempo, puede constituir tortura y malos tratos. Es esencial que se aplique una prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluida la inmovilización y el régimen de aislamiento de las personas con discapacidad intelectual o psicológica, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones de atención psiquiátrica y social. Las circunstancias de impotencia en que se halla el paciente y el trato abusivo de las personas con discapacidad, en el que se recurre a la inmovilización y la reclusión,

pueden dar lugar a otros tratamientos no consentidos, como la medicación forzosa y los procedimientos de electrochoque».

Fecha actualización información: 20/11/2024

35 - El avance hacia las contenciones cero, es decir, hacia la erradicación de contenciones en esta tipología de centros como medida de prevención de tratos potencialmente inhumanos y degradantes es una prioridad para esta institución. Se trata de un cambio de paradigma que pone en valor la dignidad humana y, en este sentido, considera a las contenciones mecánicas y farmacológicas como limitantes de derechos, que constituyen un riesgo de malos tratos y serían potencialmente traumáticas tanto a nivel físico, psicológico y/o cognitivo. Este cambio debe incluir a toda la comunidad implicada en el tratamiento, cuidado y asistencia de personas con problemas de salud mental.

Fecha actualización información: 20/11/2024

36 - El centro posee un protocolo de contenciones mecánicas cuya última versión es de febrero del año 2023. Este ha sido actualizado conforme a las directrices de la Instrucción de la Fiscalía General del Estado de 2022 sobre el uso de contenciones en este tipo de centros. No obstante, una de las áreas identificadas para mejora en el protocolo de contención mecánica es la descripción detallada del proceso de contención, incluyendo los dispositivos e infraestructuras necesarios, cómo se realiza la contención y quiénes participan en ella. En este sentido el protocolo del centro no proporciona detalles específicos sobre:

-Tipos de dispositivos de sujeción: es fundamental especificar qué dispositivos se pueden utilizar, asegurando que sean homologados y seguros para el paciente y el personal. La inclusión de guías sobre el uso correcto de cada dispositivo y las situaciones en las que son apropiados sería de gran ayuda.

-Procedimiento de contención: el protocolo debería detallar el proceso paso a paso para aplicar la contención mecánica, incluyendo cómo colocar los dispositivos de sujeción de manera segura para minimizar el riesgo de lesiones y garantizar el confort del paciente.

-Infraestructura necesaria: Debería especificarse el entorno y las condiciones ideales para llevar a cabo una contención mecánica, incluyendo la habitación o área dentro del centro hospitalario donde se realizaría preferentemente esta intervención.

-Roles y responsabilidades: Clarificar quiénes están implicados en el proceso de contención (por ejemplo, personal médico, de enfermería, de seguridad, etc.) y definir claramente sus roles y responsabilidades antes, durante y después del proceso de contención.

Fecha actualización información: 27/11/2025

37 - Aunque el protocolo se alinea en gran medida con las directrices de la Fiscalía, existen algunas posibles mejoras:

-Revisión y actualización continua: Asegurar que el protocolo se revise y actualice regularmente para incorporar las mejores prácticas y los avances en el manejo de la contención mecánica. En ningún momento se describe la postura que debe mantener el paciente durante la contención. No se establece cómo deber ser el control facultativo de la contención ni los tiempos en los que debe realizarse dichos controles.

-Formación del personal: Implementar programas de formación continua para todo el personal involucrado en la aplicación de contenciones, enfocándose en alternativas no restrictivas y en el manejo de situaciones que podrían requerir contención. Además, normaliza la intervención del personal de seguridad en la aplicación de la contención, aunque añadiendo una condición que entendemos que es poco precisa «si se precisase».

-Evaluación de alternativas: Fomentar una cultura de evaluación continua de alternativas a la contención mecánica, promoviendo técnicas menos restrictivas y más centradas en el paciente.

-Participación del paciente y representantes: Mejorar los mecanismos para involucrar más activamente a los pacientes y sus representantes legales en las decisiones relacionadas con la contención, asegurando que se respeten sus preferencias y derechos.

-Seguimiento Post-Contención: Desarrollar protocolos más detallados para el seguimiento post-contención, evaluando el impacto de la contención en el bienestar del paciente y aprendiendo de cada caso para mejorar las prácticas futuras.

Por todo lo expuesto precedentemente, se hace extensiva al ámbito de su competencia autonómica la RECOMENDACIÓN QUINTA.

RECOMENDACIÓN

Que se revisen de forma integral y urgente los protocolos de contenciones de las unidades y centros de salud mental, conforme las pautas establecidas por la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. En particular, las indicaciones contenidas en el apartado 7, con relación a la necesidad de un protocolo específico de actuación, que se garantice el consentimiento libre e informado para cada situación y persona, la necesaria prescripción médica, el control periódico y la necesidad de supervisión y el debido registro y documentación. En este sentido, se solicita se tomen medidas concretas para desalentar la aplicación de contenciones sean mecánicas o farmacológicas en las unidades de salud mental, centros residenciales y/o sociosanitarios de esa Comunidad Autónoma, sean estos públicos o privados, garantizándose que en ningún caso sea prescrita de manera genérica sino individualizada en persona y tiempo, nunca como sanción o castigo ni como medida terapéutica, de acuerdo a los estándares internacionales en la materia.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se remite protocolo actualizado de contenciones, dándose por aceptada la RECOMENDACIÓN QUINTA.

Fecha actualización información: 02/02/2026

38 - El análisis de las prácticas de contención mecánica en la unidad resultó particularmente complicado debido a varios obstáculos significativos relacionados con el registro y documentación de estas intervenciones. Uno de los principales problemas identificados fue la ausencia de un sistema unificado para el registro de contenciones, tanto en formato físico como electrónico. Aunque el protocolo y los responsables de la unidad mencionan el uso de una plataforma de registro llamada VIXÍA para llevar un registro específico de las contenciones mecánicas, este sistema solo es accesible desde los servicios centrales del SERGAS (Servicio Gallego de Salud), lo que limita la disponibilidad de la información a nivel local en la unidad.

Esta situación se complica aún más debido a que no existe un registro físico centralizado de las contenciones en la unidad. En su lugar, cada paciente tiene una hoja de contención individual dentro de su carpeta, que se archiva diariamente. Esta práctica hace que la recopilación de una visión global del número y la naturaleza de las contenciones aplicadas sea extremadamente laboriosa y compleja. Para obtener una comprensión completa, habría sido necesario revisar cada historia clínica y cada documento archivado de todos los pacientes, una tarea que excede con creces el alcance de una visita de evaluación de dos días.

Dado este contexto, nuestro análisis sobre el uso de contenciones en la unidad es, inevitablemente, incompleto y se basa principalmente en el testimonio de algunos pacientes y profesionales entrevistados, así como en el acceso limitado a ciertas historias clínicas. Además, se observó una discrepancia en la documentación de las contenciones entre los registros médicos y de enfermería.

Observación a la conclusión:

En varios casos, aunque existía un registro detallado de las contenciones en los archivos de enfermería, estos incidentes no se reflejaban en el curso clínico médico del paciente. Esta falta de coherencia en la documentación no solo dificulta el análisis de la frecuencia y el manejo de las contenciones, sino que también sugiere una posible subestimación del uso de estas medidas restrictivas y destaca una problemática significativa en el registro y seguimiento de las mismas.

RECOMENDACIÓN

Que se establezca un libro registro específico de contenciones tanto mecánicas como farmacológicas, en cada unidad de hospitalización de esa Comunidad Autónoma, en el que se incluya información detallada y exacta de la medida adoptada (como mínimo se anote nombre o número de historia clínica del paciente, inicio y cese de la aplicación, autorización telefónica o presencial, consentimiento informado, quién indica la contención, puntos de contención aplicados, motivo, personal que la realiza y lugar donde se produce). Junto a ello, disponer de manera digitalizada y accesible de un registro de las grabaciones de video de las contenciones aplicadas. Asimismo, si los pacientes lo solicitan, proporcionar una copia completa de la anotación realizada. Todo ello, conforme a lo establecido en el apartado 52 del informe [CPT/Inf(2006)35part] del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura, a tenor del cual, un registro detallado y exacto de este tipo de medidas de contención puede proporcionar al personal directivo del hospital una visión de conjunto de su grado de incidencia y permitir la adopción de decisiones para su reducción.

Respuesta a la resolución: **Aceptada**

En relación a la RECOMENDACIÓN SEXTA (registro contenciones), se valora que desde los servicios centrales del hospital se esté trabajando en una nueva versión de IANUS que pueda contemplar lo requerido en cuanto a integración de sistemas, toda vez que se sigue a la espera de que el SERGAS realice lo propio con los sistemas Gacela y Vixia. Por tanto, se da por aceptada la RECOMENDACIÓN.

Fecha actualización información: 27/11/2025

39 - Al personal sanitario de la unidad no se le exige formación específica en resolución de conflictos. Tampoco se realizan cursos de formación de manera reglada para realizar esta actividad, ni se realizan entrenamientos. Aseguran que hay cursos al respecto a través de la plataforma de formación genérica de la Comunidad Autónoma.

En cuanto al personal de seguridad del hospital, tienen la opción de participar en cursos de formación específicos sobre estos temas. Sin embargo, los responsables de la UHP no disponen de mecanismos para verificar si cada uno de ellos ha completado dicha formación.

Por todo lo expuesto precedentemente, se hace extensiva al ámbito de su competencia autonómica la RECOMENDACIÓN SÉPTIMA.

RECOMENDACIÓN

Que se imparta a las personas que trabajan en el centro formación sobre medidas alternativas a la aplicación de contenciones de cara a su erradicación, así como que se dicten de forma periódica cursos de actualización, conforme a lo establecido en los apartados 37 y 49 del informe del CPT [CPT/Inf(2006)35part].

Respuesta a la resolución: **Aceptada**

Se considera aceptada la RECOMENDACIÓN SÉPTIMA, ya que se informa de formación continua en relación a la aplicación de las contenciones.

Fecha actualización información: 20/11/2024

40 - No se comunica la sujeción ni al Ministerio Fiscal ni a la autoridad judicial. La Fiscalía provincial no pide documentación sobre las contenciones mecánicas.

Fecha actualización información: 27/11/2025

41 - Referente a la evaluación de la contención, se nos informa que se hace de acuerdo al protocolo de contenciones mecánicas. Hay un control manual que se realiza en una ficha en papel y se anota posteriormente en el programa GACELA donde se indica que se han realizado el control.

SUGERENCIA

Que se implemente, tras la realización de una contención, un sistema de «apoyo post-incidente» y revisiones de los incidentes acaecidos a través de la monitorización, cuyos resultados permitan evaluar el procedimiento en un periodo de tiempo establecido, siguiendo la línea de actuación marcada por el Comité para la Prevención de la Tortura en el apartado 46 de su informe [CPT/Inf(2006)35part].

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOCUARTA, por informar esa Consejería que se realizan todos los días laborables una reunión de equipo donde se trata esta cuestión y se corrigen las posibles desviaciones. Cabe mencionar que durante la visita se apreció que el nivel de contenciones del centro tenía más que ver con la escasez de personal que con otros motivos.

Fecha actualización información: 02/02/2026

42 - No existe ninguna habitación específica para llevar a cabo las contenciones mecánicas y a la que se pudiera dotar de los medios técnicos para poder tener contacto audio-visual a través de una cámara que transmita voz y sonido, así como dispositivos de grabación y conservación de las imágenes y sonidos.

Las sujeciones se realizan en la misma habitación en la que se encuentra el enfermo y en la cama que tiene asignada. Se intenta que el paciente permanezca sólo en la habitación, pero no siempre se consigue dada la alta presión asistencial en la unidad. Lo más frecuente es que la contención mecánica se realice con otro enfermo en su propia habitación y no se coloca ningún biombo o similar que permita aislar, al menos visualmente, a ambos enfermos.

Esta disposición plantea serias inquietudes desde una perspectiva de bienestar psicosocial. Es altamente problemático que un individuo sea sometido a una intervención que tiene el potencial de ser traumática y, posteriormente, se vea obligado a permanecer y vivir en el mismo espacio donde experimentó tal evento.

Este enfoque no solo puede intensificar las posibles secuelas relacionadas con la contención, sino que también puede dificultar la recuperación y el bienestar general del paciente a largo plazo.

A esta preocupación primordial se suma otro aspecto crítico en cuanto a la infraestructura física: todas las camas son móviles y no están ancladas al suelo. Esto significa que puede generar un riesgo en caso de contención mecánica. No todas las habitaciones de contención mecánica contaban con sistema de videovigilancia. Por lo que potencialmente se puede dar el caso donde existan personas en situación de contención mecánica sin vigilancia visual continua.

SUGERENCIA

Que se procure dotar a la Unidad Hospitalaria Breve de salas de aislamiento y contención con todos los elementos necesarios para que, en caso de que fuera imprescindible su uso, las medidas de contención se realicen con las máximas garantías. Asimismo, que cuenten con un sistema de videovigilancia y videograbación.

Respuesta a la resolución: Rechazada

La SUGERENCIA DECIMOQUINTA (sala de aislamiento y contención) se considera rechazada ya que se remite respuesta conforme el centro entiende que una sala de contención supondría una visión de castigo por parte de los pacientes y que se

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

asegura la correcta realización en las habitaciones a través de un sistema de cámaras. El MNP es contraria a dicho argumento, como ya ha manifestado en escrito anterior.

Fecha actualización información: 27/11/2025

43 - Uno de los aspectos que llamó la atención del equipo de visita fue la supervisión de los médicos residentes (MIR) durante las guardias -que incluyen la atención psiquiátrica del centro durante las tardes, noches, fines de semana y festivos. En este sentido se identifica un amplio margen de mejora. El esquema actual de guardia en el hospital consiste en dos médicos residentes y dos médicos especialistas disponibles todos los días del año. Sin embargo, los MIR entrevistados expresaron preocupaciones sobre un déficit en la supervisión, señalando que, especialmente durante las urgencias, son ellos quienes asumen la mayor parte de la responsabilidad asistencial. Esta situación, exacerbada por la inexperiencia y otros factores inherentes al entorno de urgencia, podría incrementar el uso de medidas coercitivas y contenciones mecánicas.

La experiencia relatada por los residentes en este hospital parece contradecir los principios establecidos en el RD 183/2008, sugiriendo una necesidad urgente de revisar y mejorar la supervisión durante las guardias. Este desafío no es exclusivo de este centro; informes del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos han señalado problemas similares en otros hospitales .

Los médicos residentes expresaron preocupaciones significativas sobre la dinámica de trabajo durante las guardias en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y en el servicio de urgencias. Señalaron que, aunque los facultativos adjuntos, especialistas con años de experiencia, se encuentran disponibles en el centro, su participación en las intervenciones es limitada, interviniendo únicamente cuando son explícitamente solicitados. Esta situación lleva a que, en muchas ocasiones, la totalidad de los pacientes atendidos durante una guardia recaiga en los residentes (especialistas en formación), quienes pueden llegar a gestionar el 100% de los casos sin la intervención directa de los especialistas de acuerdo con su relato.

Observación a la conclusión:

El marco legal de la supervisión de los residentes se recoge en el RD 183/2008, especialmente en su Artículo 15, que establece un sistema de residencia que implica una asunción progresiva de responsabilidades y una supervisión decreciente a medida que el residente avanza en su formación. Este marco prevé una supervisión de presencia física para los residentes de primer año y una supervisión decreciente a partir del segundo año, ajustándose a las circunstancias específicas de cada especialidad y al proceso individual de adquisición de competencias.

Los residentes destacaron que esta falta de participación activa de los facultativos adjuntos no solo incrementa su carga de trabajo, sino que también podría estar contribuyendo al uso de medidas coercitivas, como la contención mecánica. Argumentaron que la experiencia y el juicio clínico de un especialista podrían, en ciertos casos, ofrecer alternativas a estas medidas, potencialmente reduciendo su necesidad.

SUGERENCIA

Que se revise el sistema de trabajo actual, que podría incluir la mejora de la supervisión de los residentes y, si fuera necesario, la ampliación de la plantilla de guardia. Estas medidas contribuirían a un entorno de aprendizaje más seguro y efectivo para los residentes lo que derivaría en una mejoría la calidad de la atención al paciente, reduciendo la dependencia de intervenciones coercitivas, que deberían ser el último recurso.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se valora muy positivamente que el propio hospital haya estudiado el posible origen del exceso de las contenciones, indicando que su número es proporcional al tiempo que los pacientes tardan en subir a planta desde las urgencias. Se valora también positivamente que se están tomando medidas para solventarlo, con la disposición de nuevas salas específicas para intervención de crisis. Por tanto, se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOSEXTA. No obstante, cabe mencionar la necesidad de una

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

mejora en la supervisión del trabajo de los residentes, beneficiosa en todo caso, tanto para los pacientes como para el trabajo en dichas Unidades.

LEYENDA EXPLICATIVA

Conclusiones generales

Cuestiones apreciadas con ocasión de la visita que se consideran que tienen un alcance que excede del lugar visitado, bien porque responden a criterios impartidos desde los órganos centrales, bien por constituir una praxis extendida en el tipo de privación de libertad examinado. La numeración que tienen las conclusiones es el número de orden que sigue el escrito que se dirige a la Administración. Cuando una misma conclusión general se dirige a más de una Administración se codifica con tres dígitos.

Conclusiones específicas:

Cuestiones apreciadas de las que no ha podido establecerse en el momento de la visita que respondieran a instrucciones o criterios generales. También se da esta consideración a cuestiones sobre las que existen instrucciones o criterios generales cuando se aprecia que existe un margen de interpretación para los responsables de la dependencia visita. La numeración que tienen las conclusiones es el número de orden que sigue el escrito que se dirige a la Administración. Cuando una misma conclusión general se dirige a más de una Administración se codifica con tres dígitos

Observación a la conclusión:

Cuando figura, da cuenta de alguna circunstancia relevante para comprender la razón por la que no ha formulado alguna resolución sobre la conclusión precedente.

Respuesta a la conclusión:

Sintetiza la posición de la Administración sobre cada conclusión.

Seguimiento de conclusión/resolución:

Ofrece, en caso de que exista, información posterior a la recepción de la respuesta de la Administración que resulte de interés para calibrar la efectividad del compromiso en su caso adquirido por la Administración. En especial, refiere si se ha realizado una nueva visita en la que se haya podido determinar si la deficiencia apreciada ha sido o no corregida o se ha producido alguna novedad normativa de relevancia.

Resoluciones:

La tarea del MNP, como parte de la tarea general del Defensor del Pueblo, es poner de manifiesto las disfunciones que aprecie o aquellos aspectos de la actividad de los agentes de la privación de libertad que deban ser mejorados. Para ello la Ley Orgánica reguladora de la institución enuncia cuatro tipos de resoluciones (Art. 30 L. O. 3/1981):

Recomendación:

Se propone a la Administración la modificación de normas, instrucciones, procedimientos o protocolos en aspectos que se estima que tienen una incidencia general sobre el tipo de privación de libertad examinada.

Sugerencia:

Se propone la modificación de instrucciones, procedimientos, protocolos o actuaciones propios del lugar visitado, así como la adopción o reconsideración de actos jurídicos.

Recordatorio de deberes legales:

Requerimiento para que la Administración cumpla o aplique cabalmente una determinada norma jurídica.

Advertencia:

Admonición del Defensor del Pueblo cuando aprecia un incumplimiento o el cumplimiento incorrecto de una norma jurídica de modo reiterado. Se reserva para los casos en que se aprecia que la prosecución en estas actitudes pueden generar responsabilidad grave para la propia Administración y derivar en una especial lesividad o indefensión para los ciudadanos.

Respuesta a la resolución:

Se consigna en las recomendaciones y sugerencias e indica, en primer lugar, la evaluación del MNP sobre la posición de la Administración (aceptada, aceptada parcialmente, aceptada pero no realizada, rechazada, etc.) y se acompaña de una sucinta explicación sobre el razonamiento aportado por la propia Administración para justificar su postura.