

Ámbito temático 3. Uso de restricciones en entornos de cuidado institucional y propuestas de alternativas desde un marco de derechos humanos.

Personas con Discapacidad

Agustina Palacios
Universidad Nacional de Mar del Plata

ÍNDICE

1.- MARCO CONCEPTUAL DEL CONCEPTO DE RESTRICCIONES.	3
1.1.- DEFINICIÓN	3
1.2.- JUSTIFICACIÓN DE SU USO	4
1.3.- CONSECUENCIAS DEL USO DE RESTRICCIONES.....	11
1.3.1.- <i>Efectos sobre la persona:</i>	11
1.3.2.- <i>Efectos en quienes aplican las restricciones:</i>	13
1.4.- ENCUADRE ÉTICO. LAS RESTRICCIONES DESDE LOS DERECHOS HUMANOS	14
1.5.- LAS RESTRICCIONES A LA LUZ DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	17
1.5.1.- <i>Las restricciones en el sistema universal de protección de derechos humanos</i>	17
1.5.2.- <i>Las restricciones en el sistema europeo de protección de derechos humanos</i>	24
1.6.- LAS RESTRICCIONES EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL	27
2.- PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA DE USO DE RESTRICCIONES EN RECURSOS DE CUIDADO INSTITUCIONAL (ESPECIALMENTE ENTORNOS RESIDENCIALES)	39
2.1.- PREVALENCIA	39
2.2.- INTERSECCIONALIDADES	40
2.3.- TIPOLOGÍA	43
3.- ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS AL USO DE RESTRICCIONES EN OTROS PAÍSES	47
4.- RECOMENDACIONES DE MEDIDAS PARA EL CAMBIO	51
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63

1.- Marco conceptual del concepto de restricciones.

1.1.- Definición

El presente estudio entiende por restricciones los “Actos, prácticas, dinámicas u omisiones, que tengan el propósito o el efecto de restringir el movimiento, la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente de una persona o el libre desarrollo de su personalidad.- Pueden ser físicas, farmacológicas, pero también tienen que ver con normas y pautas que limitan derechos de las personas..- Básicamente se trata de limitaciones a la libertad de elección y a la capacidad de control sobre las decisiones que afectan a tu propia vida.”¹

Si bien el término "práctica restrictiva" se ha utilizado ampliamente para cubrir la reclusión y la restricción física, química y mecánica, utilizando una definición más amplia, "práctica restrictiva" puede referirse a: “Obligar a alguien a hacer algo que no quiere hacer o impedir que alguien haga algo que quiere hacer”.² En materia de discapacidad, asumiendo un paralelismo con la definición de discriminación (Art. 2 CDPD en cuanto a alude a “que tenga el propósito o el efecto”), puede asimismo concebirse a las restricciones como “actos u omisiones que tengan el propósito o el efecto de restringir el movimiento (...) y la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente de una persona”.

Coincidiendo con el enfoque asumido por Plena Inclusión,” las prácticas restrictivas corresponden a acciones *por parte de otras personas que limitan el movimiento de parte o de todo el cuerpo de una persona, o su libertad decidir o de actuar de forma independiente. Estas prácticas pueden tener lugar en las diversas actividades del día a día de la persona, por ejemplo, en actividades de aseo, alimentación, ocio, sexualidad, así como en las prácticas sutiles que forman parte de la cultura de las familias, organizaciones, instituciones y servicios que prestan apoyos. Estas prácticas pueden ser físicas o mecánicas (contacto físico, uso de barreras físicas, contención con dispositivos), químicas, estructurales organizativas o familiares (tiempos y actividades, manejo de información y posibilidades de decidir, manejo del dinero y recursos, normas establecidas), relacionales, o pueden estar presentes en los contextos y apoyos”.*³

Las restricciones suelen vulnerar el derecho la igualdad (ya sea por pertenencia a un grupo poblacional, como también en el ámbito relacional y la diferente posición de quien la aplica y quien la sufre –desequilibrio de poder). Asimismo, suelen afectar la dignidad en sus dos vertientes –respeto, la persona como fin en sí misma- y la persona

¹Documento sobre *Enfoque y punto de partida del estudio*.

² <https://restraintreductionnetwork.org/resources/>

³ PLENA INCLUSIÓN E INICO, *Documento sobre Metodologías preventivas*, en elaboración, Octubre 2023; Véase asimismo: DEVEAU, Roy y LEITCH, Sarah, “Desarrollo de planes individuales para la reducción de las prácticas restrictivas: una guía para el liderazgo práctico”, en *Reducción de las prácticas restrictivas centrada en cada persona Planificación y acciones*, Traducción y adaptación de Laura Garrido, Plena inclusión, 2018, p. 14; MINISTERIO DE SANIDAD DE INGLATERRA Y GALES, Guía del Ministerio de Sanidad para Inglaterra y Gales, *Positive and Proactive Care: Reducing the Need for Restrictive Interventions [‘Atención positiva y proactiva: reducir la necesidad de intervenciones restrictivas’]*, 2014, disponible en <https://www.bild.org.uk/publications/pcrr/> (última consulta 30 de octubre de 2023).

como sujeto moral, es decir con autonomía mas allá de cualquier condición o situación. El enfoque de derechos humanos nos obliga a trascender esta herramienta y concepción social, institucional y profesional, y situarlas como una vulneración de derechos, e incluso en ocasiones una manifestación de maltrato institucional. De este modo, la eliminación de las restricciones como parte de la cultura institucional, se convierte en una medida necesaria dentro de los procesos de desinstitucionalización.

1.2.- Justificación de su uso

En muchas ocasiones, las prácticas restrictivas se justifican sobre la base del “riesgo” o la “peligrosidad” de personas con determinadas condiciones (como la discapacidad intelectual, la discapacidad psicosocial, un diagnóstico de Alzheimer o demencia, entre otras). Otras veces la condición de discapacidad física o sensorial también habilita una supuesta acción sobre la persona como objeto de protección, que arrasa sobre su condición de sujeto de derecho. En todos los casos, ello trae aparejados desde el inicio varios reparos, dado el potencial discriminatorio basado en prejuicios y estereotipos de estas motivaciones, que reflejan una lógica propia del modelo médico-rehabilitador de la discapacidad, y en la cual el enfoque de derechos humanos brilla por su ausencia.

Existen diversos tipos de razones por las cuales se justifican las restricciones que sufren las personas con discapacidad. Entre otras, podrían identificarse “razones preventivas”, “razones médico-sanitarias”, “razones organizacionales”, “razones de falta de formación”, y hasta “razones disciplinarias”.

-Razones preventivas:

La creencia subyacente, históricamente arraigada y generalizada y respaldada por las leyes de todo el mundo, es que las personas con ciertas condiciones de discapacidad no tienen la capacidad intelectual de tomar decisiones por sí mismas, lo que puede generar un ciclo destructivo de marginación y abuso⁴. Ello genera que se enfatizan excesivamente las opciones de tratamiento biomédico y se acepten de manera generalizada las prácticas coercitivas, como el ingreso involuntario o la reclusión y la restricción.⁵ Las razones preventivas se encuentran basadas en la minusvaloración de la voluntad de la persona, y generalmente persiguen su protección, para evitar un mal mayor. El diagnóstico habilita la necesidad de cierto tratamiento médico para mantener la seguridad de las personas. La estigmatización sigue siendo un desafío y puede conducir a la violación de numerosos derechos, como el derecho a vivir libremente en la comunidad y el derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento.

Se destacan los modos de pensar, las actitudes y las instancias normativas estigmatizadores que existen respecto de las personas con discapacidades intelectuales, o psicosociales, o personas que conviven con Alzheimer, –por ejemplo, quienes se supone corren el riesgo de hacerse daño a ellas mismas, o de hacer daño a otras. En estos casos se conciben a las restricciones como medidas de prevención, de caídas, de

⁴ ATZENI, Michaela, *Alternativas a la restricción y al aislamiento en la salud mental: una scoping review*, Universidad de Cagliari (Italia), Universidad Nebrija y CICA Cátedra Global Nebrija Santander en Gestión de Riesgos y Conflictos Editorial: Universidad Antonio de Nebrija, 2020, p.17.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental, Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, 2021, p. 33

desarrollo de ciertos comportamientos, de acciones u omisiones que pudieran dañar a la propia persona o a otras. Varios estudios describen que estas medidas son vistas por el personal como efectivas en cuanto al propósito de proteger y calmar a pacientes considerados “fuera de control”, evitando así que actúen de manera agresiva.⁶ En estos contextos, aparecen restricciones como las sujeciones, -físicas o mecánicas-, la prohibición de desplazamiento, de ingresos a ciertos lugares comunes, las salidas, el consumo de determinados alimentos o bebidas, etc.

En este tipo de motivaciones para el uso de medidas restrictivas, aparece la justificación en nombre de lo preventivo, del “adelantarse para evitar un mal mayor”. Y en ese recorrido quedan de lado la vida cotidiana de las personas, sus necesidades reales, sus demandas concretas de cuidado.

-Razones médico-sanitarias:

Otra dimensión en la práctica de la coerción –que sobre todo suele darse en el ámbito de discapacidad mental e intelectual- es la vertiente diagnóstica. Aunque con frecuencia se defiende que el diagnóstico no puede ser el motivador de medidas clínicas coercitivas, lo cierto es que la diferencia la marca a menudo un diagnóstico.⁷ La mayor parte de los tratamientos actuales, incluidos los de mayor riesgo, se realizan fundamentados en una ética asistencial de la beneficencia, buscando lo mejor para la persona paciente, liberarle del *trastorno*, corregir su conducta, o simplemente desde una perspectiva utilitarista, paliativa, de reducción de riesgos y daños.⁸ “El impacto que la locura y el sufrimiento mental tiene en quienes los padecen, sus allegados y la sociedad en general, la necesidad de hacer algo de forma imperiosa ante ella, las teorías simples en el campo asistencial, en particular la perspectiva de que la locura proviene únicamente de una enfermedad física a corregir, son factores que pueden llevar a actividades coercitivas”.⁹

Como hemos señalado, el tipo de discapacidad psicosocial e intelectual parecerían ser el ámbito de prevalencia de este motivo sanitario de justificación del uso de restricciones. Sin embargo, creemos conveniente destacar que en muchos casos las grandes necesidades de apoyos de una persona aparecen como una explicación indiscutible para la implementación de restricciones. Una explicación que se justifica en sí misma, sobre la cual los equipos de salud no se hacen muchas preguntas, pues se ven sostenidos bajo el paradigma del modelo médico hegemónico.

-Razones disciplinarias:

Existen medidas coercitivas que se aplican por desobediencia a las reglas o la normativa de las instituciones, o incluso se aplican como una forma de venganza o con

⁶ COCHO SANTALLAA, Clara y NAVARROB NOCETE, Luis et al, “Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, nº 38(134), 2018, pp. 419-449.

⁷ ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, COERCION Y SALUD MENTAL, “Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental”, Cuadernos Técnicos 20, Madrid, 2018

⁸ *Idem*, p. 27

⁹ *Ibidem*

una finalidad de castigo por parte de personas ejerciendo funciones de personal o profesional.¹⁰

En ocasiones se aplican en respuesta a comportamientos que generan una sanción que fuera de estos contextos solo podrían aplicarse en un contexto de justicia penal. E incluso en algunos casos, la sanción atraída supera las formas de castigo utilizadas en los entornos de justicia penal. “Es notable que, al menos para algunas personas con discapacidad que experimentan prácticas restrictivas, estas prácticas se entiendan como arbitrarias en el sentido adicional de que no se entiende claramente que la violencia experimentada es consecuencia de un comportamiento particular. En cambio, estas personas experimentan una violencia continua que se entiende como de naturaleza arbitraria, al menos en la medida en que experimentan prácticas restrictivas aplicadas discrecionalmente sin ninguna referencia particular a hechos o procesos.”¹¹

Otras veces, son castigos aparentemente leves, con un efecto disuasorio. Así se expresa en un relato de una persona usuaria en una institución:

“... todo como para que o te lo comes o... yo no decía nada, me iba a comer fuera. Y hubo muy mal... hubo... en plan castigos. Luego la ducha ya pasó una vez a la semana.” **EPD24-09.05-UsuaríaInstitución**

La pena aparece como un elemento “normalizador”, por un lado, no dando lugar a las expresiones singulares de las personas y por otro lado asumiendo que la manera de integrar la diversidad es otorgándole una sanción que permita “corregirla, volverlo menos diversa”. Como un mensaje “disciplinador”, para otras personas y como una “lección” al interior de los equipos de salud sobre el cómo se aborda “la situación problemática” o “las conductas desafiantes o confrontativas”.

-Razones organizacionales:

Las restricciones también se justifican y realizan en base a una supuesta mejor organización y optimización de los recursos, generando que estos se centren en las necesidades de la propia institución y no en las necesidades de la persona, priorizando la organización, la seguridad, y hasta incluso la comodidad. Razones de falta de personal, o para una supuesta mejor organización y optimización de los recursos humanos, generan una clara instrumentalización y discriminación en la persona.

Diversos estudios destacan la percepción del personal sobre los factores que favorecen y desencadenan un episodio de restricción mecánica o aislamiento.¹² Se afirma que la seguridad y el control del ambiente en las instituciones son el motivo principal de su uso. En uno de ellos, las personas que conforman el equipo de salud señalan que se sienten forzadas por las presiones institucionales a aplicar estas medidas como medios de control.¹³

¹⁰ COCHO SANTALLAA, Clara y NAVARROB NOCETE, Luis et al, “Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, nº 38(134), 2018, pp. 419-449.

¹¹ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023, p.102.

¹² COCHO SANTALLAA, Clara, NAVARROB NOCETE, Luis et al, “Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies”, ya citado.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental, Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, 2021, p. 39

Asimismo, se refleja una relación directa entre el personal y un entorno físico desfavorable, uno de los factores desencadenantes de situaciones de agresión más citados, y el empleo de medidas de sujeción y aislamiento. Algunos de los estudios lo relacionan con el diseño de las instituciones, que ven como sobrecargadas de ruido y estimulación, con altos niveles de ocupación y falta de privacidad. Igualmente, se hace referencia al ambiente, describiéndolo como un entorno aburrido y con pocas actividades. Por otro lado, personas institucionalizadas y personal del equipo a cargo opinan que tanto el entorno restrictivo como el empleo de estas prácticas autoritarias y paternalistas son dos factores que contribuyen a exacerbar el comportamiento agresivo.¹⁴

“Es cualquier elemento físico o químico, que limiten los movimientos de una persona, que tenga por finalidad la restricción de movimientos de una persona. Es difícil de definir, porque puedes decir que hay elementos que pueden tener esa función o no tenerla. A ver, quizá los más normales... Que lo ves muy claramente, hombre, estos cinturones pélvicos que lo que tienen por objeto es evitar que la persona se levante autónomamente por riesgo a caídas etcétera, eso es lo que tradicionalmente... Por ejemplo, es uno de los puntos o de los focos de atención. Sin embargo, si estamos hablando de una persona con una parálisis cerebral, quizá ese elemento lo necesita para poder permanecer en la silla recta, si no sería incapaz de mantenerse en la silla. Con lo cual, lo fundamental es el elemento diferencial, es la intencionalidad. (...). Bueno, pues si tú estás impidiendo a una persona mover y le tienes cuatro horas en la tarde para que no te moleste y le tienes así apalancado, estás incurriendo en una sujeción, exactamente igual que si le atas. Ese es un poco el discurso, ¿no? El elemento discursivo de esa instrucción es abrir un poquito los ojos a que hay prácticas, algunas muy visuales y que es muy fácil eliminarlas por otras, pero que en todo caso lo que tiene que haber es un... Bueno, no se debe ir a limitar a la persona, lo que hay es que estar pendiente de ella para estar atento a las veces que se levanta, utilizar otros sistemas para persuadirle ,que esté más tranquilo, buscar un plan de atención individualizado para que tenga sus ratos de movimiento y sus ratos de descanso... Ese es el plan individualizado al que responde más un poco el cuidado digno institucionalizado, ¿no? Eso no obsta, insisto, para que a lo mejor haya alguna utilización de elementos, pero siempre que no vayan dirigidos a restringir la libertad de movimientos.” EPD40-28.06-Nacional.

En diversos estudios se destacan los factores relacionados con el contexto profesional: cantidad de personal, formación y experiencia clínica. Otros describen que ciertos factores negativos, como los conflictos entre profesionales, los cambios en el personal, o incluso la sensación de desánimo o presión por parte de quienes ejercen roles profesionales o de cuidado, provocaban un aumento de las restricciones. De la misma manera, hallaron factores positivos que contribuían a su reducción, haciendo referencia a mejoras en el entorno de trabajo, al sentimiento por parte del personal a cargo de ser apoyados o a la realización de grupos de supervisión.¹⁵ Se advierte de este modo cómo el servicio de las instituciones está organizado y centrado en las necesidades de la propia institución y no en las necesidades de la persona. Quizá este

¹⁴ Idem, p.39

¹⁵ COCHO SANTALLAA, Clara, NAVARROB NOCETE, Luis et al, “Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies”, cit., p. 419

motivo de utilización de restricciones evidencia con claridad, cómo las restricciones son expresiones de modelos de cuidado que excluyen de sus diseños las necesidades, deseos, y proyectos de las personas protagonistas.

-Accesibilidad. En este punto es importante destacar que la ausencia de condiciones de accesibilidad y de adopción de ajustes razonables –que lamentablemente suelen formar parte de la cultura institucional y social–, se traduce también en diversas formas de restricciones. La existencia de barreras arquitectónicas, comunicacionales o actitudinales se traducen en prácticas restrictivas. Si una persona requiere de asistencia para su movilidad y no se tiene en cuenta, se puede considerar una práctica restrictiva. Si una persona se comunica mediante un medio o método específico que no es tenido en cuenta, se puede considerar una práctica restrictiva. Este es un problema común en los servicios para personas con discapacidades. Negar la asistencia o ignorar las necesidades de la persona también se considera una práctica restrictiva. Una forma de identificar prácticas restrictivas es cuando no se brindan formas obvias de asistencia o ajustes. Si una persona necesita algo y no se le está proporcionando, podría considerarse una práctica restrictiva.¹⁶

-Razones de falta de formación

La falta de formación puede entenderse como una causa o factor transversal a **todas las razones**. Es decir, incide en las razones médico/sanitarias, en las disciplinarias y en las organizacionales. Pero además la falta de formación y ausencia de toma de conciencia en la materia excede el marco institucional, por tener sus raíces en un contexto social en el cual impera la ignorancia sobre los derechos de las personas con discapacidad, y una mirada medicalizada y sesgada. Esto se traduce en una situación de desigualdad estructural, que naturalmente incide en todos los ámbitos –educativo, cultural, familiar, legal, sanitario, etc–, y también (pero no solo) en una lógica institucional y profesional. Nuestras sociedades devalúan y deshumanizan a las personas con discapacidad de diversas maneras, el uso legal e institucionalmente validado de prácticas restrictivas es una de las formas a través de la cual se lesiona la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad.

En este punto, podrían identificarse dos dimensiones de falta de formación que habilitan o conllevan al uso de restricciones por parte del personal. La primera es la ausencia de formación desde el modelo social y un enfoque de derechos, y el desconocimiento del significado jurídico de las restricciones –discriminación, vulneraciones de derecho a la autonomía, violencia, tratos crueles, inhumanos o degradantes...-. La segunda es la ausencia de conocimiento de Medidas para abordar la situación que parece justificar la restricción.

Así, se expresa por parte de una persona Técnica:

“... a mí nadie me explicó cómo había que gestionar un momento de crisis, de repente alguien se enfada y empieza a tirar cosas y lo que tienes que hacer es intentar poner a salvo al resto de los compañeros y esperar a que se le pase, esperar a que se le pase, o esperar a algún compañero con una sábana ¿sabes?, para intentar sujetarlo y que no te lesione a ti también, claro, porque a veces el problema es que se lesionan ellos más de lo que puedan lesionarte a ti.” EPD39-27.06-Técnica.docx

¹⁶ Entrevista RED Restriction Network

Varios estudios atribuyen la sobreutilización de las prácticas coercitivas a la escasez de cualificación en el personal, así como al déficit en la formación para plantear alternativas y recursos para hacer frente a situaciones problemáticas. Algunos/as autores analizan modelos explicativos de la agresividad de las personas y hallan que el personal suele atribuir su agresión a factores internos o disposicionales, cometiendo lo que se conoce como el “error fundamental de atribución”.¹⁷ De este modo, suelen reducirse situaciones (que son consecuencia de varios factores) a conductas o comportamientos.

Se alude a “problemas de conducta” centrando el problema en la persona –su conducta-, e invisibilizando parte de las causas o factores que conllevan a esa “situación preocupante”. Aquí es importante trascender del comportamiento hacia la situación, dado que la persona que manifiesta un determinado comportamiento lo hace en un contexto. Por ello se ha afirmado que “[una] conducta preocupante probablemente sea producida por 'un entorno de preocupación'”.¹⁸ Así, se ha descrito cómo las prácticas restrictivas a menudo se presentan como una respuesta necesaria frente a comportamientos preocupantes percibidos de una persona con discapacidad. Sin embargo, las interacciones comúnmente concebidas como problemas de conducta se entienden mejor como 'comportamientos adaptativos a entornos inadaptados' y como comunicaciones de angustia, protesta y resistencia en un contexto histórico de vulnerabilidad y dependencia donde otras personas están facultadas para interpretar los comportamientos de las personas con discapacidad como 'peligrosos, aterradores, angustiosos o molestos'.¹⁹ En este punto, resulta muy importante la formación desde el modelo social de discapacidad y el enfoque de derechos humanos.²⁰

Otras razones clave para el uso de restricciones incluyen la falta de conocimientos acerca de las repercusiones negativas y perjudiciales que estas prácticas tienen en la salud, el bienestar, el sentido de identidad y la autoestima de las personas, y en la relación de apoyo o cuidados; la falta de opciones de atención y apoyo alternativos; la falta de recursos, conocimientos y aptitudes para manejar situaciones difíciles, como las crisis, evitando la confrontación; y también culturas de servicio negativas en las que los valores, creencias, actitudes, reglas y prácticas que comparte el personal de un servicio se aceptan y se dan por sentado sin reflexión y se considera que son la “forma en que las cosas se hacen aquí”.²¹

Así, se ha expresado:

“vivir en una residencia, pero nosotros entendemos que esta residencia, aún con toda la idea de residencia antigua, de horarios, son los que son para comer, para levantarse, para salir, todo esto, aún con esas cosas, entendemos que la residencia ya es su casa. Entonces, yo en mi casa, pues bueno, horarios no los tengo muchos,

¹⁷ COCHO SANTALLAA, Clara, NAVARROB NOCETE, Luis et al, “Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies”, ya citado. El documento explica que el psicólogo social Elliot Aronson lo define como la “tendencia a sobredimensionar disposiciones personales internas a la hora de explicar un comportamiento observado en otras personas, dando, por el contrario, poco peso a factores externos o situacionales/interactivos” (44).

¹⁸ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, cit., p.7

¹⁹Idem.

²⁰ Ibidem

²¹ No debe olvidarse, además, que las prácticas coercitivas se usan en algunos casos porque las leyes nacionales lo ordenan. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental, Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, 2021, P. 39

entonces bastante hay que, aunque tengan ciertos horarios, encima, jolín, hay que hacer muchas cosas extras, ye su casa, aquí pueden hacer lo que quieran cuando ellos quieran, siempre que no supongan algún problema, algún accidente, pero un poquito la idea ye, y ahora que estamos un poquito más ahora con lo de restricciones, con todo esto, que sea su casa. Cambiar un poco la mentalidad de que estamos para hacer excursiones para que ellos estén bien, no para estar bien nosotros, claro. Igual tenemos que cambiar todos un poco.” **EPD17-24.04-Tercer Sector**

...” Y una de las cosas... estaba todo bien, todo bien, pero una de les cosas que nos dijo la persona que vino, que, en nuestra cama, nosotros tenemos barandilla, que no debíamos tener barandilla. Que era una medida de restricción que nosotros nunca lo valoramos como tal. Sí porque quizá nos dejamos llevar un poco por el modelo residencial de toda la vida, vamos a poner barandilla que la persona no caiga. Entonces ahora estamos un poco en el cambio a reducir las restricciones en cosas muy sencillines. Con las personas que vemos que... que pueden, porque evidentemente hay personas que vamos a tener que poner barandilla siempre y hay otras que podemos ir eliminando. Estamos un poquitín en ese pilotaje, en esa actividad y en esa acción a ver si podemos salir con ella y hacemos cosinas nuevas aquí también.” **EPD17-24.04-Tercer Sector**

Pensar en falta de formación o ausencia de herramientas, pone en evidencia la posibilidad de que el equipo de apoyo pueda asumir una actitud “negligente”, es decir, pueda a través de su “desconocimiento” producir un daño en las personas. Por ello insistimos en la importancia de capacitar de manera permanente desde una visión integral e integradora del campo de la discapacidad, puntualizando en el enfoque de derechos humanos.

- ¿Justificación terapéutica?

Se ha definido a la restricción como “un acto *sanitario* involuntario, forzado y no consensual que se lleva a cabo a través de medios químicos, físicos y ambientales utilizados directamente en la persona o aplicados en su espacio circundante para limitar sus movimientos en situaciones donde se considera que existe un alto riesgo de acciones auto- y heterolesivas.”²²

En realidad, la restricción no es una intervención terapéutica, sino, en todo caso, una intervención aparentemente “protectora”.²³ La coerción remite a otra cuestión fundamental: el riesgo y su gestión, que tienen que ver con una función social de esta área asistencial. Esta función social desvela que la actividad profesional no solo se presenta bajo el modelo de una actividad sanitaria reparadora de un mal llamado *trastorno*.²⁴

Expresa Antonio Burgueño que no existe base científica para afirmar que las sujeciones son “medidas terapéuticas”. “Tampoco existe base para afirmar que tengan que ser prescritas por una persona profesional de la medicina, y la experiencia nos enseña que no se pueden considerar “un mal menor” salvo raras excepciones. • Las

²² ATZENI, Michaela, *Alternativas a la restricción y al aislamiento en la salud mental: una scoping review*, Universidad de Cagliari (Italia), Universidad Nebrija y CICA Cátedra Global Nebrija Santander en Gestión de Riesgos y Conflictos Editorial: Universidad Antonio de Nebrija, 2020, p. 217.

²³ Idem

²⁴ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, *Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental*, Cuadernos Técnicos 20, Madrid, 2018, p. 18.

sujeciones no responden a ninguna necesidad de la persona • No previenen • No curan • No ayudan a un diagnóstico • No son terapéuticas • QUITAN capacidad • Son causa de graves complicaciones”.²⁵

1.3.- Consecuencias del uso de restricciones.

Pueden distinguirse dos perspectivas fundamentales en la práctica restrictiva: a) la de las y los agentes que la ejercen y los medios que utilizan, y b) la de quien recibe la coerción, cómo la percibe y cómo responde a ella.²⁶ Las percepciones, sin duda, no son simétricas.²⁷

1.3.1.- Efectos sobre la persona:

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa destaca la evidencia que “apunta a experiencias abrumadoramente negativas” en el sometimiento a medidas coercitivas, “que incluyen dolor, trauma y miedo”, y plantea “importantes problemas éticos”, en tanto determinados tratamientos pueden causar daños irreversibles a la salud. Además, se destaca que la restricción tiene un “efecto disuasorio” en las personas con discapacidad, quienes “evitan o retrasan el contacto con el sistema de atención a la salud por temor a perder su dignidad y autonomía, lo que en última instancia conduce a resultados negativos para la salud, incluyendo angustia y crisis intensas que amenazan la vida” situaciones, que, a su vez, conducen a más coerción generando un círculo vicioso.²⁸

No es posible considerar qué significa permanecer bajo medidas de restricción sin brindar un espacio a la voz de las personas destinatarias. Cuando ésta se manifiesta, es invariablemente muy clara.²⁹

Las personas sometidas a prácticas restrictivas informan que se sienten deshumanizadas, desempoderadas, no respetadas y desvinculadas de las decisiones sobre cuestiones que las afectan. Muchas lo experimentan como una forma de trauma o de nuevo trauma que empeora su afección e intensifica sus experiencias de malestar

²⁵ BURGUEÑO, Antonio, *Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas*, DILEMATA, nº 19, 2015, pp. 135-147 sostiene que una medida que no es una medida médica no debe ser protocolizada como otras intervenciones médicas. No existen evidencias que respalden el uso de sujeciones, lo que convierte a un protocolo de sujeciones en arma de doble hilo, que puede servir más para la seguridad legal de los profesionales que para hacer un uso garantista y limitado.

²⁶ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, *Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental*, Cuadernos Técnicos 20, Madrid, 2018, p. 15 yss.

²⁷ Idem

²⁸ Resolución 2291 (2019) *Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*

²⁹ La National Coalition for Mental Health Recovery, 2013, por ejemplo, afirma que no hay beneficio en el tratamiento forzoso, que la coerción traumatiza, y que hay alternativas. Una perspectiva similar a la que se transmite desde la OMS, Resolución 2291 (2019) *Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*

psicológico.³⁰ Expresan sentir miedo, abandono, dolor, violación. Encontrarse desempoderadas, humilladas y de deshumanizadas.³¹

Las experiencias de dolor a menudo se mencionan en discusiones con personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo. De hecho, en los datos experimentales que, recopilados en un Informe australiano reciente, se expresa:

... *“las personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo a menudo hablaban claramente sobre el dolor que experimentaron a manos de quienes debían brindarles servicios y apoyo. Por ejemplo, una persona con discapacidad en un estudio del Reino Unido sobre reclusión y restricción de personas con discapacidades del desarrollo dijo:*

‘En verdad duele’”³²

Es importante destacar la intersección de acciones traumáticas, violentas y opresión de género, que pueden circular en el uso de prácticas restrictivas:

‘Me sentí violada... Sentí que me habían despojado de todo... Me sentí avergonzada.’³³

Las prácticas coercitivas también socavan notablemente la confianza de las personas respecto del personal y profesionales del servicio, lo que hace que estas eviten solicitar atención y apoyo.³⁴ El Informe canadiense sobre Restricciones describe un relato en primera persona que expresa:

“Usan castigos, si no escuchas entonces eres castigado. ... Golpe, golpe, eso es todo. ... no es ayuda, no hay ayuda en ello. ... Es difícil de explicar, hay que estar ahí para entender. No puedes creer que existan lugares así. Pensé que esto estaría bien, quiero decir, es cuidado. Pero estaba equivocado. ... No es cuidado. Es un infierno. Me hicieron un infierno.

En el caso de esta persona con discapacidad, experimentar esta 'cultura del miedo', que incluye momentos de prácticas restrictivas, pero que también incluye un sistema ecológico más amplio de 'terror', tuvo un efecto duradero:

Me dejó con un miedo total a toda la gente del servicio de salud mental... eso siempre se quedará conmigo³⁵

Como si lo relatado fuera poco, la revisión sobre los resultados de las prácticas restrictivas comunitarias no permite ser optimistas sobre su utilidad. Así, se ha afirmado que en líneas generales, y dejando a un lado las cuestiones éticas relacionadas con “atar” a una persona, el empleo de sujeciones en cualquier ámbito trae consigo una serie de consecuencias negativas para la persona.³⁶ Entre las consecuencias de la utilización de sujeciones podemos destacar efectos adversos tanto a nivel físico (úlceras

³⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental, Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, 2021, P. 39

³¹ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023, Capítulo 2 sobre Experiencias de Prácticas restrictivas.

³² Idem

³³ Ibidem

³⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental, Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, 2021, P. 39

³⁵ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023, Capítulo 2 sobre Experiencias de Prácticas restrictivas

³⁶ YUSTA TIRADO, Rubén, “Modelo de atención centrada en la persona y cuidados sin sujeciones”, *Actas de coordinación sociosanitaria*, noviembre 2018, p. 70.

por presión, infecciones, incontinencia urinaria y fecal, disminución del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad) como a nivel psicológico (miedo/pánico, vergüenza, ira, agresividad, depresión, aislamiento social y retiro/apatía).

Además, no está demostrada la efectividad de las sujeciones restrictivas a la hora de prevenir caídas y las lesiones asociadas a ellas: - Las personas a quienes se les restringe la movilidad sufren mayor número de caídas y sus consecuencias suelen ser más graves que en personas a las que no se les restringe la movilidad. - Los centros que han reducido el uso de sujeciones restrictivas han podido observar que no aumenta el número de caídas o incluso han experimentado un descenso de ellas. - En centros en los que ha aumentado el número de caídas tras la retirada de sujeciones, se ha podido observar que no ha aumentado la gravedad de las lesiones producidas como consecuencia de ellas.³⁷

1.3.2.- Efectos en quienes aplican las restricciones:

El uso de prácticas coercitivas también tiene consecuencias negativas en el bienestar de las y los profesionales y personal que las utilizan.³⁸

La mayoría de estudios analizados desvela que los equipos de profesionales y personal consideran este tipo de intervenciones restrictivas como necesarias, como un último recurso una vez se han agotado todas las demás alternativas.³⁹

Son entendidas, por tanto, como parte de su trabajo, aunque generan sentimientos desagradables.

“Es parte del trabajo, pero estropea el trabajo”.

Algunos de los testimonios que apoyan estas intervenciones refieren percibir las como legítimas en relación a la necesidad de control social, pues consideran que su papel fundamental es el mantenimiento de la seguridad, tanto de las personas como del personal dentro de las unidades de hospitalización psiquiátrica: *“Un ambiente seguro es la prioridad”.*⁴⁰

Igualmente, se pueden observar dentro de la literatura opiniones contrarias, que consideran que dichas medidas pueden violar los derechos fundamentales de las personas destinatarias, percibiéndolas como una forma de castigo y control. Así, siguiendo esta misma línea, algunas de las opiniones de profesionales y personal expresan su desacuerdo e incomodidad por tener que enfrentarse a actuaciones de otros compañeros/as cuando emplean este tipo de medidas de forma “inapropiada”. En particular, hacen referencia al empleo de estas medidas coercitivas de forma preventiva, por desobediencia a la normativa de las unidades o cuando se aplican como forma de venganza o con una finalidad de castigo por parte del profesional.⁴¹

³⁷ CUIDADOS DIGNOS, *Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas* en centros de atención sociosanitaria y domicilios, Basada en la CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECIONES la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos, sin fecha.

³⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental. Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*, cit. p. 39.

³⁹ COCHO SANTALLAA, Clara, NAVARROB NOCETE, Luis et al, “Experience and attitudes of mental health professionals toward coercive practices: a literature review of qualitative studies”, ya citado.

⁴⁰ Idem

⁴¹ Ibidem

Varios estudios indagan específicamente en las consecuencias a nivel emocional en el personal en relación con estas prácticas. Se observa cómo las medidas restrictivas generan sentimientos desagradables de angustia, ansiedad, miedo, frustración, disgusto, decepción, vulnerabilidad, arrepentimiento y culpa. Dicen sentir presión al percibirse como personas responsables de controlar la situación y que nadie resulte herido en el proceso. Dicho conflicto moral es menor si previamente se han agotado todas las alternativas a su alcance. En ese caso, a pesar del malestar por haber empleado la medida, refieren sentirse más justificados: “*Resulta de ayuda mirar atrás y ver que hiciste todo lo que tenías que hacer*”. Los estudios reflejan una dificultad por parte del personal para manejar estos sentimientos y destacan la importancia del apoyo de sus compañeros/as. Aparece la necesidad de no cuestionarse ni ser cuestionados, motivo por el cual no hablan de lo ocurrido con sus compañeros tras los incidentes: “*Es la frustración de no haber logrado atender sus necesidades, a pesar de haberlo intentado*”.⁴²

En ocasiones, esta continua supresión de las emociones del personal da lugar a un distanciamiento emocional de la persona que sufre la restricción, deteriorando la relación y disminuyendo este elemento cuidador. Se sugiere que es precisamente esta despersonalización de la persona lo que permite al personal llevar a cabo las tareas físicas de inmovilización y aislamiento. Estudios reflejan que el personal llega a considerar que las restricciones tienen consecuencias negativas sobre la persona usuaria, personal y profesionales profesionales, “*...arruinan la relación entre el paciente y el personal... y causan trauma físico y emocional en los pacientes y en el personal*”.⁴³

1.4.- Encuadre ético. Las restricciones desde los derechos humanos

Se ha expresado que, a fin de integrar con éxito un enfoque centrado en la persona y basado en los derechos, los países deben cambiar y ampliar las mentalidades, corregir las actitudes estigmatizadoras y eliminar las prácticas restrictivas. A ese respecto, es fundamental que los sistemas y servicios amplíen su enfoque más allá del modelo biomédico para incluir también un enfoque más holístico que considere todos los aspectos de la vida de las personas.⁴⁴ “La transformación a hacer tras la desinstitutionalización, se produce a través de gestos muy elementales: eliminar los medios de contención, restablecer las relaciones del individuo con su propio cuerpo, reconstruir el derecho y la capacidad de uso de los objetos personales, establecer el derecho y la capacidad de utilizar la palabra, eliminar la ergoterapia, abrir la puerta, producir relaciones, espacios y objetos de interlocución, establecer condiciones para la expresión de sentimientos, restituir los derechos eliminando la coacción, la tutela jurídica y el estatus de peligrosidad, reactivar un fondo de ayuda económica para poder acceder a los intercambios sociales, etc.”⁴⁵

Ha señalado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que detrás de las medidas restrictivas subyacen relaciones de poder entre profesionales de la

⁴² Ibidem

⁴³ Ibidem

⁴⁴ ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, COERCION Y SALUD MENTAL, “Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental”, cit. p. 91 y ss.

⁴⁵ Idem

medicina y del trabajo social y las personas con discapacidad y percepciones sociales que minusvaloran a este colectivo basadas en prejuicios y estereotipos y en cuanto el propio diseño del sistema de atención sociosanitaria a las personas con discapacidad potencia la institucionalización forzosa ante la ausencia de opciones alternativas.⁴⁶ Posiblemente, los mayores riesgos de violencia y maltrato, devengan de la asimetría en la relación de cuidados; asimetría entre alguien que carece y necesita y alguien que, al parecer, tiene las posibilidades de satisfacer la necesidad del otro”. Esta doble asimetría supone una doble vulnerabilidad. Por un lado, por estar en situación de cuidado, y por otra la pertenencia a colectivo o colectivos que requieren de un plus de garantías (antidiscriminatorios y de otros tipos).

En este contexto, no debe olvidarse que las restricciones son una herramienta propia del paradigma médico-rehabilitador de abordaje de la discapacidad, que se justifican dentro de un modelo sustitutivo en materia de toma de decisiones y capacidad jurídica. La persona con discapacidad es objeto de protección y quién decide lo hace desde una experticia profesional (o indicación profesional) o situación de poder, y conforme a parámetros objetivos que apuntan a su mejor interés. Por el contrario, el modelo social de discapacidad exige un modelo de apoyos para que la persona –sujeto de derecho- pueda tomar sus propias decisiones en base a criterios subjetivos, preferencias, gustos, e incluso dudas o errores, que conforman su identidad única y singular.

Gooding describe que muchas prácticas coercitivas son inaceptables, pueden causar un daño grave (independientemente de la intención) e -incluso si se acepta que la coerción puede ser necesaria en algunas circunstancias- deben considerarse en general como "un fallo del sistema". Llega a la conclusión de que estas preocupaciones podrían abordarse en gran medida mediante la aplicación y, en caso necesario, la puesta a prueba de un amplio conjunto de iniciativas de reducción y prevención que podrían cotejarse en una "carta" o "marco" político⁴⁷ Por todo ello, el debate actual sobre las variadas prácticas coercitivas, tanto en el ámbito sanitario como el social, el cuestionamiento sobre la idoneidad de sus indicaciones, y las condiciones de la práctica del procedimiento, afecta directamente a derechos fundamentales, como la libertad y el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal.⁴⁸

Las restricciones suelen vulnerar el derecho la igualdad (ya sea por pertenencia al grupo como también en el ámbito relacional y la diferente posición de quien la aplica y quien la sufre –desequilibrio de poder). Y las restricciones suelen afectar la dignidad en sus dos vertientes –respeto, la persona como fin en sí misma- y la persona como sujeto moral, es decir con autonomía mas allá de cualquier condición o situación.

Aquí el enfoque de derechos humanos cobra fuerza. Este enfoque de derechos humanos (que se desarrolla en este Estudio con mayor profundidad) requiere, al menos:

- Concebir a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, no como objeto de atención sanitaria.

⁴⁶RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/35/21, 2017, para. 46.

⁴⁷ GOODING, Piers, “Supported Decision-Making: A Rights-Based Disability Concept and its Implications for Mental Health Law”, nº 20(3), *Psychiatry, Psychology and Law*: 2013, 431-451.

⁴⁸ ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, COERCION Y SALUD MENTAL, “Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental”, cit. p. 93

- Incorporar unas características, principios y valores que sustentan a los derechos humanos. El enfoque nos obliga (como subsistema a aplicar esas características de universalidad, interdependencia..., esos principios y valores de dignidad, igualdad y libertad).
- Aplicar estándares de derechos humanos (acá desarrollar la evolución de los estándares en materia de restricciones, tanto del sistema universal como del regional europeo).
- Implementar un marco conceptual y procedimental que impone mecanismos de seguimiento y responsabilidad (importancia de los canales de fiscalización, de seguimiento y sobre todo de denuncias en materia de restricciones).⁴⁹

A la luz de este enfoque, y de los valores que sustentan a los derechos humanos, entendemos, en primer lugar, que desde el punto de vista jurídico las restricciones implican vulneraciones de derechos. Y que, según el tipo y grado de restricción aplicada, deben surgir diferentes responsabilidades y consecuencias jurídicas, que deben asimismo estar previstas legalmente. En segundo lugar, también resulta imperioso un salto paradigmático superador del modelo médico en esta materia. No puede existir en el contexto de los cuidados o asistencia un “modelo sustitutivo restrictivo”, sino que debe imperar un “modelo de apoyos no restrictivo”.

El modelo médico, sustitutivo de las decisiones justifica la restricción en base a varias razones, -entre ellas como principal la finalidad terapéutica-. Las restricciones son una herramienta propia del paradigma médico-rehabilitador de abordaje de la discapacidad, que se justifican dentro de un modelo sustitutivo en materia de toma de decisiones y capacidad jurídica. La persona con discapacidad es objeto de protección y quién decide lo hace desde una experticia profesional (o indicación profesional) o situación de poder, y conforme a parámetros objetivos que apuntan a su mejor interés. Se ha expresado que, a fin de integrar con éxito un enfoque centrado en la persona y basado en los derechos, los países deben cambiar y ampliar las mentalidades, corregir las actitudes estigmatizadoras y eliminar las prácticas coercitivas. A ese respecto, es fundamental que los sistemas y servicios de salud amplíen su enfoque más allá del modelo biomédico para incluir también un enfoque más holístico que considere todos los aspectos de la vida de las personas.

Por el contrario, el modelo social de discapacidad exige un modelo de apoyos para que la persona –sujeto de derecho- pueda tomar sus propias decisiones en base a criterios subjetivos, preferencias, gustos, e incluso dudas o errores, que conforman su identidad única y singular. El modelo social, de apoyo en la toma de decisiones exige un salto cualitativo en estas respuestas. Ha señalado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que detrás de las medidas coercitivas subyacen relaciones de poder entre profesionales de la medicina y del trabajo social y las personas con discapacidad y percepciones sociales que minusvaloran a este colectivo basadas en prejuicios y estereotipos y en cuanto el propio diseño del sistema de atención sociosanitaria a las personas con discapacidad potencia la institucionalización forzosa ante la ausencia de opciones alternativas.

⁴⁹ PALACIOS, Agustina, ¿Un nuevo modelo de derechos humanos de la discapacidad?, Revista Latinoamericana *en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*.: Red Iberoamericana de Expertos sobre la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2019 vol.4 n°4. p1 - 31. issn 2525-1643.

Posiblemente, los mayores riesgos de violencia y maltrato, devengan de la asimetría en la relación de cuidados; asimetría entre alguien que carece y necesita y alguien que, al parecer, tiene las posibilidades de satisfacer la necesidad del otro”. Esta doble asimetría supone una doble vulnerabilidad. Por un lado, por estar en situación de cuidado, y por otra la pertenencia a colectivo o colectivos que requieren de un plus de garantías (antidiscriminatorios y de otros tipos).

No obstante, lo afirmado, y sin restar ninguna importancia a enfoques y modelos, no debe perderse de eje que las restricciones son vulneraciones de derechos. Pueden traducirse en una forma de discriminación porque tienen como propósito o efecto la restricción de uno o varios derechos, pueden traducirse como violencia institucionalizada, pueden traducirse en tratos crueles, inhumanos y degradantes..., y suponen una forma de restricción de la libertad, y del ejercicio a muchos derechos... el derecho a la salud, a la vida independiente, entre otros...⁵⁰⁵¹.

La cultura institucional (que no es sinónimo de institución, sino que la trasciende, porque se manifiesta incluso más allá de las instituciones), está enfrentada al discurso de los derechos. Las restricciones justamente son uno de los pilares de esta cultura institucional, concebidas en gran parte de los casos como un elemento del cuidado o de la asistencia. El enfoque de derechos humanos nos obliga a trascender esta concepción social, institucional y profesional, y situarlas como una vulneración de derechos, e incluso una manifestación de maltrato institucional. De este modo, la eliminación de las restricciones es una herramienta necesaria en los procesos de desinstitucionalización.

1.5.- Las restricciones a la luz del derecho internacional de los derechos humanos

Las prácticas restrictivas, según su contexto y el daño a la integridad de la persona, pueden encuadrarse como vulneraciones de derechos, discriminación, violencia, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Como es sabido, el derecho internacional provee un marco normativo que protege contra ello a todas las personas en general, y a las personas con discapacidad en particular.

1.5.1.- Las restricciones en el sistema universal de protección de derechos humanos

-Protección contra la tortura y los tratos crueles inhumanos y degradantes.

Existe una prohibición absoluta contra el uso de la tortura bajo el derecho internacional. Esta prohibición se encuentra respaldada por una variedad de Tratados, entre los que cabe destacar la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles Inhumanos o Degradantes, el art. 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y

⁵⁰ Tribunal Supremo en su sentencia 957/2007, de 28 de noviembre, entiende como trato degradante *aquel que pueda crear en las víctimas sentimientos de temor, de angustia y de inferioridad susceptibles de humillarles, de envilecerles y de quebrantar, en su caso, su resistencia física o moral.*

⁵¹ CUENCA GÓMEZ, Patricia, Sobre la privación de libertad por motivos de discapacidad, Dykinson, Madrid, 2018

Políticos, el artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y el artículo 15 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El artículo 1.1 de la CCT proporciona cinco elementos que son relevantes para la consideración de las prácticas restrictivas.⁵² En primer lugar, la tortura debe exceder un umbral de dolor o sufrimiento físico y mental que sea grave. Determinar dicho umbral está potencialmente abierto a la interpretación; sin embargo, la redacción de la Convención sobre la tortura nunca tuvo la intención de que la definición incluyera solo una lista específica de actos. Además, la definición de 'grave' es contextual y la vulnerabilidad de la víctima, incluidos factores como la edad, el género u otra condición, como la discapacidad, así como el entorno y el efecto acumulativo de diferentes factores, deben tenerse en cuenta para determinar si un caso en particular equivale a tortura.

En segundo lugar, la definición anterior sugiere que la tortura debe tener un propósito, como obtener una confesión o castigar a una persona. Sin embargo, el Comité contra la Tortura ha expresado la opinión de que: (a) la lista de propósitos no pretende ser exhaustiva, y, además, (b) relevante para el uso de prácticas restrictivas, un acto basado en 'discriminación de cualquier tipo', incluyendo 'discapacidad mental o de otro tipo, estado de salud' es 'suficiente para cumplir con el elemento intencional de la definición de tortura'.⁵³

En tercer lugar, la definición indica que debe demostrarse la intención. Es importante enfatizar no se comprende como 'intención de torturar' – una interpretación que fue rechazada durante la redacción del Tratado. En cambio, el énfasis en la intención tiene por objeto evitar enmarcar el daño no intencionado debido a la negligencia como tortura. A este respecto, y relevante para el uso de algunas prácticas restrictivas, la intención sugiere un acto intencional de violencia o coerción, pero no requiere una intención explícita de 'torturar'.⁵⁴

En cuarto lugar, la definición de tortura incluye un requisito de responsabilidad del Estado en la conducta de la tortura, expresado con la frase con el consentimiento o aquiescencia de un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones públicas. Esta definición no requiere que una persona funcionaria pública formalmente delegada, como un/a oficial de policía, realice actos para que esto se entienda como tortura. De hecho, una característica de la creciente erudición y jurisprudencia sobre tortura bajo la Convención y otros tratados de derechos humanos, particularmente como resultado del compromiso feminista, es la comprensión de que existe una variedad de circunstancias en las que el Estado tiene la obligación de prevenir actos de violencia en escenarios no estatales y privados, realizados por individuos 'particulares', lo que podría entenderse como tortura.⁵⁵ Este razonamiento ha sido invocado directamente por el Comité en su jurisprudencia y observaciones finales que tratan con víctimas de violencia de género, como violación, violencia doméstica, mutilación genital femenina MGF y trata de personas. Debe tenerse en cuenta que otros Tratados fundamentales, como la CDPD, el ICCPR, la CEDAW o la CRC, no limitan su comprensión de la tortura a los actos cometidos por personas funcionarias públicas o

⁵² UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023, Capítulo 1

⁵³ Idem

⁵⁴ Ibidem

⁵⁵ Ibidem

con su aquiescencia, y por lo tanto esto agrega peso a la opinión de que la participación directa del Estado en la tortura, a través de funcionarios públicos formalmente delegados, no es necesaria para demostrar la obligación del Estado de proteger a las personas de la tortura.

Finalmente, la excepción provista para 'dolor o sufrimiento que surja únicamente de, inherente o incidentalmente a las sanciones legales' no pretende implicar que los arreglos legales nacionales deban prevalecer sobre las normas internacionales de derechos humanos. En todo caso, el Tratado proporciona un camino hacia una comprensión más amplia de la tortura y los malos tratos. Esta ampliación está implícita en cierta medida en su artículo 1.2 de, que abre la posibilidad de que pueda haber una 'aplicación más amplia' de la prevención de la tortura que la indicada por la definición del artículo 1.1. Además, las elaboraciones sobre la definición de tortura, como la proporcionada por el artículo 2 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985), aclaran que las sanciones lícitas solo se tolerarán cuando no permitan actos contrarios a la tortura a la definición de tortura establecida por el artículo.

Respecto de los tratos crueles, inhumanos o degradantes, la CCT no proporciona una definición clara. Sin embargo, una forma razonable de entender la relación entre tortura y malos tratos es que la tortura es una forma más grave de malos tratos y que tanto la tortura como los malos tratos están en contradicción con el derecho internacional. Esta opinión se ve confirmada por la redacción del artículo 1.2 de la anterior Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, de 1975, según la cual "la tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato cruel". tratos o penas, inhumanos o degradantes". También se confirma por referencia al artículo 16.1 de la CAT

Cada Estado Parte se comprometerá a impedir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que no equivalgan a tortura tal como se define en el artículo I, cuando tales actos sean cometidos por o bajo la instigación de o con la consentimiento o aquiescencia de un funcionario público u otra persona que actúe en calidad oficial. El ex relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, ha señalado que "las palabras "que no equivalen a tortura" en el artículo 16 de la CAT indican que la tortura es una forma particularmente grave y reprobable de CIDT". Es importante destacar que, si bien la tortura y los malos tratos pueden diferenciarse en el derecho internacional, la prohibición absoluta de estas formas de trato es consistente ya sea que haya un acto de tortura o malos tratos. Esto se confirma más arriba en el artículo 16 de la CAT, y también por la obligación inderogable del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Ninguna persona será sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes'.

La prohibición absoluta de malos tratos es confirmada además por el Comentario General del Comité contra la Tortura al afirmar que 'la obligación de prevenir los malos tratos en la práctica se superpone y es en gran medida congruente con la obligación de prevenir la tortura'. Esta superposición es una de las razones por las que algunas personas argumentan que no existe una distinción sustantiva entre tortura y malos tratos, y que insistir en una distinción sustantiva simplemente 'refuerza la idea errónea de que el trato cruel, inhumano y degradante causa menos daño y podría, por lo tanto, ser admisible en circunstancias excepcionales. Este punto de vista ha sido

afirmado por el Protocolo de Estambul de las Naciones Unidas revisado recientemente, que establece que "otras formas de malos tratos también están absolutamente prohibidas".⁵⁶

'Malos tratos' como concepto destaca la relación entre la violencia deshumanizante y el concepto de 'dignidad' humana. Este vínculo se establece dentro del derecho internacional en diferentes contextos, incluso en el artículo 3 común de los Convenios de Ginebra de 1949, que problematiza y prohíbe 'los ultrajes a la dignidad personal, en particular, los tratos humillantes y degradantes'. El vínculo entre tortura, malos tratos y violación de la dignidad humana se hace transparente en la definición proporcionada por el artículo 2 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985) que establece que también se entenderá por tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir sus capacidades físicas o mentales, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.⁵⁷

Es importante ser conscientes de la existencia de áreas grises relacionadas con qué formas de prácticas restrictivas podrían constituir tortura y malos tratos. Sin embargo, hay orientación disponible a través de una variedad de fuentes para identificar los usos de prácticas restrictivas que no están en conformidad con el derecho internacional. Por ejemplo, las Reglas 43 y 47 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas (Reglas Nelson Mandela) brindan orientación sobre el uso de la coerción, incluido que "los instrumentos de coerción nunca se aplicarán como sanción por faltas disciplinarias". Además, en 2011, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes brindó orientación sobre el régimen de aislamiento, su relación con el aislamiento social y cuándo esta práctica constituye tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. El *Protocolo de Estambul* revisado, publicado recientemente, proporciona orientación sobre la investigación y documentación de la tortura y los malos tratos. Estas fuentes de orientación ayudan a comprender el uso de prácticas restrictivas en un sentido general, con un enfoque particular en su uso en lugares tradicionales de detención (es decir, bajo custodia policial y prisiones).

Sin embargo, como se indicó anteriormente, la definición de tortura y malos tratos es contextual y debe prestar atención a las formas en que se utilizan estas prácticas, en qué contexto y contra quién. En este contexto, se ha señalado que las prácticas restrictivas en los contextos de apoyo a la salud y la discapacidad están definitivamente en desacuerdo con las obligaciones internacionales de proteger a las personas con discapacidad de la tortura y los malos tratos.

En 2013 el Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes pidió, en términos inequívocos, que:

Es esencial que se aplique una prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluidas la inmovilización y el aislamiento de personas

⁵⁶ NACIONES UNIDAS, Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Ginebra, 2021, pág 4

⁵⁷ CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA TORTURA (1985)

con discapacidades psicológicas o intelectuales, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones psiquiátricas y de atención social.⁵⁸

El Comité de la CDPD de la ONU ha exhortado a los Estados Parte, además, en sus directrices sobre el artículo 14 de la CDPD, a proteger la seguridad y la integridad personal de las personas con discapacidad que se encuentran privadas de libertad, incluso eliminando el uso del tratamiento forzoso, la reclusión y diversos métodos de restricción en las instalaciones médicas, incluidos los físicos, químicos y mecánicos. El Comité ha determinado que esas prácticas no son compatibles con la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de las personas con discapacidad, de conformidad con el artículo 15 de la Convención.⁵⁹

Tanto la declaración del Relator Especial como la orientación del Comité de la CDPD se ajustan a la jurisprudencia internacional emergente en materia de derechos humanos, incluidos el Comité contra la Tortura y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Indica un consenso a nivel internacional de que el uso de prácticas restrictivas en contextos de apoyo a la salud y la discapacidad está en desacuerdo con el derecho internacional.

La especificidad de la CDPD

Las restricciones vulneran probablemente todos y cada uno de los artículos y principios de la CDPD, pero sobre todo su esencia, y sus columnas rectoras edificadas a partir de los valores de igualdad y dignidad.

El primer artículo a destacar es el 12 sobre ejercicio de la capacidad jurídica. Esta norma se encuentra gravemente afectada cuando la persona sufre una práctica restrictiva.

Los Artículos 15 a 17 de la CDPD regulan la 'Prohibición de tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes', la 'Protección contra la explotación, la violencia y el abuso' y la 'Protección de la integridad de los Persona deben leerse en consonancia con los artículos 12 a 20 de la, que, de forma interrelacionada, describen los derechos de las personas con discapacidad a la igualdad ante la ley, el acceso a la justicia, la libertad de circulación, el derecho a la vida independiente, la libertad frente a la detención arbitraria y la protección contra tortura, violencia y explotación.

El artículo 15 de la CDPD reitera la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ya prevista en el orden internacional. Establece que “1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento. 2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.”⁶⁰

El artículo 16 de la CDPD tiene varias implicaciones para el uso de prácticas restrictivas. El artículo 16.1 prevé que a las personas con discapacidad se les ofrezca protección contra la violencia, el abuso y la explotación. El Artículo 16.1, junto con el

⁵⁸RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/HRC/22/53, 2013

⁵⁹ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, en sus Directrices sobre el art. 14 del Convenio de los Derechos de las Personas con Discapacidad (derecho a la libertad y seguridad de las personas con discapacidad), «VI. Protección de las personas con discapacidad privadas de libertad contra la violencia, los abusos y los malos tratos.»

⁶⁰ Art. 15 CDPD

Artículo 16.2, reconocen que la violencia, el abuso y la explotación pueden ocurrir 'tanto dentro como fuera del hogar' y, por lo tanto, se relacionan potencialmente con el uso de prácticas restrictivas y otras violaciones que ocurren tanto dentro de entornos de atención y apoyo institucionalizados como segregados., pero también más ampliamente en la comunidad. el artículo 16.2 hace hincapié en la información, la sensibilización y la notificación; y el artículo 16.3 sobre los procesos de seguimiento en los entornos formales de atención y apoyo. Relevante para la posible justicia y reparación que pueda surgir en relación con experiencias recientes e históricas de prácticas restrictivas, el artículo 16.4 establece obligaciones para los Estados de proporcionar 'recuperación y reintegración' para las víctimas-sobrevivientes. El artículo 16.5 establece la obligación de los Estados de tomar medidas legales y políticas efectivas para investigar y enjuiciar los casos de violencia, abuso y explotación. En todas estas partes del Artículo 16, la redacción del texto destaca las dimensiones de edad y género de la violencia contra las personas con discapacidad, reconociendo que la explotación, la violencia y el abuso pueden tener diferentes implicaciones para diferentes personas con discapacidad.

El artículo 17 sobre integridad corporal esboza un concepto implícito en la tradición de los derechos, pero no articulado explícitamente en los demás tratados fundamentales de derechos humanos, a saber: el señorío sobre el propio cuerpo, y el derecho a estar libre de injerencias arbitrarias. Este derecho a la integridad física está implícito en las protecciones fundamentales contra la violencia, incluida la libertad para la tortura, la esclavitud, la violencia arbitraria, la libertad de movimiento y la libertad frente a la detención arbitraria. El artículo 17 es uno de los artículos más breves de la CDPD y, hasta cierto punto, refleja las tensiones que circularon en la negociación del Tratado. Sin embargo, el Artículo 17 es 'la primera vez que el concepto de 'integridad de la persona' se incluye como un artículo independiente en un tratado de derechos humanos de las Naciones Unidas.⁶¹

Se ha explicado que no es casual que este importante derecho a la integridad física se expresara explícitamente por primera vez en un tratado especializado en derechos humanos relacionado con las personas con discapacidad. Muchas personas con discapacidad experimentan la aplicación discriminatoria de violaciones rutinarias no consentidas de la integridad física, a veces autorizadas por la ley. En relación con las prácticas restrictivas, las infracciones de los derechos a la integridad física siguen siendo 'una de las áreas más críticas de violación de los derechos humanos de las personas'.⁶²

Otro derecho importante a tener presente se relaciona con la vida independiente e inclusión en la comunidad. El artículo 19, leído junto con el artículo 14 ('Libertad y seguridad de la persona') y el artículo 20 ('Movilidad personal') reorientan sustancialmente uno de los derechos civiles y políticos más fundamentales: a saber, los derechos a la libertad y a no ser arbitrariamente detención.

Incorporado en el Artículo 19 está el principio fundamental 'que todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos y que toda vida tiene el mismo valor'. Sin embargo, el artículo no solo deriva su fuerza de una tradición de derechos civiles y políticos, sino que combina a la perfección los derechos económicos, sociales y culturales de una manera que significa que el artículo 19 es uno de los artículos más

⁶¹ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023, Capítulo 1

⁶² Idem, p. 47

amplios e interseccionales de la Convención. De hecho, en algunos aspectos, el artículo 19 representa un hito en el derecho internacional de los derechos humanos, ya que busca reconocer de manera integral la interdependencia entre la realización de los derechos individuales y la organización de las instituciones y la sociedad en general.⁶³

La clave del Artículo 19 es que para hacer realidad la libertad de la persona de manera significativa, se requerirán recursos del Estado y la sociedad para permitir que las personas vivan en una situación de su propia elección y reciban apoyo social para lograr la participación social, cultural, política y económica, en igualdad de condiciones con los demás. Aquí, la institucionalización aparece como un problema central en el sentido de negación a las personas con discapacidad sobre las circunstancias de vida y la participación en la comunidad. En su Comentario General sobre el Artículo 19, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad brindó una guía sólida de que la 'institucionalización' no se refiere simplemente a instituciones residenciales a gran escala, y también puede manifestarse en otro tipo de entornos. Y al definir ciertos elementos definitorios de la institucionalización se describe una lista de restricciones.

El Comité también destaca las dimensiones interseccionales de esta imagen, por ejemplo, señalando que dado que las instituciones tienden a aislar a quienes residen en ellas del resto de la comunidad, las mujeres y niñas con discapacidad institucionalizadas son más susceptibles a la violencia de género, incluida la esterilización forzada, el abuso sexual y físico, el abuso emocional y un mayor aislamiento. También se enfrentan a mayores obstáculos para denunciar este tipo de violencia.⁶⁴

Igualdad y No Discriminación

Los Estados y la sociedad tienen la obligación de garantizar que las personas con discapacidad no sean objeto de tortura ni malos tratos y tengan los mismos derechos a la protección contra la violencia. La obligación de igualdad de trato implica que el hecho de no brindar esta protección no solo infringe la obligación de proteger contra la tortura, los malos tratos y la violencia, sino que también vulnera el derecho a la igualdad, particularmente cuando puede demostrarse que la ley no brinda protección a las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Un paso más en dicha vulneración se presenta cuando las personas con discapacidad están expuestas de manera discriminatoria a formas de violencia, incluida la violencia legal, que no se aplican a otras personas. Como es sabido, el Artículo 5.2 establece que la obligación de prohibir toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizar a las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo. De este modo, cuando las prácticas restrictivas se utilizan en una variedad de entornos contra las personas con discapacidad en formas que no se aplican a otras, este uso es sin duda discriminatorio.

En este sentido se han pronunciado las Directrices de Naciones Unidas sobre desinstitucionalización, al afirmar que deben derogarse todas las disposiciones legislativas que autoricen la privación de libertad u otras restricciones a la libertad y la seguridad de la persona por motivos de discapacidad, incluido el internamiento o el tratamiento no voluntarios por “enfermedad o trastorno mental.”⁶⁵

⁶³ Ibidem

⁶⁴ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°5 sobre el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad*, cit.

⁶⁵ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia* CRPD/C/5, 2022, parr. 58

1.5.2.- Las restricciones en el sistema europeo de protección de derechos humanos

Se ha destacado la falta de sinergia entre la Unión Europea y el Consejo de Europa, por un lado, y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.⁶⁶ Ni el CEDH ni el Convenio de Oviedo, adoptados con anterioridad a la CDPD, cumplen con el nuevo paradigma de la discapacidad, especialmente en el ámbito de la salud mental.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha analizado la cuestión de si determinadas medidas coercitivas o tratamientos médicos administrados sin consentimiento a las personas privadas de libertad en virtud del art. 5.1.e constituyen un trato inhumano y degradante prohibido por el artículo 3 CEDH. En su análisis el TEDH ha afirmado que “en general, no puede ser catalogada como inhumana o degradante una medida dictada por razones de necesidad terapéutica”⁶⁷ ; ha señalado que los malos tratos deben tener un nivel mínimo de gravedad para caer en el ámbito del artículo 3 cuya evaluación depende de las circunstancias del caso, la naturaleza y el contexto del tratamiento, el método y la forma de su ejecución, su duración, su impacto físico o mental, sus efectos y, en algunos casos, del sexo, edad y estado de salud de la víctima⁶⁸, y ha entendido que el empleo de medios coercitivos del tipo de la alimentación forzosa, el aislamiento o incluso el empleo de esposas, no fundamentan la apreciación de una vulneración del art. 3 CEDH⁶⁹

El Comité Europeo para la prevención de la tortura y otros tratos inhumanos y degradantes estableció en 2012 unos estándares para el uso de las contenciones mecánicas en establecimientos psiquiátricos, que fueron revisados en 2017.⁷⁰ Estos criterios delimitan en cierto modo el carácter excepcional de la medida, su finalidad terapéutica, así como los límites de su duración.

La Resolución 2291 (2019) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, bajo el título *ending coercion in mental health: the need for a human rights based approach*, insta a reformar los sistemas de salud mental en toda Europa con el fin de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos que sea compatible con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y que respete la ética médica y los derechos humanos de las personas afectadas, incluido su derecho a la atención médica sobre la base del consentimiento

⁶⁶ PRADOS GARCÍA, Celia, *El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad*, Dykinson, Madrid, 2023

⁶⁷ *Herczegfalvy v. Austria*, sentencia de 24 de septiembre de 1992

⁶⁸ *Kudl v. Poland*, sentencia de 26 de octubre de 2000 y *Poltoratski v. Ukraine*, sentencia de 23 de abril de 2003.

⁶⁹ *Herczegfalvy v. Austria*, sentencia de 24 de septiembre de 1992 Tampoco en la sentencia *DD. v. Lithuania* el TEDH, aunque de nuevo considera preocupante que la demandante fuese recluida en una sala de aislamiento, se le hubiese administrado forzosamente una dosis adicional de medicamentos y hubiese sido atada a una cama durante 15-30 minutos, aprecia una vulneración del artículo 3 al entender que existe una necesidad médica que justifica la adopción de estas medidas

⁷⁰ EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), Means of restraint in psychiatric establishments for adults (revised CPT standards), 21 march 2017, CPT/Inf (2017)6. <https://atlas-of-torture.org/en/document/0fdo9rer5ml?page=5>

libre e informado. La Resolución exhorta al desarrollo, como un primer paso, de una hoja de ruta para reducir drásticamente el recurso a las medidas coercitivas.⁷¹

En la Resolución la Asamblea hace hincapié en los efectos negativos de las medidas coercitivas en el ámbito de la salud mental; aboga por la reforma de los sistemas de salud mental en Europa desde un enfoque de derechos humanos compatible con la CDPD y propone una serie de medidas para iniciar de manera inmediata la transición al nuevo modelo. En su Recomendación la Asamblea se opone, de nuevo, a la adopción del Protocolo del Convenio de Oviedo e insiste en su incompatibilidad con la CDPD, en su incapacidad para proteger a las personas con necesidades de atención a la salud mental y con discapacidad psicosocial de violaciones de sus derechos humanos y en la necesidad de abandonar la redacción de este instrumento y redirigir los esfuerzos a establecer directrices para poner fin a la coerción en el ámbito de la salud mental.⁷²

De nuevo el Comité de ministros del Consejo de Europa en febrero de 2020 contestó a la Asamblea⁷³ mostrando su acuerdo con el deber de promover medidas alternativas a las medidas involuntarias y con la necesidad de reducir la coerción, señalando que este es precisamente el objetivo del estudio iniciado por el Comité de Bioética sobre *Good practices in mental healthcare – how to promote voluntary measures*. En todo caso, remarca que el borrador del *Protocolo Adicional* pretende garantizar que las medidas involuntarias estén sujetas al cumplimiento de criterios estrictos y que sean aplicadas como último recurso e informa de que ha dado instrucciones al Comité de Bioética para finalizar los trabajos en dicho *Protocolo* en el bienio 2020-2021 y para involucrar en el proceso a las organizaciones de personas con discapacidad. Teniendo en cuenta las aportaciones recibidas, el Comité de ministros alienta al Comité de Bioética a asegurar que el texto del Protocolo incluye previsiones que garanticen la disponibilidad de una amplia selección de medidas primarias apropiadas menos restrictivas e intrusivas y a finalizar el estudio sobre las buenas prácticas en salud mental antes mencionado en el plazo más rápido posible.

El 11 de diciembre de 2020 se adoptó un nuevo borrador del texto del Protocolo. Este borrador incluye en su Preámbulo una nueva previsión que enfatiza la obligación de prohibir cualquier forma de discriminación sobre la base de problemas de salud mental. También incorpora una nueva redacción del art. 3 que señala que “la existencia de un desorden mental por sí misma no podrá justificar en ningún caso el tratamiento o el internamiento involuntario” (consideración que se incluía antes en el Preámbulo y no en el articulado). Asimismo, el nuevo art. 3 alude a la importancia de considerar otras medidas alternativas antes de recurrir a las medidas involuntarias. Por su parte en la regulación del art. 17 esta versión se refiere al deber de desarrollar métodos y programas orientados a evitar la aplicación de medidas de aislamiento y contención. Finalmente, se incorpora un nuevo Capítulo relativo a las sanciones, con un único artículo, que se limita a señalar genéricamente que los Estados parte aplicarán sanciones apropiadas en caso de contravenirse las disposiciones del Protocolo.

⁷¹ ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, *Resolución 2291 (2019) y Recomendación 2158 (2019) Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*, 26 de junio de 2019.

⁷² INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS “GREGORIO PECES-BARBA”, *Informe sobre Tratamientos e Ingresos Involuntarios*, 2022, p. 85

⁷³ Disponible en https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016809c57ea,

En todo caso, los cambios incorporados en el texto han sido valorados negativamente como meros retoques de detalle, en tanto, muchas de las nuevas previsiones no son más que el resultado de aplicar el principio de proporcionalidad y de tomarse en serio la idea de que el internamiento y las medidas coercitivas deben ser un último recurso, previsiones ya incluidas en versiones anteriores, y en tanto se sigue manteniendo en idénticos términos la vinculación entre la discapacidad y el internamiento y tratamiento involuntario en la definición de los criterios para la aplicación de las medidas. Asimismo, no se incluye de manera expresa el deber de los Estados de desarrollar medidas alternativas a las medidas involuntarias, sino solo la obligación de agotar las opciones disponibles (que actualmente prácticamente no existen).⁷⁴

Por esta razón, se mantuvo la presión pidiendo la retirada del Protocolo y en el nivel nacional el movimiento de la discapacidad y, en particular, las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial han puesto en marcha acciones para convencer a los representantes de los países ante el Comité de Bioética de votar en contra del Protocolo. La votación del texto, prevista en principio para junio de 2021, se pospuso a noviembre.

El 15 de septiembre de 2021 el TEDH resolvió la petición de dictamen consultivo, pendiente desde diciembre de 2019, elevada por el Comité de Bioética sobre determinadas cuestiones relativas a la interpretación del Convenio de Oviedo atinentes al alcance de su art. 7 que, como antes se indicó, señala que “la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso”. En particular, el Comité solicita al TEDH que se pronuncie sobre cuáles son “las condiciones de protección que permiten asegurar, sin discriminación, la integridad de la persona intervenida”.

Tras diferenciar los dictámenes consultivos del artículo 29 del Convenio de Oviedo de las opiniones consultivas consagradas en el Protocolo N°16 de la CEDH y advertir que, aunque el Comité de Bioética no lo señala expresamente, la consulta elevada está relacionada con la discusión acerca de la adopción del Protocolo, el TEDH se considera incompetente para realizar la interpretación que se le solicita. El TEDH entiende que los requisitos mínimos de protección en virtud del artículo 7 del Convenio de Oviedo no son susceptibles de precisarse más mediante una interpretación judicial abstracta, pues esta disposición refleja “una elección deliberada de dejar cierto margen de maniobra a los Estados Partes para determinar, con más detalle, las condiciones de protección aplicables en su derecho interno” y que en su caso su precisión y desarrollo entra en la función legislativa (ya en marcha con la iniciativa de adoptar el Protocolo) y no en su función judicial.

Finalmente, el Comité de Bioética se pronunció sobre el borrador de Protocolo Adicional del Convenio de Oviedo el 2 de noviembre de 2021. La mayoría de sus integrantes aprobaron la decisión de procedimiento de remitir el proyecto al Comité de ministros del Consejo de Europa (por 28 votos a favor, 7 abstenciones, entre ellas España, y 1 en contra). Durante la reunión el movimiento de la discapacidad volvió a mostrar su disconformidad con la adopción del Protocolo. Antes de que el Comité de

⁷⁴ Idem

ministros tome una decisión, el proyecto será examinado, de nuevo, por el Comité Directivo de Derechos Humanos y la Asamblea Parlamentaria.⁷⁵

1.6.- Las restricciones en el ordenamiento jurídico español

En España no existe una norma específica en materia de restricciones a nivel estatal. No obstante, es de interés reseñar la regulación constitucional y legal general y sectorial que incide sobre su adopción.

Una interpretación sistemática de las normas de la Constitución Española (arts. 1.1, 10.1, 14, 15 y 17) no parece dejar lugar a dudas respecto de la vulneración que suponen las restricciones. Ello deriva de: -el derecho a la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1.1 CE); de la dignidad de la persona y sus derechos, como fundamentos del orden político y de la paz social (art. 10.1 CE); del derecho fundamental a la vida, a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE); del derecho fundamental a la libertad física (art. 17 CE). Se suman a las normas citadas las directrices sobre las que han de actuar los Poderes Públicos en el ejercicio de sus competencias legislativas, ejecutivas y judiciales, como el art. 49 CE.⁷⁶

Ha expresado al Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología que “la ausencia de habilitación legal no puede validar jurídicamente el uso de sujeciones, puesto que las limitaciones a los derechos fundamentales, además de ser siempre interpretadas de modo restrictivo, exigen que la legitimación de su uso, en el ámbito personal que se establezca, nazca de su reconocimiento a través de una norma de rango de ley orgánica. La regla general es, por tanto, la prohibición. Y la excepción partirá de una expresa habilitación en situaciones para las que no exista una técnica mejor dentro de las disponibles”⁷⁷

Sumado al marco constitucional que sin duda protege a la persona de sufrir restricciones o afectaciones a su dignidad e integridad, cabe recordar que, en relación a España, en sus Observaciones Finales al segundo y tercer informe presentado por el Estado español (2019), el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reiteró su preocupación por que el “artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil siga permitiendo que las personas con discapacidad psicosocial o intelectual sean objeto de internamiento no voluntario en instituciones en las que pueden resultar privadas de su libertad y ser sometidas a tratamiento médico forzado y medidas de contención mecánica” y recomendó de nuevo la “revisión o derogación de todas las disposiciones legislativas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para prohibir el internamiento y el tratamiento forzados por motivos de discapacidad y garantizar que las disposiciones relativas a la salud mental tengan un enfoque basado en los derechos humanos”. Asimismo, el Comité mostró su inquietud porque “el escaso conocimiento por los profesionales de la salud de las obligaciones que dimanar de la Convención lleve a que el internamiento forzado y la contención por medios mecánicos se justifiquen erróneamente como medidas terapéuticas”, recomendando la impartición a los profesionales del sector de la salud mental de cursos de sensibilización y

⁷⁵ Idem, p. 87

⁷⁶ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Documento Técnico *Cuidado sin sujeciones* 2023, p. 35

⁷⁷ Idem, p. 37

capacitación sobre los derechos de las personas con discapacidad y las obligaciones dimanantes de la Convención, elaborados en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad”.

En relación con la aplicación del art. 15 de la CDPD el Comité también señala que el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente y el artículo 763 LEC permiten el empleo de medios de sujeción física, mecánica y farmacológica, en particular la medicación forzada, la sobremedicación, la terapia electro-convulsiva y otros tratamientos o el internamiento sin el consentimiento libre e informado de la persona y denuncia la falta de garantías en el consentimiento informado, el riesgo de que las personas internadas en instituciones, particularmente las personas con discapacidad intelectual, sufran malos tratos y vejaciones y la inexistencia en España de un mecanismo independiente de derechos humanos para supervisar los establecimientos de salud mental. En este punto, el Comité recomienda que se elimine el uso de medidas de restricción relacionadas con la discapacidad en todos los entornos; se asegure que se obtiene el consentimiento libre e informado de la persona interesada en todos los procedimientos y todas las etapas del sistema de salud mental; se tomen medidas inmediatas para que dejen de infligirse tratos crueles, inhumanos o degradantes a las personas con discapacidad; y que, con la participación activa y en igualdad de condiciones de las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial, cree un mecanismo independiente basado en los derechos humanos que supervise los centros y servicios de salud mental de todas las comunidades autónomas. Por lo que respecta al cumplimiento del art. 16 el Comité manifiesta, asimismo, su preocupación por las situaciones de violencia y abuso en instituciones, en particular en relación con las mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial, la falta de datos y la ausencia de estrategias de prevención y detección de casos de violencia de género en los centros de salud mental.⁷⁸

Por otro lado y como es sabido, los principios de la CDPD son recogidos en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, que en su art. 6 declara el respeto a la autonomía de las personas con discapacidad, recogándose el principio de libertad en la toma de decisiones para lo cual la información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados y de acuerdo con las circunstancias personales, siguiendo las pautas marcadas por el principio de diseño universal, debiendo asegurarse además la prestación de apoyo para la toma de decisiones.⁷⁹

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, regula el consentimiento informado exigido en toda actuación en el ámbito de la salud y que requiere el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada una vez que se le ha informado oportunamente, anunciando que para la aplicación de una sujeción será imprescindible la prestación del consentimiento informado por el paciente o, en su caso, por su representante legal. No obstante, el apartado 6 del art. 9 establece que las y los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias para la salvaguarda de la vida o la salud del paciente cuando el consentimiento haya de ser

⁷⁸ Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Documento Técnico Cuidado sin sujeciones 2023, Capítulo 5

⁷⁹ Idem

prestado por el representante legal, este no lo haga y por motivos de urgencia no pueda recabarse la autorización judicial.⁸⁰

Por su parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, centraliza la promoción de la autonomía como uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados, tal y como consta en su preámbulo, imponiendo una serie de exigencias a las Administraciones Públicas en orden a elaborar planes de acción para las personas con discapacidad y para las personas mayores. Prevé la creación de un sistema de autonomía y atención a la dependencia en el que colaboren y participen todas las Administraciones Públicas, reconociendo en su art. 4.a) el derecho a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales con pleno derecho a su dignidad e intimidad, y en la letra g) el derecho a decidir sobre su ingreso en un centro residencial.⁸¹

La LO 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, introdujo en la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (en adelante LOPJM), una reglamentación de esta materia referida a los centros de protección específicos de menores considerados “con problemas de conducta”. En esta regulación se preveía su exclusiva finalidad educativa y los principios a que debía responder su uso: excepcionalidad, necesidad, proporcionalidad, provisionalidad y prohibición del exceso, aplicándose con la mínima intensidad posible y por el tiempo estrictamente necesario, siempre con el respeto debido a la dignidad, privacidad y a los derechos del menor.

La reforma llevada a cabo por la LO 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia, reitera dichos principios, pero imprime una mayor restricción en la utilización de las medidas de seguridad, con prohibición expresa de la contención mecánica, consistente en la sujeción de una persona menor de edad a una cama articulada o a un objeto fijo o anclado a las instalaciones o a objetos muebles (art. 21 *ter* LOPJM). La nueva regulación parte de la prioridad de las medidas de carácter preventivo y de desescalada (técnicas verbales de gestión emocional), quedando como último recurso excepcional las medidas de contención física de niños y niñas que deberán ejecutarse bajo los principios rectores de excepcionalidad, mínima intensidad posible y tiempo estrictamente necesario, y se llevarán a cabo con el respeto debido a la dignidad, a la privacidad y a los derechos de la persona menor de edad. Los arts. 27 a 29 detallan dichos principios generales subrayando la necesidad de motivación de su adopción por la dirección del centro, así como los supuestos de aplicación (como último recurso) y la exigencia de documentación de su uso en el libro registro de incidencias. Las medidas se adoptarán por el tiempo mínimo imprescindible, exigiendo acompañamiento continuo o supervisión de manera permanente por un educador u otro profesional del equipo educativo o técnico del centro y notificadas inmediatamente a la entidad pública y al Ministerio Fiscal. La Fiscalía General del Estado ha expresado su que los principios generales que la inspiran pueden predicarse de cualquier contención utilizada en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios, e inspirar el desarrollo de los protocolos que regulen su aplicación práctica. Excepcionalidad, individualización, necesidad, proporcionalidad, idoneidad,

⁸⁰ Ibidem

⁸¹ Ibidem

graduación, mínima intensidad posible, tiempo estrictamente necesario y transparencia deberán regir la actuación de los profesionales de estos centros cuando sea necesario adoptar tales medidas, debiéndose llevar a cabo con el respeto debido a la dignidad, a la privacidad y a los derechos de la persona.⁸²

Si bien excede el plano netamente normativo, el año 2016, el Comité de Bioética de España, elaboró una serie de Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.⁸³ Allí se refleja que:

“1. El uso de contenciones en España es más frecuente que en los países de nuestro entorno. A fin de disminuir su prevalencia y que sólo se instauren las imprescindibles, antes de llegar a indicar las contenciones se deben buscar alternativas. 2. La indicación y el procedimiento de instauración de las contenciones, así como su supervisión, han de estar debidamente protocolizados y dichos protocolos deben evaluarse periódicamente, siendo recomendable para ello la participación de los Comités de Ética. 3. En relación con la prescripción de las contenciones, en el momento actual es competencia exclusiva del facultativo, tanto físicas como farmacológicas. No obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible. 4. Ante las circunstancias en las que se encuentran las personas a las que se les indica una contención, debemos ser exigentes en la humanización de su atención, de forma que cuidar no pueda ser sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros. De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y con el reconocimiento de los derechos de los pacientes y usuarios, es preciso que la asistencia se dé con humanidad y con compasión. 5. La aplicación de una medida de sujeción no puede conducir a la discriminación de la persona por parte del personal que la atiende. Al contrario, precisamente por la situación en la que se encuentra, la persona deberá ser tratada con la máxima consideración y respeto. 6. Las contenciones se aplicarán sólo el tiempo estrictamente necesario, y siempre se hará de forma proporcional, garantizando el bienestar de la persona contenida y con las precauciones necesarias para causarle el mínimo daño. 7. La indicación, el uso y el tipo de contención habrán de ser registrados siempre en la historia clínica o documento equivalente. 8. Ante una muerte o una lesión grave producido en el contexto de una contención, la organización debe realizar un análisis sistemático, integral e inmediato a fin de dar una respuesta con propuestas de cambio en los protocolos de actuación. 9. Cualquier contención, como intervención médica que es, exige siempre el consentimiento previo del paciente, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública o que nos hallemos ante una urgencia vital y, además, simultáneamente, se dé la circunstancia de que el paciente no esté en condiciones de poder tomar decisiones. Fuera de estos supuestos la intervención debe ser consentida por el paciente, o en caso de incapacidad debe de ser prestado consentimiento por representación. 10. La prestación del consentimiento por representación se hará siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud. 11. El consentimiento informado de una contención debe ser, en todo caso, por escrito cuando vaya a utilizarse más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente,

⁸² Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, BOE-A-2022-222, p.7

⁸³ COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, *Informe sobre contenciones*, 2016.

por considerar que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de previsible y notoria repercusión sobre la salud del paciente y atentan contra derechos fundamentales de las personas como la libertad, y contra principios y valores como la dignidad y la autoestima, entrañando, además, riesgos físicos y psíquicos. 12. El consentimiento informado debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, no considerándose válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo. 13. En los casos excepcionales en los que no se exige consentimiento previo, se solicitará con la mayor celeridad posible el consentimiento si esta medida debiera persistir en el tiempo, siendo obligatoria la comunicación judicial ante discrepancia o rechazo del paciente o de sus representantes legales, guardador de hecho o familiares, antes de llegar a dar un alta forzosa. 14. Pueden quedar exentas de solicitar inicialmente el consentimiento informado las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente, pero siempre que sea posible se debe informar a los familiares o acompañantes de la necesidad de aplicar esta medida, solicitando el consentimiento para la misma por escrito, y asegurando que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. 15. En el contexto de estos casos es frecuente los pacientes sean personas con discapacidad, por lo que se les ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del "diseño para todos" de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento. 16. Se deben desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación que promuevan el menor uso posible y adecuado de sujeciones como medida terapéutica que es y siempre como último recurso, dirigidas a la ciudadanía en general además de al conjunto de profesionales de los sistemas social y sanitario.”⁸⁴

Resulta asimismo de trascendencia asimismo por su especificidad, 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, que “*tiene por* objeto reforzar la atención, en el marco de la función tuitiva del Ministerio Fiscal, de las personas mayores y/o con discapacidad, en cuanto colectivos especialmente vulnerables, ante la necesidad de velar por el efectivo reconocimiento y salvaguarda de su dignidad, presupuesto para el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de todos los derechos y libertades que les son constitucionalmente reconocidos (art. 10 CE), en relación con el uso contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas a las que pueden verse sometidos”.⁸⁵ El Documento destaca la necesidad una reflexión sobre el recurso a la restricción como única vía para lograr el objetivo del control, protección y seguridad de la persona, primando la búsqueda de alternativas más respetuosas con la dignidad y la singularidad de cada individuo y con su salud.⁸⁶

La Instrucción asume que delimitar la dignidad humana puede considerarse comprometida o limitada ante la utilización de sujeciones físicas y/o farmacológicas. Por ello “se impone una actuación y valoración de las restricciones desde una mirada centrada en la dignidad de la persona en la medida en que esta puede verse gravemente

⁸⁴ Idem

⁸⁵ Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, BOE-A-2022-222, p.1

⁸⁶ Idem, p.2

afectada con estas prácticas cuando, ya sea por su finalidad o por su praxis, no se ajuste a los casos y a la forma exigible a esas restricciones, al incidir y limitar derechos fundamentales como la libertad, principio general que consagra la capacidad de autodeterminación o la autonomía para decidir conforme a sus intereses y preferencias (arts. 1.1 CE y 12 CDPCD); la integridad física y moral (arts. 15.1 CE, 17 CDPCD y 3 CEDH); la libertad física o deambulatoria (arts. 17.1 CE, 14 CDPC y 5.1 CEDH); la intimidad (arts. 18.1 CE y 8 CEDH); la protección a la salud (arts. 43 CE y 25 CDPCD) y la igualdad y no discriminación (arts. 14 CE, 5 CDPCD y 14 CEDH).⁸⁷

Un punto que merece ser destacado del documento es una toma de posición respecto de la aspiración de llegar a un sistema de sujeciones cero respecto de los colectivos involucrados, entre los que se encuentra el de personas con discapacidad con discapacidad en los internamientos involuntarios realizados en las unidades de salud mental y su empleo en los centros residenciales y/o sociosanitarios. Es para el “mientras tanto” que el documento pretende brindar herramientas para la supervisión y control. Así, la Resolución de Fiscalía expresa que “el *desiderátum* de llegar a un sistema de «sujeciones cero» dista aún de ser alcanzado, por lo que es preciso establecer, mientras pervivan, sistemas de supervisión y control en la utilización de estos recursos para garantizar el respeto a los derechos fundamentales de las personas afectadas, tarea a la que no puede ser ajena el Ministerio Público.”⁸⁸

En el marco de esa labor inspectora del Ministerio Fiscal a que hacen referencia los instrumentos reseñados debe incluirse la supervisión de la utilización de sujeciones en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios con el objeto de garantizar el pleno respeto a la dignidad y a los derechos constitucionales básicos de los usuarios y residentes y evitar desviaciones en el uso de tales medios.

Si bien existe una específica previsión legal de comunicación inmediata al Ministerio Fiscal de las sujeciones empleadas en centros de protección de menores (arts. 21 *ter* 6 y 28.3 LOPJM), la ausencia de una previsión legal en el contexto que analizamos sugiere que los centros y residencias no tienen obligación de comunicar al Ministerio Fiscal las decisiones concretas sobre utilización de sujeciones, con determinadas salvedades de las normativas autonómicas que no cuentan en este aspecto con un desarrollo armónico.⁸⁹

Como se verá en el siguiente apartado, en la Comunidad Foral Navarra se prevé la comunicación al fiscal de las sujeciones aplicadas sin prescripción facultativa, que a su vez solo pueden aplicarse para evitar daños graves, de forma inminente, a la propia persona o a terceros, en circunstancias de extraordinaria necesidad o urgencia (art. 15 del Decreto Foral 221/2011). Aún con mayor vocación de generalidad, en Canarias, el apartado segundo de la disposición adicional novena de la Ley 16/2019 establece que las actuaciones de restricción o sujeción física o farmacológica «se comunicarán al Ministerio Fiscal». Del mismo modo, en Cantabria, el art. 6 de la Ley 2/2007 dispone que la medida de contención «será puesta en conocimiento del Ministerio Fiscal en el plazo más breve de tiempo, en todo caso antes de las 24 horas de su inicio, debiendo informar sobre el riesgo para la integridad física a proteger, el tipo de sujeción y el tiempo previsto de aplicación». En Cataluña, para los supuestos en que se apliquen

⁸⁷ *Ibidem*, p. 2

⁸⁸ *Ibidem*, p. 4

⁸⁹ Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, BOE-A-2022-222, p. 15

contenciones sin prescripción facultativa por existir un peligro inminente para la seguridad física de los usuarios o de terceras personas, el art. 12.1 p) de la Ley 12/2007 prevé que «las actuaciones deben justificarse documentalmente, deben constar en el expediente del usuario o usuaria y deben comunicarse al Ministerio Fiscal, de acuerdo con lo establecido por la legislación». En la Comunidad Valenciana, el art. 10.1 de la Ley 3/2019 también prevé la comunicación al Ministerio Fiscal de la inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico aplicada sin prescripción facultativa en los casos de peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas.

Entre otras funciones, La Instrucción de la FGE núm. 4/2016 dispone igualmente que los/as Sres./as. Fiscales Delegados/as de las CC. AA prestarán especial atención a aquellas cuestiones –como las visitas de inspección– que exigen una actuación planificada y consensuada. En el curso de las inspecciones que los/as Sres./as. Fiscales realicen a los centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y de personas con discapacidad, así como a las unidades psiquiátricas, uno de los capítulos que necesariamente deberá ser supervisado es el relativo a la aplicación de sujeciones y, en el caso de que se apliquen, verificarán que concurren los presupuestos recogidos en el epígrafe 4 de la citada instrucción y concretamente comprobarán:

1.) Que existe una prescripción médica bien para su adopción inicial, bien mediante su ratificación por el titular médico con la mayor premura, en el caso de aplicación de urgencia y que se establezcan las pautas de vigilancia permanente de esa medida y el establecimiento de controles periódicos a fin de determinar su continuidad.
2.) Que el centro dispone de un protocolo para el uso de las sujeciones que prevea tanto la indicación, el procedimiento de instauración de las contenciones como su supervisión.

En aras a promover un modelo respetuoso con la dignidad de la persona, centrado en ella y libre de sujeciones, sin perjuicio de que no sea el principal objetivo de las inspecciones y visitas a los centros y siempre que ello fuera posible, los/as Sres./as. Fiscales recogerán en sus actas:

i) La disponibilidad de medidas y actividades preventivas, cuidadoras, o rehabilitadoras, orientadas a procurar bienestar a la persona que disipan o disminuyen la incidencia del recurso a la contención y que mejoran la calidad de vida de la persona. ii) La existencia de planes específicos de mejora de la utilización de contenciones o plan de centro de eliminación. iii) Las actividades desarrolladas o programadas para la formación y sensibilización del personal encargado de aplicarlas. iv) La conformación de grupos multidisciplinares, con intervención de todos los profesionales involucrados, de la persona y de la figura de apoyo, así como de sus familiares, sería un modelo a tomar en cuenta para mayor garantía de los derechos humanos comprometidos. v) La realización de análisis integral de cualquier incidente grave (daño o muerte) producido por una contención, a modo de «evento centinela», como parte de una práctica de mejora progresiva en las prácticas y en la organización (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*).

El Documento culmina con una serie de conclusiones aplicables en la materia. Estas son:

“1.ª En el marco de la función tuitiva que el Ministerio Fiscal ostenta respecto de las personas mayores y/o con discapacidad, los/as Sres./as. Fiscales velarán por el efectivo reconocimiento y salvaguarda de su dignidad en relación con el uso

contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas a las que puedan verse sometidos. 2.^a Los principios básicos que han de orientar la utilización de contenciones en unidades psiquiátricas o de salud mental y en centros residenciales y/o sociosanitarios serán los de cuidado, excepcionalidad, necesidad apreciada por prescripción facultativa, proporcionalidad, provisionalidad y prohibición de exceso, constituyendo el reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona el eje vertebrador en la interpretación de toda esta materia. 3.^a En el curso de las inspecciones que realicen a unidades psiquiátricas o de salud mental y en centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, los/as Sres./as. Fiscales comprobarán la aplicación que haya podido efectuarse de medidas de contención conforme a las siguientes pautas:

i) Nadie debe ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin previa prescripción facultativa en cada caso, salvo que exista peligro inminente para la seguridad de la persona o de terceros. En este caso, lo acordará el profesional responsable conforme al protocolo correspondiente, sin perjuicio de la ratificación y/o rectificación posterior del titular.

ii) Para la aplicación de una contención será imprescindible la prestación de consentimiento informado por el paciente o, en su caso, por su representante legal, conforme a las previsiones de 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, con las excepciones previstas en la misma. El consentimiento informado deberá ser explícito para cada situación y para cada persona, y referido al momento en que se va a tomar la decisión, no siendo válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo.

iii) El centro debe disponer de un protocolo para el uso de las sujeciones que prevea tanto la indicación como el procedimiento de instauración de las contenciones y su supervisión. Deben establecerse pautas de vigilancia permanente de esa medida y el establecimiento de controles periódicos a fin de determinar su continuidad.

iv) La correcta documentación de la medida aplicada respecto de cada paciente, especificando la indicación, el uso y tipo de contención y su duración.”⁹⁰

La preocupación por restringir el uso de sujeciones ha llevado a que en la Orden del Ministerio de Sanidad SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, se incluya una previsión al respecto. En efecto, en el punto segundo apartado 8 se dispone que «el centro deberá atender especialmente, el mantenimiento en la zona de aislamiento que le corresponda a aquellas personas deambulantes o errantes, con trastorno neurocognitivo, de manera que se le permita deambular sin que le resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química».⁹¹

Cabe destacar asimismo el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia,⁹² que apuesta por la transformación y modernización del modelo de

⁹⁰ *Idem*, 20

⁹¹ *Idem*, p. 4

⁹² Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del

cuidados y apoyos con enfoque de derechos humanos; establece que cada persona tendrá un plan personal de atención y apoyos que recoja sus preferencias y su voluntad respecto a cómo quiere vivir; reconoce el derecho a una atención libre de sujeciones; restringe la construcción de nuevas macro-residencias, estableciendo un límite de 50 plazas en el caso de centros para personas con discapacidad; dispone la organización de los centros residenciales en unidades de convivencia lo más similares posible a los entornos domésticos, con espacios personalizados y amigables; promueve la participación de la familia en el proceso inicial de adaptación al centro y en los apoyos y cuidados; establece una proporción mínima de habitaciones individuales; promueve la ubicación de los centros en el entorno comunitario, y dispone que todos los centros deberán cumplir con la normativa vigente en materia de accesibilidad universal.⁹³

Sin embargo, en el Estudio SAAD se señala que hay algunos aspectos en los que este avance hacia una perspectiva más inclusiva de los centros residenciales podría haber sido mayor, como ocurre en el caso de los planes personales de atención y apoyos. A diferencia de lo que se establece sobre estos planes en los centros de día en el sentido de que “deberán contener actividades que sean no sólo significativas para las personas, sino que además contribuyan a su desarrollo personal, su participación y a mantener y mejorar su autonomía”, en los centros de atención residencial únicamente se ha optado por indicar que “también deberán orientarse a potenciar la participación de la persona en su entorno comunitario”

Asimismo, cabe destacar que el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura Español ha realizado diversas Recomendaciones y Sugerencias en varios centros visitados, además de una general desalentando a la aplicación de las contenciones, –para que se tomen medidas concretas para desalentar la aplicación de contenciones en las unidades de salud mental, centros residenciales y/o sociosanitarios, 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,⁹⁴ de acuerdo a los estándares internacionales en la materia y las pautas establecidas por la reciente Instrucción 1/2022, de 19 de enero, y de la Resolución de 28 de julio de 2022.⁹⁵

Comunidades autónomas

Las leyes de servicios sociales autonómicos han regulado mínimamente las restricciones (sin la existencia de un marco legal estatal previo). Así, caben destacar la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra Ley 2/2007,

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en su reunión extraordinaria de 28 de junio de 2022

⁹³RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio, MARBÁN GALLEGO, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022

⁹⁴ https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2023/06/Informe_2022_MNP.pdf

⁹⁵ En relación con la aplicación de las contenciones, el MNP viene constatando que la falta de personal es lo que a menudo motiva dicha práctica, además de concurrir la escasa formación del personal, hecho que ya se mencionaba el parágrafo 49 del informe del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura [CPT/Inf(2006)35part]. El MNP comparte el criterio del CPT y considera que las contenciones se están realizando en unas condiciones de supervisión insuficiente.

de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria. Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, del País Vasco. Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales inclusivos de Valencia. Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.⁹⁶

Haciendo un breve racconto histórico, puede advertirse que las primeras leyes reguladoras de los servicios sociales reconocían el derecho de las personas a no ser sometidas a ningún tipo de sujeción física o farmacológica sin prescripción facultativa y supervisión. Ello significaba que dichas leyes admitían plenamente el uso de sujeciones físicas y farmacológicas siempre que mediase prescripción facultativa y supervisión.⁹⁷ Se describe en el Documento sobre Cuidado sin Sujeciones, que en ese momento lo usual era que, por conveniencia organizativa del centro, se aplicaran sujeciones mecánicas sin prescripción facultativa alguna y muy escasamente supervisadas, la legislación no se planteó reconocer el derecho de la persona a que no se le aplicaran sujeciones por cuanto podían vulnerar derechos fundamentales, particularmente el derecho a la libertad, sino que centró su respuesta en garantizar que las sujeciones, sin regular las razones que podían legitimar su aplicación, estuviesen prescritas por profesional de la medicina. Se consideró que con esta garantía -prescripción médica y supervisión- se legitimaban las sujeciones y se eliminaría el maltrato, entonces bastante habitual.⁹⁸

En los años 2018 a 2021, con mayor conciencia respecto de la implicancia sobre los derechos fundamentales que se vulneraban -libertad, integridad física, etc.-, se aprecia una nueva posición por parte de algunas Comunidades Autónomas a la hora de acometer la regulación de las sujeciones en las leyes de servicios sociales. Ya no se trata de sentar una garantía dirigida al buen uso de las sujeciones -prescripción médica y supervisión-, sino de reconocer abiertamente el derecho de la persona a no ser objeto de sujeciones; legitimándose estas sólo en supuestos excepcionales. La idea no es aplicar sujeciones con prescripción médica, sino no aplicarlas. Buen ejemplo de la nueva filosofía son la modificación operada en el año 2018 en la Ley de Servicios Sociales de Cantabria (art. 6, letra s, según redacción dada por la Ley 11/2018), la nueva Ley de Servicios Sociales de Canarias de 2019 (artículo 11 y disposición adicional 1º de la Ley 16/2019, de 2 de mayo) y el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores del País Vasco (art. 34.2)⁹⁹.

Cabe destacar que este cambio de perspectiva respecto del uso de sujeciones no es unánime en todas las Comunidades Autónomas. Así, las nuevas leyes de servicios sociales de Valencia de 2019 (Ley 3/2019, de 18 de febrero, art. 10.2) y de Murcia de 2021 (Ley 3/2021, de 29 de julio, art. 108.1) siguen ancladas en planteamientos

⁹⁶ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Documento Técnico Cuidado sin sujeciones 2023, p. 29

⁹⁷ Idem, p. 30

⁹⁸ Ibidem, p. 31

⁹⁹ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Documento Técnico Cuidado sin sujeciones 2023, p. 31

tradicionales, es decir, consideran legítimo el uso de sujeciones siempre que medie prescripción médica y supervisión, que no se exige que sea médica.¹⁰⁰

Un aspecto importante de la nueva legislación, es que solo admite el uso de sujeciones en casos excepcionales de urgente necesidad, es la exigencia de comunicación inmediata al Ministerio Fiscal de la aplicación de sujeciones físicas o farmacológicas (así, Cantabria, Valencia, Canarias lo han incorporado en las modificaciones de 2018 y 2019). Las reglas hasta ahora, conforme disponen el resto de leyes de servicios sociales son: no es necesaria la comunicación al Ministerio Fiscal de aquellas que se hayan prescrito por facultativo y exista consentimiento informado y cuando se apliquen puntualmente en un episodio agudo (agitación, agresividad) y sin continuidad, y es necesaria la comunicación a la fiscalía cuando el afectado, sus familiares o representante legal discrepan de la aplicación y la sujeción haya de tener cierta continuidad.¹⁰¹

Ahora, a tenor de la dicción literal de los nuevos artículos de las citadas leyes aprobada en 2018 y 2019, la interpretación procedente es que en todos los casos en los que se apliquen sujeciones, que han de ser excepcionales -la urgente necesidad conlleva que rara vez se pueda obtener el consentimiento informado de la persona afectada o de sus familiares-, haya o no prescripción médica, siempre han de comunicarse al Ministerio Fiscal. La incorporación de la garantía de supervisión por el Ministerio Fiscal de la aplicación de una sujeción constituye, una garantía de seguimiento.

Se destaca en el Documento sobre Cuidados sin Sujeciones que otra novedad introducida por la Ley de Canarias es que, por primera vez, una ley de servicios sociales recoge expresamente en el precepto que regula el uso de sujeciones la necesidad de mediar siempre consentimiento informado, salvo en supuestos de urgente necesidad. Esto es, se trataría de garantizar a la persona usuaria el pleno respeto a su autonomía de la voluntad, de suerte que en el consentimiento informado que se realice se permita elegir al mismo entre la sujeción o la no sujeción con las mismas garantías de igual cuidado de su persona.

Las distintas normas autonómicas, salvo contada excepción, articulan un sistema que se ha denominado de “permisividad vigilada” respecto a las restricciones, que, por muy bienintencionados que sean sus objetivos, no ha conseguido proteger, potenciar y poner en valor el cuidado que no sujeta, sino que -más bien al contrario ha motivado a una cultura de su uso, convirtiéndose en la salvaguarda de los profesionales que sujetan, de manera que se les permite el uso de sujeción siempre que se realice acorde a lo dispuesto. Se afirma desde la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología que estas normas no han incentivado el no uso de restricciones, sino que se ha blindado de hecho la práctica de la contención, conduciendo, junto a otros factores (falta de formación del personal, adecuación de las instalaciones, etc.), a un uso excesivo y en ocasiones sin control.¹⁰²

Por excepción, a este mapa general, el Documento sobre Cuidado sin Sujeción cita algunas legislaciones autonómicas entre las que destacan la nueva ley de servicios sociales de Canarias de 2019 y la legislación al respecto de la Comunidad Autónoma de Cantabria: La letra s), del artículo 6º, de su Ley 2/2007, de Derechos y servicios sociales, en relación a los derechos específicos de las personas usuarias de centros de

¹⁰⁰ Idem, p. 32

¹⁰¹ Ibidem, p. 33

¹⁰² Ibidem, p. 38

servicios y atención diurna/nocturna y estancia residencial, establece el derecho de estos usuarios a no ser objeto de ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos. Si bien, contemplando una excepcionalidad, ya que, en tanto persista una urgente necesidad para la preservación de la integridad de la persona usuaria, sus cuidadores/as o de terceras personas, los centros y servicios podrán practicar medidas temporales de restricción física o intelectual, siempre con supervisión facultativa. El control de la excepción recae en el Ministerio Fiscal, a quien hay que poner en conocimiento la medida en el plazo más breve de tiempo, en todo caso antes de las 24 horas de su inicio, debiendo informar sobre el riesgo para la integridad física a proteger, el tipo de sujeción y el tiempo previsto de aplicación. Durante el tiempo de aplicación de la medida excepcional, que no excederá del necesario para la efectiva aplicación de medidas alternativas, las personas familiares serán periódicamente informadas sobre la misma y sus efectos sobre la persona usuaria.¹⁰³

Se ha destacado que “esta ambiciosa regulación de Cantabria, que proscribe el uso de sujeciones (como “regla general”), no ha visto aún su eficacia, puesto que la definitiva eliminación de sujeciones queda a expensas de lo establecido en disposiciones adicionales y transitorias de la propia disposición legal autonómica. Así, la efectividad de la eliminación de sujeciones en los centros y servicios de atención diurna/nocturna/ y de estancia residencial, se condiciona a la aprobación de un plan de cada centro de atención, conforme a los plazos, requisitos y procedimiento que se establezcan reglamentariamente, sin que este desarrollo reglamentario haya visto la luz a día de hoy, corriéndose el peligro de que, con el paso del tiempo sin el desarrollo normativo al que no se le ha puesto fecha, la eliminación de sujeciones sea un mero eufemismo”¹⁰⁴.

Ejemplos de buenas prácticas en el contexto del Estado español

Se describen en el estudio sobre el “Uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica en el Estado español” los siguientes resultados:

Obtención de un total de 14 respuestas, 7 institucionales a través de los responsables de Salud Mental de las Comunidades Autónomas y 7 de socios de la AEN.

Las Comunidades que han cumplimentado la información han sido: Andalucía, Canarias, Cataluña, La Rioja, Madrid y Navarra. Se han recibido ejemplos de buenas prácticas de socios de Andalucía, Navarra y Madrid

1. Estrategias para reducir el uso de la contención mecánica.

Se ha destacado –para mal- que algunas de las estrategias que se han recibido etiquetadas como “Estrategias para reducir el uso de la contención mecánica”, hayan sido los protocolos de contención mecánica de algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, La Rioja, Canarias, Cataluña en elaboración) o procedimiento de actuación ante un paciente agitado o procedimiento de inmovilización terapéutica. Quizá se considera que la existencia de un protocolo que con frecuencia recoge el abordaje verbal como parte de una estrategia de cuidados en una escalada de violencia puede reducir el uso de la contención mecánica. En todo caso, no se ha encontrado en estos protocolos

¹⁰³ Ibidem

¹⁰⁴ Ibidem

ninguna estrategia específica que permita afirmar lo anterior o medirlo. Destaca igualmente la manera de nombrar: quizá tenga alguna relevancia y algún efecto sobre el compromiso con la desaparición de esta práctica el que se nombre como contención mecánica o como inmovilización terapéutica. Desde el punto de vista de los autores, el eufemismo “inmovilización terapéutica” resta importancia a la coerción de esta práctica y alude a una supuesta ventaja terapéutica que no ha sido comprobada en ninguno de los estudios consultados. Así, puede desincentivar el interés en la investigación de prácticas alternativas que sean respetuosas con los derechos de las personas a las que atendemos en los recursos dedicados a la atención a la salud mental.

Se ha expresado que podría ser de utilidad la existencia de un protocolo autonómico que, de alguna manera, homogenice prácticas y sea un primer paso para trabajar en su reducción, como en Andalucía y La Rioja. En Madrid existe la obligación de renovar el de cada centro cada dos años y unas instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud (Resolución del Viceconsejero de Sanidad Y Director General Del Servicio Madrileño de Salud de 27 de enero de 2017). En Cataluña existe un protocolo de contención mecánica 0, actualmente, en fase de revisión y aprobación.

Dentro de una estrategia a medio-largo plazo que permita implantar medidas para reducir el uso de la CM y medirlo, dos comunidades autónomas tienen distinto grado de desarrollo de un sistema de registro autonómico del uso de la contención mecánica. Navarra está pilotando el suyo que espera tener operativo en el primer trimestre de 2018. Andalucía ha sido la primera comunidad en implantar un registro autonómico del uso de CM y ya puede presentar datos.

2.- Prevalencia y tipología de uso de restricciones en recursos de cuidado institucional (especialmente entornos residenciales)

2.1.- Prevalencia

En España no existen cifras globales exactas sobre el uso de prácticas restrictivas. Según la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores (CEOMA), se aprecia una gran variabilidad en el uso de restricciones físicas en las residencias geriátricas, desde un 7% hasta un 90%. Esta dispersión en los resultados se debe principalmente a la falta de una conceptualización común y a la diversidad del uso, dadas las diferentes características de las instituciones y de las personas que en ellas residen (con discapacidad mental, personas mayores con demencias avanzadas o con discapacidad intelectual o del desarrollo).¹⁰⁵ El Comité de Bioética de España plantea en un informe como: “España tiene comparativamente un porcentaje de uso de sujeciones muy superior al resto de países observados, llegando casi al 40%, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y otros países cuya prevalencia no llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón”¹⁰⁶

¹⁰⁵ PLENA INCLUSIÓN, Documento sobre *Propuestas para la reducción de restricciones en el apoyo a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en España*, p. 2

¹⁰⁶ COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, 2016

Otros estudios realizados, fundamentalmente en centros residenciales para personas mayores, permiten concluir que la prevalencia de utilización de restricciones físicas se sitúa entre un 10% y un 20%.¹⁰⁷

Según el estudio europeo EUNOMIA –European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice Project– un estudio prospectivo europeo transnacional y multicéntrico, financiado por la Comisión Europea y realizado en 13 centros de 11 países europeos, incluido España con dos centros, el Clínico de Granada y el Carlos Haya de Málaga, las razones más frecuentes para utilizar medidas coercitivas son la heteroagresividad (59%), el riesgo para la salud del paciente (27%), la autoagresividad (22%), la agresividad contra objetos (24%), la prevención de fugas (13%), y la incapacidad para cuidar de uno mismo (11%). Solo en los dispositivos del Reino Unido el personal de enfermería ordenaba con mayor frecuencia que los médicos las medidas coercitivas (59% vs. 40%). En general la orden se recogía por escrito, aunque en el Reino Unido una orden verbal era suficiente en un 28% de los casos y en Italia en un 48%. En general se informaba a casi todos los pacientes del motivo (98%) y del tipo de medida coercitiva utilizada (96%).

Dentro del estudio EUNOMIA, informan haber enviado en 2007 un cuestionario a las autoridades de las 17 comunidades autónomas para recoger datos acerca de las hospitalizaciones involuntarias. Solo respondieron 7. La frecuencia de las hospitalizaciones involuntarias y de la contención mecánica, esta última no regulada por ley, variaba mucho de una comunidad a otra. El motivo principal para la contención mecánica era “evitar riesgos para el paciente y para otros”, la orden la daban sobre todo los psiquiatras (48%) y la duración variaba entre 8 y 72 horas. En el mismo estudio, de los cuestionarios enviados a las UHP (198) sobre existencia y grado de cumplimiento de protocolos específicos contestó un 28%. Existían protocolos para los ingresos involuntarios (71,2%) medidas de coerción mecánica (88,5%) aislamiento (38,5%) y agitación psicomotriz (44,2%). Su cumplimiento se estimaba en un 65,3%, 77,0%, 30,8%, 33,3%. En ningún documento se definía qué se consideraba medida coercitiva, pero en los protocolos se mencionaba la sujeción (contención) mecánica, 82%, la sujeción física, 20%, terapia electroconvulsiva (TEC), 18%, la “inmovilización terapéutica”, 20%, el ingreso Involuntario, 72%, el ingreso involuntario + contención mecánica, 64%, el aislamiento, 32%, y la medicación forzada, 20%. La sujeción del paciente mediante elementos mecánicos (generalmente correas atadas a la cama), designada como tal sujeción, contención o inmovilización, era la medida de coerción más empleada, 94 por ciento.¹⁰⁸

2.2.- Interseccionalidades

Ha destacado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus Observaciones Finales la dimensión interseccional de las restricciones, al afectar especialmente y tener un impacto particularmente negativo en colectivos de personas con discapacidad en situación de especial vulnerabilidad como el de las niñas y niños

¹⁰⁷ PLENA INCLUSIÓN, Documento sobre *Propuestas para la reducción de restricciones en el apoyo a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en España*, p. 3

¹⁰⁸ Idem, p. 40

con discapacidad, las mujeres con discapacidad las personas mayores con discapacidad y las minorías raciales y étnicas con discapacidad.

Suma importancia adquiere la intersección de discapacidad con persona mayor, que se profundiza en personas mayores con demencia. Destaca el Documento elaborado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología que “las personas que más riesgo tienen de sufrir una sujeción son las personas con demencia, sobre todo porque se les quiere proteger para que no se caigan o porque son difíciles de manejar¹⁰⁹. Y que las sujeciones “pueden estar tapando la poca idoneidad de los centros para cuidar a pacientes con demencias avanzadas.”¹¹⁰

Asimismo, se han detectado desigualdades de género a la hora de aplicar medidas restrictivas. Un estudio desarrollado con datos de EUNOMIA encuentra que se utiliza más frecuentemente la medicación forzosa en mujeres y la contención física y el aislamiento en hombres (contención física más del doble que en mujeres, aislamiento ocho veces más, salvo en Inglaterra donde se las aislaba con más frecuencia, pero menos tiempo que los hombres).¹¹¹ Las personas autoras del estudio citado interpretan que se debe a modelos de conductas agresivas diferentes, agresividad de baja intensidad más frecuente en mujeres, y conductas agresivas más graves en hombres, junto con factores culturales. El equipo se sentía más amenazado por las conductas agresivas de los hombres que por las de las mujeres, y consideraban más inmediato y seguro el utilizar medidas físicas. Se apunta a un umbral más alto utilizado para las mujeres a la hora de utilizar medidas coercitivas, aunque la frecuencia de conductas agresivas fuera mayor en mujeres.¹¹²

En informes relativos a algunos países se ha destacado que los internamientos y medidas coercitivas afectan en mayor medida a mujeres. Y algunos Estados contienen en sus normativas o estrategias previsiones específicas sobre mujeres.¹¹³ En particular, casi la totalidad de la literatura que atiende a la opresión cruzada y las prácticas restrictivas en relación con las niñas y mujeres con discapacidad se refiere a las intervenciones relacionadas con la menstruación y la reproducción, en particular la esterilización forzada y la supresión menstrual. La literatura reconoce que la esterilización forzada se dirige predominantemente a niñas y mujeres, no a niños y hombres, aunque los hombres pueden estar sujetos a medicación antilibidinal y vasectomía.¹¹⁴ Un interesante estudio canadiense señala que las circunstancias en las que se puede utilizar la medicación antilibidinal contra hombres mayores de 18 años como práctica restrictiva regulada son mucho más limitadas que el uso de la supresión menstrual contra niñas y mujeres. La literatura también reconoce que, aunque los hombres pueden estar sujetos a medicación antilibidinal y vasectomía, la esterilización forzada se dirige predominantemente a niñas y mujeres. Por esta razón, se ha caracterizado la esterilización forzada como un ejemplo del poder de la medicina sobre

¹⁰⁹ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Documento Técnico *Cuidado sin sujeciones* 2023, p. 68

¹¹⁰ Idem, p. 58

¹¹¹ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, *Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental*, Cuadernos Técnicos 20, Madrid, 2018.

¹¹² Idem, p. 34

¹¹³ INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS “GREGORIO PECES-BARBA”, *Informe sobre Tratamientos e Ingresos Involuntarios*, 2022, p. 112

¹¹⁴ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, ya citado

las mujeres, reconociendo que esto se desarrolla de manera interseccional. De hecho, el poder y la discriminación pueden 'combinarse en detrimento de las mujeres que están marginadas por razones distintas al género', de modo que 'la esterilización involuntaria de mujeres con discapacidad es en parte una manifestación de la discriminación sistémica que sufren las personas con discapacidad. sufren en muchos aspectos de la vida y del control que la sociedad en general y la profesión médica ejercen específicamente sobre la vida de las personas con discapacidad'.¹¹⁵

Entre los factores sociales y culturales destaca el hecho que las niñas con discapacidad por su socialización diferencial están más expuestas a la violencia, violencia que puede ser específicamente ejercida sobre ellas en cuestiones relacionadas con falta de atención e higiene durante su menstruación, la anticoncepción forzada, el abuso sexual que es más frecuente en las niñas, el aborto coercitivo, la esterilización y la violencia de género.¹¹⁶

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha destacado cuales son las formas de violencia que sufren especialmente las mujeres con discapacidad o las niñas con discapacidad, señalando muchas formas de violencia contra las mujeres con discapacidad que vulneran el artículo 16 CDPD, y que pueden ser ejercidas contra las niñas. Lo mismo respecto a formas de violencia que constituyen tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.¹¹⁷ Ha exigido, en consonancia,

«La tipificación como delito de la violencia sexual contra las niñas y las mujeres con discapacidad; la prohibición de todas las formas de esterilización forzada, aborto forzado y control de la natalidad no consensuado; la prohibición de todas las formas de tratamiento médico forzado relacionado con el género y/o la discapacidad, y la adopción de todas las medidas legislativas adecuadas para proteger a las mujeres con discapacidad contra la discriminación;»¹¹⁸

Respecto de las personas LGTB+ con discapacidad y el uso de prácticas restrictivas, un estudio basado en los relatos de cuidadoras informales/familiares de personas adultas de comunidades LGTB+ que viven con condiciones mentales o experimentan una crisis de salud mental, destacó que los servicios de salud mental generaron más trauma a través de prácticas restrictivas, como órdenes de tratamiento obligatorio e inyecciones forzadas. Asimismo, se destaca la angustia de las personas queer y trans sujetas a respuestas coercitivas por parte de servicios de salud mental.¹¹⁹

Por otro lado, también debe destacarse la relevancia del heterosexismo en el uso de prácticas restrictivas. La selección del siguiente relato evidencia una restricción por la intersección con diversidad de orientación sexual.:

“Yo tengo a 2 personas que me dan mucha calda y tienen razón, (..)… Que estamos en ello, con razón, de asistente personal y de buscar espacios de vida independiente. Ellos son pareja, y no pueden estar juntos en la misma habitación en el centro, los tienen separados, o no pueden tener su espacio de intimidad. Es muy

¹¹⁵ Idem

¹¹⁶ ALONSO PARREÑO, María José, *La violencia contra las niñas y los niños con discapacidad en España. Situación Jurídica y Social. Estudio Integral*, Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2019, p. 58

¹¹⁷ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, en su *Observación General N° 3*, parr. 31 y 32

¹¹⁸ Idem, parr. 63

¹¹⁹ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023

doloroso, ¿eh? Yo sí lo puedo hacer, él porque esté en una silla de ruedas y los dos porque están en silla de ruedas y necesiten una alta intensidad de cuidado... No puedan vivir su amor de una manera normal como lo podemos vivir, eh... Yo que me puedo mover a mi casa, puedo estar con mi pareja. Y es doloroso, es doloroso. Te pongo un ejemplo y así... Y en ello estamos. Lo que pasa es que no es fácil el proceso, ¿eh? Lo que decimos, se necesita... aparte de que se regule, el apoyo económico. (...) Sí, un ejemplo de esta pareja, de ellos dos, que al final, que son pareja... Ellos son las dos personas homosexuales, no pueden estar compartiendo una habitación juntos en un centro institucionalizado.” EPD6-16.03-Autonómico

2.3.- Tipología

Existen muchas formas de clasificación de las restricciones, que identifican “tipos”. Volcamos en el texto algunas, que en esta instancia consideramos aportan un abordaje más completo.¹²⁰

Desde Plena Inclusión se está trabajando en la siguiente clasificación de prácticas restrictivas (por el momento en revisión):¹²¹

1. Prácticas restrictivas físicas o mecánicas, consistentes en el uso del contacto físico directo o de cualquier dispositivo físico o mecánico que privan a la(s) persona(s) de su libertad de movimiento, de parte o la totalidad de su cuerpo, incluyendo limitaciones en el acceso o permanencia en determinados espacios:

- 1.1. Contacto físico
- 1.2. Uso de barreras físicas
- 1.3. Contención con dispositivos

¹²⁰ No obstante, hay otras, como por ejemplo la -Clasificación de la Fundación Cuidados Dignos:

Sujeción: Se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo.

Restricción: Se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.

Consideramos que tanto las sujeciones como las restricciones se dividen en dos grupos, en función de su voluntariedad: - Voluntarias. - Involuntarias.

En el caso de la **Sujeción**, sea Voluntaria o Involuntaria, a su vez, se subdivide en dos subgrupos determinados por el **CARÁCTER** que se le da a ese elemento o **INTENCIONALIDAD** con la que la sujeción ha sido colocada.

Sujeciones con Carácter Restrictivo (Sujeciones Restrictivas): Cuando se utiliza con un carácter restrictivo, como elemento que la persona no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo.

Sujeciones con Carácter No Restrictivo: Cuando se utiliza sin carácter restrictivo, como elemento que permita a la persona mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible.

Tanto las Restricciones como las Sujeciones con Carácter Restrictivo, Voluntarias e Involuntarias, se dividen en Menor y Mayor en función de lo limitantes que puedan resultar para cada persona:

Menor: Se trata de Sujeciones o Restricciones menos restrictivas y limitantes que las Mayor.

Mayor: Se trata de Sujeciones o Restricciones mucho más restrictivas y limitantes que las Menor. (OJO da muchas más clasificaciones) “Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios, Basada en la CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECIONES la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos, sin fecha.

¹²¹ PLENA INCLUSIÓN E INICO (UNIVERSIDAD DE SALAMANCA), “Documento sobre Metodologías preventivas”, en elaboración (octubre 2023)

2. Prácticas restrictivas químicas o farmacológicas consistentes en el uso de fármacos o medicamentos (no justificados por un diagnóstico de enfermedad) y que privan a la(s) persona(s) de su libertad de movimiento, de parte o la totalidad de su cuerpo, o restringe determinados comportamientos.

3. Prácticas restrictivas estructurales: organizativas o familiares consistentes en el uso o aplicación de las normas con el fin de mantener una forma establecida de hacer las cosas por parte de una institución o espacio”:

3.1. Organización de los tiempos y las actividades

3.2. Manejo de información y posibilidades para la toma de decisiones.

3.3. Manejo del dinero y disposición de recursos.

3.4. Normas establecidas

4. Prácticas restrictivas relacionales consistentes en el uso o aplicación de formas de relación restrictivas que las y los profesionales o familia establecen con la(s) persona(s).

5. Prácticas restrictivas referidas a los contextos y los apoyos consistentes en restricciones derivadas de la falta de accesibilidad de un contexto en el que se desenvuelve(n) la(s) persona(s) y a la falta de los apoyos necesarios para participar de ese contexto.

Asimismo, el documento destaca que cualquiera de estas prácticas restrictivas puede valorarse tanto a nivel individual como grupal.

- **A nivel individual:** Se valoran las prácticas restrictivas en la vida de una persona concreta, con la participación de ésta y de otras personas pertenecientes a su círculo de apoyo, su familia u otras que estén vinculadas de alguna manera a su vida en los distintos contextos donde participa.

- **A nivel organizativo o grupal:** Se valoran aquellas prácticas restrictivas identificadas en el funcionamiento de una organización o servicio, que afectan de alguna manera a todas o a parte de las personas que reciben apoyo en los mismos, independientemente de la tipología del servicio. También podría entrar aquí, la valoración de las prácticas restrictivas relacionadas con un contexto donde participen un grupo de personas, aunque no esté relacionado con un servicio específico como, por ejemplo, determinadas actividades o contextos comunitarios.

No obstante, la sistematización descrita, resulta de importancia tener presente que el espectro de las medidas de restricción constituye un continuo de fenómenos que van desde las interacciones personales más sutiles hasta manifiestas demostraciones de fuerza. La restricción sutil se ejerce en el contexto de una relación interpersonal próxima e intensa, muchas veces por quienes están más cerca de la persona, en quienes la percepción de su autonomía es intuitiva y las intervenciones tienen carácter estratégico, utilizando procedimientos de negociación, persuasión y manipulación. Ascendiendo en la jerarquía, la noción de la “presión profesional” se concreta en una relación más asimétrica, en la que se producen una serie de intervenciones con fines prácticos basadas en la dependencia de la persona a la persona experta, quien expresa sus expectativas o demuestra su decepción.¹²²

Destaca Plena Inclusión que, al igual que sucede con la violencia machista, cuando desde los medios de comunicación se simplifica esta terrible realidad limitándose a hablar de las cifras de asesinatos de mujeres a manos de sus pajas o

¹²² ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, *Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción a las personas que utilizan los servicios de salud Mental*, ya citado.

exparejas, desde el movimiento que defiende la limitación de restricciones se alude al término “la punta del iceberg”.¹²³ Las restricciones físicas (uso de cinturones, retenciones a las camas, etc.) y las farmacológicas no son las herramientas más empleadas con las personas que presentan *problemas de conducta*.¹²⁴ Estos casos no deben ocultar otras prácticas invisibles:

“Nos preocupan otras limitaciones que no se ven y que son las que anulan la capacidad de tener una vida digna para las personas que las sufren”. En concreto, se refiere a la limitación de horarios o de acceso a partes de las instalaciones comunes. O, incluso, a la separación del resto del grupo de personas con las que comparten una residencia o un centro de día, impidiendo a quienes muestran *alteraciones* de conducta la posibilidad de participar en actividades que disfrutaban el resto de sus compañeros y compañeras.¹²⁵ En el mismo sentido se incluyen toda una serie de prácticas a menudo referidas como “restricciones menores”, por ejemplo cuando el personal controla el acceso a las habitaciones, las pertenencias personales o las actividades cotidianas. Estas restricciones, sin embargo, distan mucho de ser consideradas “menores” por las personas que las viven. El personal que ha aprendido a funcionar con tales prácticas restrictivas menores corre el riesgo de que estas se acumulen, entrando en una “espiral descendente. Esta acumulación puede pasar a componer culturas institucionales extremadamente restrictivas que llevan a las “culturas viciadas de apoyos”.¹²⁶

El siguiente relato ilustra con un ejemplo:

“...en la residencia, esto es de hace nada eh, es que en la residencia hay que estar a las diez, entonces no puedes salir de noche, en la verbena de los pueblos tu estas oyendo la fiesta ahí todo el mundo bailando, pero tú no puedes salir porque a las diez hay una... es una norma que dice que a las diez tú tienes que estar ¿no? Entonces, o sea hay muchas restricciones que no son las gordas que también limitan mucho la vida de las personas, pero las restricciones van en contra de los derechos de las personas y eso es..... bueno estamos trabajando a nivel legislativo ¿no? En este, en eliminar y en ver cómo la gente también aprendemos modelos de apoyo en lo que esto no es necesario. O si son necesarias tienen que justificarse muchísimo y explicar porque no hay una alternativa ¿no? O sea que puede ser que en un momento determinado a una persona haya que sujetarla, pero o sea ¿Por qué? O sea, yo creo que tendríamos que hacer mucho peso en que se justifique por qué hay que restringir ¿no? La libertad de una persona en un momento determinado, o sea eso hay que poder explicarlo mucho y muy bien, el por qué no hay una alternativa, lo que no puede ser es lo cotidiano ¿sabes? No puede ser lo cotidiano, claramente” (EPD29-06.06-Científica).

Otro relato evidencia algunas de estas cuestiones:

“Nosotros consideramos que las restricciones eran... atar a un chaval en la cama, por ejemplo, (...) Un chaval tenga problemas de conducta y que lo tengas que atar, o que, en algún momento dado, pues se des controle mucho, tenga algún brote psicótico incluso, y que tengas que (...) ponerle una inyección o alguna contención farmacológica. Pero la cosa fue un poco más allá cuando tuve... Estamos en el piloto

¹²³ CORRETTJÉ José Luis, *Stop a las restricciones*, Plena inclusión España, Publicado el 22 de marzo de 2023.

¹²⁴ No adherimos a esta terminología.

¹²⁵ CORRETTJÉ José Luis, *Stop a las restricciones*, Plena inclusión España, Publicado el 22 de marzo de 2023.

¹²⁶ PLENA INCLUSIÓN, Documento sobre *Propuestas para la reducción de restricciones en el apoyo a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en España*, cit., p. 17.

este y nos hablan que, por ejemplo, una restricción pues va a ser una camilla, algo que suponga impedir la movilidad de una persona, va a ser una restricción. Por ejemplo, otra restricción era, si tienes personas en silla de ruedas, que nosotros sí tenemos, si pones a esta persona delante de una mesa y la frenas ella no se va a mover, eso supone una restricción. Para nosotros eso es por seguridad, porque sabemos que no se va a mover, que no va a caer, entonces la persona que vino nos hablaba de que había que cambiar un poco la mentalidad, quizá correr riesgos o asumir riesgos, ver que las personas caen, ver que pueden pasar cosas para dejar esa libertad. Estamos en ello, lo vemos así así, lo vemos así así. Quizá tenemos la parte proteccionista también aún y nos cuesta un poco dejarla, porque parece que no pasa nada, bueno, la persona cae, yo caigo y todo el mundo cae, pero después resulta muy difícil explicar a una familia que su hijo cayó. (...) Entonces, bueno, como tenemos ese proteccionismo, nos cuesta un poquitín lo de restricciones, pero siempre entendimos, tanto ella como yo, qué restricciones eran, restricciones mecánicas, quizás lo bestia, o en un brote vamos a poner la inyección, dar una pastilla, pero no, hay muchas restricciones del día a día que estamos empezando a ver ahora. Hicimos solo una sesión.” (EPD17-24.04-Tercer Sector).

Nos adentramos así en el concepto de *Blanket Restrictions*. La Red Europea de Reducción de Restricciones aporta la categorización de *Blanket Restrictions* (que en este documento traduciremos, provisoriamente, como restricciones sábana o manta). Las restricciones sábana o manta son reglas o políticas generales, que restringen la libertad, que se aplican de forma rutinaria a todas las personas o a determinada clase de personas, (o dentro de un servicio), sin evaluación de riesgos individuales que justifiquen su aplicación. En este último sentido, la evaluación de riesgo debe ser individual y debe tener en cuenta las necesidades y circunstancias de cada persona –un traje a medida-. Y no olvidarse que la restricción en sí mismo implica un riesgo –una vulneración de derechos, un abuso y maltrato.

En principio pueden distinguirse dos tipos de restricciones sábana o manta:

- Restricciones generales necesarias para cumplir con orientaciones o legislación nacional (por ejemplo, no fumar, no portar armas, redes sociales, drogas, alcohol)

- Restricciones generales implementadas dentro de entornos individuales (por ejemplo, horarios de comidas, hora de acostarse, acceso restringido al aire libre, posesiones o determinadas áreas como la cocina o los dormitorios).

Suelen justificarse en razones de salud y seguridad, pero generalmente están pensadas en beneficio de la institución. Y al formar parte del tejido y la cultura de algunos lugares, en general las restricciones sábana o manta no se cuestionan. Son reglas que se aplican de manera general sin respetar necesidades o riesgos individuales. Son difíciles de identificar y asimismo de modificar.

Las restricciones sábana o manta actúan en forma de “gota a gota”, pero tienen un impacto devastador en la calidad de vida de las personas. Crean un círculo vicioso cuando generan frustración y reacción por parte de las personas que las sufren, cuya respuesta suele generar una restricción mayor como una inmovilización, sujeción, etc. Es por ello que la eliminación de restricciones sábana o manta puede asimismo prevenir la utilización de otro tipo de restricciones (como por ejemplo sujeciones) al brindar a la persona la posibilidad de desarrollar un papel significativo y activo en su vida cotidiana.

Resulta importante poner la mirada en ese efecto espiral descrito anteriormente, capaz de indicar dónde comienza la implementación de una medida de restricción, pero

no hasta dónde puede llegar. Asimismo, resulta interesante pensar que hablar de reglas generales es explicitar el principio de despersonalización de las instituciones y su carácter totalizador. Es decir, son medidas a favor de la institución y no de la persona.

3.- Análisis de alternativas al uso de restricciones en otros países

SI bien no se ha podido identificar un país en el que rija el principio de “restricciones cero”, es posible destacar algunas experiencias que se han venido llevando adelante con el propósito de su limitación o eliminación. En este contexto, cabe destacar:

ITALIA Unidades psiquiátricas de hospitales generales SPDC (Servizi psiquiatrici di Diagnosi e Cura) Los SPDC se establecieron en 1978 durante el proceso de desinstitucionalización en Italia por la misma ley que ordenó el cierre de los hospitales psiquiátricos a nivel nacional, dando así un fuerte mensaje sobre la transición del centro de gravedad de los servicios del hospital a la comunidad y un paradigma social más que médico. Los SPDC son unidades psiquiátricas de hospitales generales destinadas a acoger a personas en estado crítico, tanto voluntarias como involuntarias, cuando el apoyo de los servicios comunitarios ha sido infructuoso.

Hay SPDC que tienen pabellones completamente abiertos y que han abandonado el uso de la contención durante muchos años ('SPDC sin contención'), mientras que otros SPDC todavía tienen pabellones cerrados y pretenden reducir o eliminar la contención. Los SPDC sin restricciones se basan en una política de puertas abiertas y respeto a los derechos, la libertad y la dignidad de las personas. El programa se basa en el diálogo y en estimular a las personas a asumir la responsabilidad de su recuperación. Convertirse en un SPDC sin restricciones es un proceso largo, que requiere educación y nuevas habilidades para los profesionales de la salud mental, pero también nuevas actitudes hacia las personas con problemas de salud mental en la comunidad en general. La apertura, la confianza y la cooperación con las personas tanto dentro como fuera del hospital son esenciales. El SPDC sin restricciones involucra una gran red de organizaciones y servicios tanto a nivel hospitalario como comunitario, como organizaciones de usuarios y familiares, autoridades locales y los sistemas de policía y justicia.

REINO UNIDO (UK) El proyecto No Force First funciona a partir del entendimiento de que la recuperación efectiva para las personas que reciben servicios requiere permitir la elección y la autodeterminación de las personas. Dentro de este contexto, se entiende que cualquier forma de fuerza o coacción en última instancia socava la recuperación de la persona. Los estudios del enfoque No Force First han demostrado reducciones en el aislamiento y la restricción física y química tanto en las salas de salud mental general, los servicios de crisis de salud mental y las salas de salud mental forense. El enfoque No Force First también se ha utilizado en el contexto de las salas de discapacidad de aprendizaje forense con cierto éxito.¹²⁷ La iniciativa tiene como objetivo cambiar las culturas de las salas de contención a recuperación y, en

¹²⁷ UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, The University of Melbourne, University of Technology, Sydney University, July 2023, p. 12

última instancia, crear entornos libres de coerción. Este enfoque, que proviene de los Estados Unidos, está siendo adoptado por algunos fideicomisos de salud mental con sede en el Reino Unido. La idea subyacente es que 'no existe tal cosa como una recuperación forzada'.

La política 'No Force First' tiene como objetivo crear entornos libres de coerción a través de las siguientes premisas: - promover la colaboración entre personas usuarias y personal para que las salas estén más centradas en la recuperación; - desarrollar programas de formación en colaboración con las usuarias y promover la formación en técnicas de desescalada; - desarrollar una cultura cooperativa, en lugar de una cultura restrictiva, para reducir los incidentes de agresión, autolesión e intervención física; - desarrollar una comprensión más profunda de las personas usuarias para ver sus experiencias de una manera empática e informada sobre el trauma, y trabajar en conjunto para desarrollar la resiliencia; - incluir las experiencias de las usuarias del servicio y participar en el trabajo de coproducción; - sensibilización de personas usuarias y familiares; v registro de datos sobre el uso de la coerción y análisis inmediato después de un incidente. El Fideicomiso de la Fundación UK Mersey Care NHS utilizó la política 'No Force First' junto con otras iniciativas y registró una reducción de aproximadamente el 60% en el uso de intervenciones físicas durante los primeros dos años de implementación. Luego, el enfoque se implementó en todos los distritos del Trust y, entre abril de 2016 y agosto de 2017, hubo una reducción del 37 % en el uso de la restricción, así como una reducción de las bajas por enfermedad y la rotación del personal.

SUECIA El Programa Sueco de Defensoría del Pueblo Personal ' Personligt defensor del pueblo Skane ' o 'PO' es un programa iniciado en 1995 por personas con discapacidades psicosociales, como un 'Servicio controlado por el Usuario con Agentes Personales'. El objetivo es facilitar la toma de decisiones de las personas con discapacidad psicosocial y en situación de vulnerabilidad a la hora de recibir el apoyo que necesitan de las administraciones públicas y los servicios sociales. El Defensor del Pueblo es una persona profesional altamente calificada, generalmente un abogado o trabajador social que trabaja solo para su cliente y no trabaja en alianza con los servicios sociales o psiquiátricos o cualquier otra autoridad, ni con los familiares del cliente o cualquier otra persona. La Defensoría del Pueblo dedica gran atención y tiempo a generar confianza y a garantizar que estas personas reciban la ayuda y los servicios a los que tienen derecho y que desean. Se considera un modelo adecuado para la toma de decisiones asistida por el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que el Defensor del Pueblo permite a las personas tomar y comunicar decisiones sobre asuntos personales o jurídicos. Como tal, la Defensoría del Pueblo Personal es una forma de limitar las prácticas coercitivas y reducir el número de crisis de salud mental. Desde el año 2000, el sistema de PO se ha ampliado a todo el país. Aunque todavía no hay evidencia disponible sobre su impacto en la coerción, una evaluación del programa realizada por el gobierno durante cinco años ha demostrado que el esquema es menos costoso en términos socioeconómicos, ya que las personas con apoyo de PO rápidamente se vuelven menos dependientes de los servicios psiquiátricos, brinda les da más control sobre sus vidas, y su situación psicosocial mejora. Como resultado, la Junta Nacional de Salud y Bienestar comenzó a promover el PO como una nueva profesión social, y en 2013 entró en vigor una nueva regulación que estableció el financiamiento

permanente del sistema de PO. El sistema ha recibido gran interés e inspirado servicios de extensión en otros países. Planificación Anticipada Planificación Anticipada, a través de directivas anticipadas o declaraciones anticipadas, significa que una persona toma decisiones diseñadas de antemano para sí misma o para dirigir a otros, particularmente durante tiempos de crisis. La planificación anticipada puede relacionarse con preferencias de tratamiento, información sobre reacciones adversas a medicamentos anteriores y cualquier otra información, como a quién contactar o no contactar. Puede ayudar a respetar la voluntad y preferencias de la persona. Un tipo formal de planificación anticipada es el acuerdo de representación, a través del cual la persona designa a otra persona para que la asista en caso de una crisis futura. Un tipo informal de planificación anticipada es el plan de crisis conjunto, que consiste en un plan formulado por el usuario, junto con profesionales de la salud, una persona de confianza, compañeros o familiares, si así lo desea o requiere. El plan contiene declaraciones anticipadas de preferencias de atención en caso de una futura recaída.

Suecia- To Come to One's Own Rights. Se trata de un Proyecto de empoderamiento que comenzó en un hospital y se extiende a la comunidad mediante la organización de actividades como talleres, foros de discusión y picnic. El objetivo es eliminar camas de sujeción, implementar cuidados centrados a la persona y orientados a la recuperación y promover servicios en la comunidad que respeten los derechos humanos (Mental Health Europe). **Suecia- Personal Ombudsmen.** Es una figura de apoyo que contacta con las personas con discapacidad mental y psicosocial abriendo canales de comunicación. Ayuda a resolver conflictos pendientes (con el vecindario, la familia, el psiquiatra y los servicios sociales). Se ubica en los servicios sociales municipales

En **Moldavia** se confía la supervisión especialmente a la defensoría Pueblo, también se prevén recursos judiciales, y se permite que asociaciones puedan realizar visitas a los centros. En **Moldavia** hay directrices nacionales a partir de las cuales se aprueban directrices internas de los hospitales, en ellas se permiten también medios químicos y medicación farmacológica.

Islandia, donde no hay regulación de las medidas de contención, sino que se realizan aproximaciones de desescalada para aliviar situaciones de crisis y cuando esto no es suficiente se llama a la policía; no se aplica nunca la contención mecánica ni el aislamiento, y la contención química se utiliza únicamente como último recurso.

En **Países Bajos** las medidas coercitivas se incluyen entre las formas de cuidados involuntarios, y también es regulada la posibilidad de que sean aplicadas en el hogar; el recurso frecuente a las medidas coercitivas dio lugar a la elaboración de planes de reducción de su aplicación. En los **Países Bajos**, además del Comité de Quejas Independiente y la persona de confianza, hay toda una serie de figuras que intervienen en relación con distintos aspectos del internamiento: la coordinación de atención, que es responsable de la atención médica obligatoria y quien la coordina, actúa siempre bajo el principio de la medida menos restrictiva.

En **Finlandia** se menciona expresamente que las medidas restrictivas deben adoptarse con respeto a la dignidad de la persona bajo cuidado especial, con la mayor seguridad posible y atendiendo sus necesidades básicas y ha de suspenderse tan pronto como ya no sea necesaria o si pone en peligro la salud o la seguridad de la persona en cuidados especiales. También en Finlandia se detallan las medidas que es posible adoptar y sus condiciones, incluso las relativas a la utilización de ‘dispositivos o

accesorios restrictivos de la vida diaria', que se admiten en caso de que exista peligro para la seguridad o salud de la persona bajo cuidados especiales¹²⁸.

En **Hungría** se prohíben las medidas restrictivas que impliquen tortura o tengan carácter cruel inhumano, degradante o punitivo y la medida sólo puede durar mientras exista el motivo que la justifique. En este país los proveedores de servicios sociales han de establecer la política detallada sobre la aplicación de medidas restrictivas.¹²⁹

Irlanda, la Comisión de Salud Mental ha preparado un Código de Práctica sobre el uso de las Contenciones Físicas y una guía sobre procedimientos de contención para proveedores de servicios residenciales para personas adultas y niños con discapacidad.¹³⁰

En **Francia**, las medidas coercitivas se controlan mediante su inscripción en un Registro. En **Malta**, el uso de medidas restrictivas requiere autorización por parte del Comisionado de Salud Mental. En **Alemania**, la posibilidad de aplicar medidas coercitivas está sujeta a autorización judicial y en **Suiza** a control judicial.¹³¹

Las 'Seis estrategias básicas para reducir el aislamiento y el uso de restricciones' de EE. UU.

Las 'Seis estrategias básicas para reducir la reclusión y el uso de restricciones' es un marco de alto nivel desarrollado por la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (NASMPHD) en 2006. La NASMPHD representa los 50 estados de los EE. UU., así como 6 territorios y jurisdicciones del Pacífico y el Distrito de Columbia. Proponen un enfoque de los servicios basado en el trauma y se pueden resumir en: 1. Liderazgo hacia el cambio organizacional; 2. Uso de datos para informar la práctica; 3. Desarrollo de la fuerza laboral; 4. Uso de herramientas de prevención de reclusión y restricción; 5. Roles de consumidores en entornos de hospitalización; 6. Técnicas de debriefing¹³²

Las Seis Estrategias Básicas se implementaron, o se recomendó implementar, en una variedad de jurisdicciones, incluidas Nueva Zelanda, el Reino Unido y Australia. Un estudio canadiense de 2014 en el contexto de una organización especializada en salud mental encontró una disminución del 19,7 por ciento en el número total de incidentes de restricción. Esta disminución se debió principalmente a una disminución del 28,3 % en los incidentes de reclusión posteriores a la implementación de las Estrategias. De manera similar, una versión adaptada de las Six Core Strategies en el Reino Unido condujo a una reducción promedio de la restricción del 22 por ciento en las salas de salud mental para adultos. En el estado estadounidense de Nueva York, un estudio de tres sitios mostró una disminución de entre el 62 % y el 86 % en el número de incidentes por 1000 días-cliente.¹³³ También se encontró una tendencia a la baja en el uso de la restricción y el aislamiento en el contexto de un hospital psiquiátrico para niños y adolescentes en los EE. UU. Las Seis Estrategias Básicas también se han propuesto como apropiadas para su uso en el contexto de organizaciones que trabajan con personas con lesiones cerebrales adquiridas.¹³⁴

¹²⁸ INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS "GREGORIO PECES-BARBA", *Informe sobre Tratamientos e Ingresos Involuntarios*, 2022, p. 115

¹²⁹ Idem

¹³⁰ Idem, p. 116

¹³¹ Ibidem

¹³² UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, ya citado, p.229

¹³³ Idem, p.230

¹³⁴ Ibidem

El ' Modelo Safewards ' de Inglaterra

Safewards es un modelo clínico para la gestión de conflictos en entornos de salud mental. Se desarrolló originalmente en Inglaterra como una herramienta para crear un entorno más seguro tanto para el personal como para los pacientes. Si bien incluye la consideración del uso de prácticas restrictivas, tiene un enfoque más amplio en la comprensión del conflicto, sus causas y las respuestas del personal.¹³⁵

Bajo el Modelo Safewards, se entiende que el conflicto comienza dentro de un 'dominio de origen'. Hay seis dominios de origen identificados: paciente, comunidad, características del paciente, marco regulatorio, equipo de personal y entorno físico. Dentro de estos dominios de origen, hay desencadenantes potenciales para el 'conflicto'. Según el Modelo, estos factores desencadenantes, o "puntos de inflamación", se entienden mejor como "situaciones sociales y psicológicas que surgen de las características de los dominios de origen, que señalan y proceden a comportamientos de conflicto inminente". Desde este modelo se reconoce que una medida de contención, como el uso de restricción química o reclusión, también actúa como un "punto de inflamación" potencial, es decir, como algo que señala y procede a comportamientos de conflicto percibidos inminentes.¹³⁶

El modelo Safewards ha mostrado algunos efectos positivos en el contexto de los entornos generales de salud mental. Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorizado pragmático por conglomerados con 15 hospitales psiquiátricos y 31 pabellones observó una reducción del 15 % en los "eventos de conflicto", y la tasa de contención se redujo en un 26,4 % después de la implementación del Modelo. De manera similar, un análisis de series temporales interrumpidas del modelo Safewards en el sur de Dinamarca para el período de 2012 a 2017 encontró una disminución del 2 % en las medidas coercitivas por trimestre y una disminución del 11 % en la sedación forzada por trimestre.¹³⁷

4.- Recomendaciones de medidas para el cambio

Dentro de las medidas a adoptar para eliminar las restricciones, es importante poner el acento en los siguientes ámbitos: enfoques y modelos de servicios desde modelo social; toma de conciencia; educación e investigación desde los derechos humanos y con mirada interdisciplinaria e interseccional, Participación de personas con discapacidad (a nivel macro y micro), política pública y acceso a la justicia con perspectiva de discapacidad y enfoque de derechos humanos, reforma de legislación pendiente a la luz de la CDPD, Planes de apoyos centrados en la persona, técnicas de debriefing (entre otras).

1. Medidas para el cambio de enfoques y modelos de servicios

a. Cambio de paradigma

Como se ha mencionado, las restricciones son una herramienta propia del paradigma médico-rehabilitador de abordaje de la discapacidad, que se justifican dentro de un modelo sustitutivo en materia de toma de decisiones y capacidad jurídica. La

¹³⁵ Ibidem, p. 232

¹³⁶ Ibidem, p.233

¹³⁷ Ibidem, p.235

persona con discapacidad es objeto de protección y quién decide lo hace desde una experticia o indicación profesional o situación de poder, y conforme a parámetros objetivos que apuntan a su mejor interés. Por el contrario, el modelo social de discapacidad exige un modelo de apoyos para que la persona –sujeto de derecho- pueda tomar sus propias decisiones en base a criterios subjetivos, preferencias, gustos, e incluso dudas o errores, que conforman su identidad única y singular. El modelo social, de apoyo en la toma de decisiones exige un salto cualitativo en estas respuestas.

A fin de integrar un enfoque centrado en la persona y basado en los derechos, se hace imperioso el cambio de paradigma en materia de políticas públicas. Situar los derechos humanos como enfoque de las políticas estratégicas y de los sistemas en materia de discapacidad tiene el potencial de aportar importantes beneficios sociales, económicos y políticos, tanto a los gobiernos como a las comunidades. Para ello, será necesario un cambio de mentalidad para adoptar un enfoque de derechos humanos que reconozca la importancia del ámbito sanitario, en el contexto de otros ámbitos vitales clave y determinantes como la vivienda, la educación, los ingresos, la inclusión, la vida independiente y en comunidad y las relaciones intrapersonales.

De este modo, la política en un enfoque basado en los derechos humanos, como lo recomienda el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020-2030 de la OMS, también requiere referirse explícitamente a los principios de la no coerción, el respeto de la capacidad jurídica, el derecho a vivir en la comunidad, y la manera en que esos principios se han de aplicar de forma significativa y sistémica en todo el sistema social y de la salud. El cambio de paradigma desde un modelo netamente biomédico hacia la aplicación práctica de un modelo social con enfoque de derechos humanos basado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad debe constituir el fundamento de todas las políticas y estrategias en la materia.

b. Modelo de servicios de atención integral y centrados en la persona

En el contexto de los servicios, ello significa un avance hacia prácticas centradas en las personas y holísticas, que consideren a las personas en el contexto de su vida completa, respetando su voluntad y sus preferencias en cuanto al tratamiento, aplicando alternativas a la coerción y promoviendo el derecho de las personas a la participación y la inclusión comunitaria.¹³⁸

Si se prestan los servicios y apoyos adecuados, el argumento es que la restricción no será más necesaria para las personas con discapacidades mentales o intelectuales que para cualquier otra persona... Y, si el Estado se niega a ofrecer servicios que las personas sí quieren utilizar, es éticamente dudoso obligarlas a utilizar servicios que no quieren usar. Es importante procurar que los servicios y las personas destinatarias participen y colaboren de manera directa, práctica y significativa. El objetivo final es que los países establezcan su propia red de servicios de atención integral en los que se asuman las funciones principales del apoyo en momentos de crisis, el tratamiento y el apoyo continuos y la inclusión comunitaria. Esto requiere considerar cuidadosamente el tipo de servicios que han de incluirse, la forma en que esto se complementan y trabajan juntos, y la manera en que se interconectarán para trabajar sin barreras con el sector social y otros sectores.¹³⁹

¹³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: En conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental*, citado.

¹³⁹ GOODING, Piers, “Supported Decision-Making: A Rights-Based Disability Concept and its Implications for Mental Health Law”, ya citado

2. Medidas para la toma de conciencia, educación e investigación

a. Toma de conciencia

Las campañas de concientización y la capacitación en materia de derechos humanos son acciones esenciales para combatir el estigma y la discriminación. Las personas desde su experiencia propia desempeñan un papel único al diseñar y ejecutar campañas de sensibilización, y producen buenos resultados.

Combatir los estereotipos sobre las personas discapacidad, en particular la narrativa pública errónea con respecto a la violencia y las personas con discapacidad, a través de actividades efectivas de sensibilización que involucren a todas las partes interesadas relevantes, incluidos los proveedores de servicios, los medios de comunicación, la policía y la ley -los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y el público en general, así como las personas expertas por experiencia.

En este sentido, resulta imperiosa la capacitación obligatoria sobre perspectiva de discapacidad y enfoque de derechos humanos para todas las personas funcionarias (en todos los ámbitos de la administración pública).

b. -Profundización de estudios interdisciplinarios.

Destaca Gooding que la mayoría de las estrategias de reducción de restricciones son intervenciones sociales complejas: cada una de ellas se produce en una compleja red de relaciones formales e informales. Hay múltiples ideas y valores en juego. En particular, las disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades apenas figuran entre los estudios de reducción identificados en la materia. Esto parece lamentable, ya que estas disciplinas se ocupan principalmente de dar sentido a la interacción en contextos sociales, culturales, medioambientales, económicos y políticos, incluso mediante modos de investigación, a menudo multimétodo, que pueden captar las interacciones entre las estructuras sociales y la agencia individual ¹⁴⁰

Sin embargo, las disciplinas de humanidades y ciencias sociales que estarían bien equipadas para abordar la cultura institucional y el comportamiento humano, como la sociología, la antropología y la psicología, estaban casi totalmente ausentes entre los estudios. Además de evaluar intervenciones complejas, estas disciplinas pueden ayudar a evitar el riesgo más amplio de que la objetividad y la fiabilidad se conviertan en un fetiche en la investigación sobre salud mental, de modo que las opciones de valor y la política se disfracen con métodos científicos y mediciones de riesgo y beneficio.¹⁴¹

c. Capacitación de profesionales

La educación y formación en discapacidad y derechos humanos es hoy en día una herramienta ineludible para alcanzar una participación profesional activa y transformadora de las realidades sociales. Pero a dichos fines, se hace necesario generar conciencia, formar y vincular a las profesiones y sobre todo a quienes las ejercen, “desde y hacia” una mirada centrada en la persona, desde los principios que sustentan su autonomía y protagonismo.

La formación y capacitación de profesionales no suele ser desde un enfoque de derechos humanos ni integrada. En el ámbito del Derecho, por ejemplo, resulta común

¹⁴⁰ Idem

¹⁴¹ Ibidem

observar la falta de formación de profesionales frente a casos que involucran a personas con discapacidad en los diversos fueros. En consecuencia, suele también identificarse la falta de perspectiva de discapacidad y derechos humanos en la elaboración de dictámenes, informes, pericias, resoluciones y sentencias judiciales.

De igual modo, en las carreras relacionadas con las Ciencias de la Salud, el Trabajo Social y la Terapia Ocupacional, los abordajes sobre temáticas referentes a la discapacidad, los derechos humanos y su relación con la CDPD resultan insuficientes. Los contenidos curriculares en la formación de las asignaturas suelen centrarse en modelos basados en lo biomédico, desde un binomio salud-enfermedad. Las prácticas de intervención profesional siguen un patrón asistencialista, desde un modelo médico-rehabilitador, centrado en un diagnóstico de la persona que suele llegar a colonizar su vida. Otro ámbito en el que la perspectiva suele estar ausente es en las carreras de Arquitectura y Urbanismo, donde la formación sigue un patrón androcéntrico de lógica patriarcal y capacitista, orientado a un individuo universal adulto, neutro (masculino), en estado óptimo de salud y de medidas estándar, lo que repercute en el hacer arquitectura y hacer ciudad.

El siguiente relato ilustra la necesidad de profundizar esta mirada:

*“Pues mira, yo creo que estoy en contra de la sobreformación de los profesionales. Porque al fin y al cabo la formación no dice nada a la persona. Yo creo que esto es una relación muy íntima. Yo creo que tienes que tener más tacto y más empatía y más conocimiento de los derechos de la persona con discapacidad. Más que... que se sepa el número de vértebras de no sé qué o que tal, la pierna para acá... Porque al fin y al cabo es la persona con discapacidad quien te va a decir cómo quiere que hagas las cosas.” (...) Es que no me hace falta que sepas de eso, de tipos de lesiones, de discapacidad. Lo que quiero es que me entiendas a mí. Lo que quiero es que sepas cómo quiero que hagas las cosas conmigo. Entonces, yo hay gente que ha tratado conmigo que tiene una formación brutal y yo no he encajado con ella. Y yo cada vez que veía a esas personas yo decía... pfff... y a lo mejor tiene un currículum así de grande. Y luego venía una que tenía un currículum así de pequeño y yo estaba deseando que viniese. **EPD1-21.02-Tercer Sector***

Resulta imperioso revisar los planes de estudios de las instituciones de educación superior para garantizar que reflejen las disposiciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; Las y los profesionales deben capacitarse en lo relativo a los enfoques basados en los derechos humanos que abordan las formas transversales de la discriminación que afectan a las personas con discapacidad. Además, las instituciones profesionales y educacionales médicas y de salud deben examinar sus planes de estudios para asegurarse de que la educación que imparten refleje adecuadamente las necesidades de atención de salud y los derechos de las personas con discapacidad

d. Investigación

Debe desarrollarse investigación en la materia desde enfoque de derechos humanos. Aumentarse la inversión en la investigación y la evaluación. En el contexto de la investigación, los métodos cualitativos no deben descuidarse porque estos suelen poder describir, analizar y captar problemas complejos y sutiles en comparación con la investigación cuantitativa.

Además, se requiere más investigación sobre las intervenciones que han demostrado ser eficaces para reducir las prácticas restrictivas mediante el uso de

procedimientos de desescalada, equipos de respuesta, habitaciones de descanso y confort, planes individualizados para responder a sensibilidades, como también intervenciones para promover la capacidad jurídica y la autonomía (por ejemplo, diferentes modelos de intervenciones de apoyo a la toma de decisiones, directivas anticipadas y redes de pares). Si bien hay evidencia que respalda la eficacia de muchas de estas intervenciones también se observa una falta sorprendente de investigación sobre cuestiones sociales, económicas y culturales que repercuten en la salud mental e intervenciones que pueden abordarlas. Se necesita mayor inversión en la investigación sobre la función esencial que desempeñan los entornos sociales en el contexto de la atención integral a la discapacidad, la cual puede ayudar a que se deje de lado el concepto propio del modelo médico-rehabilitador, en el que las personas son vistas como simples colecciones de “síntomas” que deben eliminarse.¹⁴²

De este modo, resulta necesario que desde la política pública se impulse el desarrollo, y se financie y proporcionen recursos para la investigación sobre medidas, estrategias y metodologías concretas que brinden herramientas para la reducción o eliminación de las prácticas restrictivas.

3. Medidas para garantizar la participación

a. Participación de personas con discapacidad

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha observado que “siguen produciéndose violaciones de los derechos de personas con discapacidad en instalaciones que “sirven” a esas personas, como las instituciones psiquiátricas o residenciales”. Según lo dispuesto en el artículo 33, párrafo 3, eso significa que, aunque la autoridad independiente de supervisión a la que se asigne esa tarea con arreglo al artículo 16, párrafo 3, coincida con el marco independiente de seguimiento previsto en el artículo 33, párrafo 2, la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad, debería participar activamente en la supervisión de esos establecimientos y servicios.¹⁴³

La participación real y efectiva de las personas con discapacidad no solo es una estrategia ineludible sino una obligación legal conforme el art. 4 parr.3 de la CDPD. Ha expresado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que derecho a participar es un derecho civil y político y una obligación de cumplimiento inmediato, sin sujeción a ninguna forma de restricción presupuestaria, aplicable a los procesos de adopción de decisiones, implementación y seguimiento, en relación con la Convención. Las personas con discapacidad, incluidas las que estén viviendo en entornos institucionales, deberían participar en la planificación, la aplicación y el seguimiento de las estrategias de desinstitutionalización, así como en la creación de servicios de apoyo, con especial atención a esas personas.¹⁴⁴

En este sentido, es importante tener en cuenta el enfoque de resultados en la coproducción, que ayuda a garantizar que esta colaboración no solo sea un proceso, sino

¹⁴² Ibidem

¹⁴³ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N° 7 sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención*, 2018.

¹⁴⁴ Idem, parr. 83

que también tenga un impacto tangible y positivo en la vida de las personas y en la solución de problemas. El término "coproducción" describe el trabajo en asociación compartiendo el poder entre personas que reciben atención y apoyo, personas cuidadoras, familias y ciudadanía. Supone el establecimiento de indicadores de rendimiento, a corto y a largo plazo, y sistemas de seguimiento para evaluar el progreso hacia los resultados deseados, lo que exige recopilar datos y evidencias para determinar si se están alcanzando los objetivos.¹⁴⁵

La inclusión y consulta activas, a todos los niveles, en los procesos de adopción de decisiones, deberían dar cabida a todas las personas con discapacidad. Las organizaciones de personas con diversidades sensoriales e intelectuales, incluidas las organizaciones de autogestores y de personas con discapacidad psicosocial, deberían tener acceso a asistentes y personas de apoyo para las reuniones, información en formatos accesibles (como el lenguaje claro, la lectura fácil, los sistemas de comunicación alternativos y aumentativos y los pictogramas), interpretación en lengua de señas, intérpretes guía para las personas sordociegas y/o subtítulos para personas sordas durante los debates públicos. Los Estados partes también deberían asignar recursos financieros para cubrir los gastos relacionados con los procesos de consulta para los representantes de organizaciones de personas con discapacidad, lo que incluye el transporte y otros gastos necesarios para asistir a las reuniones técnicas o de otra índole. Y deben ser especialmente incluidas, aunque no exclusivamente, las mujeres, las personas de edad, las niñas y los niños, las personas que requieren un nivel elevado de apoyo. La obligación de los Estados partes de integrar a las organizaciones de personas con discapacidad abarca también a las personas con discapacidad que tienen una orientación sexual o identidad de género determinadas, las personas intersexuales con discapacidad y las personas con discapacidad que pertenecen a pueblos indígenas, minorías nacionales, étnicas, religiosas o lingüísticas, y las que residen en zonas rurales.¹⁴⁶

b. Empoderamiento

La participación en esta instancia tiene una doble dimensión. Participación política en la dimensión pública, y participación en el sentido de autodeterminación y autonomía, en la dimensión privada, de la propia vida. Ambas se potencian y hacia ambos objetivos debe enfocarse la política en la materia. El grado de bienestar de una comunidad también se relaciona con su gobernanza. El empoderamiento político y el fortalecimiento de la sociedad civil potencian el involucramiento de las personas y las comunidades locales para definir problemas y generar y aplicar soluciones.

3. Medidas para lograr cambios en la política pública

a. Compromiso

Desde la Asociación española de Neuropsiquiatría se ha expuesto la necesidad de puesta en marcha de iniciativas que tengan en cuenta las evidencias encontradas y los principios en las que se sustentan. Por ello, se ha propuesto:

¹⁴⁵ <https://www.scie.org.uk/co-production/what-how>

¹⁴⁶ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N° 7 sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención*, 2018, parr. 50

Visibilizar. Debe existir información clara y transparente sobre el uso de la coerción en recursos públicos y privados. Para cumplir este objetivo se propuso:

- a. La creación de un registro avalado institucionalmente (bien desde el Ministerio de Sanidad, bien desde cada una de las CCAA) que recoja al menos: Debatir
 - i. Episodios de coerción
 - ii. Ingresos involuntarios

Debe existir un compromiso político que obligue a mantener el registro y la calidad de mismo, por ejemplo, incluyendo estos apartados en el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada CMBD (conjunto mínimo básico de datos).

Esta propuesta se puede apoyar en las iniciativas legislativas en favor de la supresión de la restricción como medida terapéutica en los recursos del sistema socio-sanitario que se han aprobado tanto en las Cortes Españolas como en algunos Parlamentos Autonómicos en forma de Proposición No de Ley como Madrid, Cantabria, Castilla León, Andalucía, La Rioja, revisado en el capítulo de legislación de este cuaderno técnico y del que ha hecho un magnífico resumen Mad in America Hispanohablante.

Creación de una comisión independiente (al estilo de la Oficina del Defensor del Paciente en cada CCAA) formada por representantes de asociaciones de profesionales, de asociaciones de usuarios y familiares, permanente que:

- a. Emita un informe anual basado en el registro sobre el uso de la coerción. El informe ha de hacerse público.
- b. En base a este informe, la administración tomará las medidas necesarias tendentes a reducir el uso de la coerción. La eficacia de tales medidas se valorará en los sucesivos informes.

Creación de un grupo de trabajo de la AEN, al modo del club italiano *SPDC No Restrain*, que tenga como objetivo el fomento de la reducción de la coerción, donde los profesionales puedan, en un entorno seguro, compartir experiencias de buenas prácticas hacia la eliminación de la coerción, plantear las dificultades para llevarlas a cabo y contribuir a crear una cultura profesional en la que la coerción no sea una opción. Esta agrupación de Unidades de Salud Mental Libres de Coerción podría tener, a modo de ejemplo, los siguientes objetivos: visibilizar y potenciar aquellas unidades que desarrollen estrategias para reducir el uso de la coerción, así como favorecer la expansión de prácticas libres de coerción.

b. *Sistemas de información y datos*

Resulta fundamental contar con datos, estadística e información que pueda dar cuenta sobre la situación actual en materia de restricciones. Para ello deben generarse estudios y análisis del uso de la restricción y los motivos que han llevado a su uso, para poder adoptar conclusiones y establecer las líneas de trabajo más apropiadas

A fin de reflejar la diversidad de la información requerida, es posible que gran parte de los datos que se necesitan para los indicadores deba recopilarse de diferentes fuentes dentro de sector social y de la salud, entre otros sectores pertinentes.

c. *Financiamiento*

La OMS ha recomendado las siguientes acciones relacionadas con las finanzas, a fin de crear y financiar adecuadamente un sistema de atención integral y apoyo centrado en las personas, orientado a la recuperación y basado en los derechos humanos,

- utilizar presupuestos para reconfigurar los servicios vinculando los presupuestos con los objetivos programáticos basados en los derechos humanos e

invertir en los servicios y apoyos comunitarios que se basen en la evidencia, se basen en los derechos humanos, se centren en las personas, que podrían incluir reembolsos para la prescripción social (a fin de permitir que profesionales de salud y de atención deriven a las personas a una variedad de apoyos locales no clínicos en la comunidad),

- aumentar sustancialmente el presupuesto para la salud mental en los sectores de la salud y de protección social;

- dedicar recursos adecuados a la prevención e identificación temprana de condiciones de salud mental e intervención temprana no coercitiva, especialmente en niños y jóvenes, sin estigmatización;

- luchar contra la exclusión de las personas con problemas de salud mental garantizando que tengan acceso a una protección social adecuada, incluida la vivienda y el empleo;

brindar apoyo social y financiero adecuado a las familias de personas con problemas de salud mental para que puedan hacer frente al estrés y la presión de apoyar a sus seres queridos.¹⁴⁷

d. Monitoreo, Fiscalización

Es importante profundizar en marcos de monitoreo y fiscalización, ya sea de las prácticas restrictivas como de los planes o medidas de eliminación.

Entre otras, la propuesta en el contexto de una entrevista del presente Estudio aporta en este sentido:

“...Creo que es del Comité de Prevención de la Tortura, del Convenio de Naciones Unidas, eh... El desarrollo de su oficina está incrustado dentro del Defensor del Pueblo Español y desarrollan también una línea de inspecciones de centros, tanto de personas con discapacidad, como de personas con trastorno mental y poniendo mucho el foco de atención en las sujeciones y contenciones. Me contaba precisamente esto ayer mismo, o antes de ayer, estaba... Coincidió con el que lleva esta unidad, y me transmitía que estaban desarrollando incluso una aplicación para intentar digitalizar y parametrizar esta utilización de forma que, claro, si tú llevas un registro manual... Esto es muy complicado, pero si llevas un registro informático en el que se grabe todos los pormenores, eso te va a poder permitir hacer estos estudios que te decía de rangos y detectar dónde puedes tener centros donde tienes que revisar esa actuación, ¿no? Cuando se sale de lo que se pueda considerar normativamente posible, ¿no?” EPD40-28.06-Nacional

4. Medidas legales y en materia de acceso a la justicia

a. Modificar legislación pendiente a la luz de la CDPD

Promover los principios de la CDPD requiere una reforma drástica de las leyes que repercuten directamente en la vida de las personas con discapacidad, por ejemplo, las que rigen el voto, el matrimonio, el empleo y la educación, entre otros. La toma de decisiones sustitutiva, las prácticas coercitivas y la institucionalización deben reemplazarse por el apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica, la vida independiente en la comunidad y otros derechos humanos. Resulta imperioso modificar el Artículo 763

¹⁴⁷ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental*, ya citado.

LEC y leyes concordantes en armonía con la CDPD y la reciente reforma en materia de capacidad jurídica.

La Sociedad Española Gerontología propone:

“Iniciativa legislativa que se propone: rango, objetivos y contenido.

Sobre la base de todo esto se propone el desarrollo de una iniciativa legislativa que permita: A. Regular con rango de Ley Orgánica el Derecho de las personas que precisen atención y cuidados sanitarios y asistenciales, tanto en centros públicos como privados, incluidos domicilios particulares el respeto a sus fundamentales y libertades, garantizando que la utilización de cualquier medio de sujeción será excepcional. B. Establecer las bases para que, en el entorno del cuidado de centros sanitarios y sociales en los que se atiende a personas mayores dependientes, prime su humanización. C. Retirar las sujeciones del sistema de cuidado en el ámbito de las personas mayores dependientes y/o personas con discapacidad, con el establecimiento, para su desarrollo autónomo, de las bases de un modelo de cuidado centrado en la persona y la implantación de medidas alternativas a la sujeción, basándose en mejoras formativas, organizativas y técnicas. D. Dar seguridad a todas las partes implicadas, estableciendo las bases para que, por el procedimiento que cada Comunidad Autónoma adopte, se garantice a los profesionales del sistema, a los usuarios de los servicios y a sus familiares y allegados, los medios, la formación y la información suficiente para hacer posible los objetivos anteriores. Aunque la posición mayoritaria de la Comisión de Trabajo de este Documento Técnico para el Cuidado Sin Sujeciones se apoya en que la legislación actual no solo no ha conseguido erradicar las sujeciones, sino que ha amparado su uso, y que para dejar de sujetar es necesario olvidarse de la legitimidad de su uso, si la hubiera, con independencia de si se parte de la consideración de la sujeción como legítima o no, ambas posturas juristas consideran necesario impulsar un cambio legislativo que dé cobertura al nuevo modelo de atención que no sujeta y contemple claramente las situaciones excepcionales en las que sea posible utilizar sujeción, así como establezca los requisitos legales de uso adecuado en tiempo y en forma.”¹⁴⁸

b. Respuesta desde el ámbito judicial

Como es sabido, desde la Fiscalía de Mayores y Discapacidad se lanzó, a comienzos de 2022, una instrucción que recomienda a las y los fiscales la vigilancia del uso que se hace de las restricciones en residencias y hospitales. De forma paralela, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema de Autonomía para la Atención a la Dependencia (SAAD) ha alcanzado un acuerdo desde el que se conmina a las organizaciones sociales a contar con un ‘Plan de atención libre de sujeciones’ antes del 30 de junio de 2025. Este Acuerdo habla de reducción de restricciones y eliminación de sujeciones.

Más allá de estas iniciativas, el sistema de justicia requiere profundizar estrategias de capacitación en materia de discapacidad y enfoque de derechos humanos.

c. Promoción de Directivas anticipadas

Importancia de difundir sobre las posibilidades y potencialidades de su uso.

d. Justicia restaurativa

La justicia restaurativa parece una herramienta con un potencial importante para la reparación en los casos de haber sufrido restricciones. Principalmente por su objetivo de reparación del daño sufrido por la persona. Pero asimismo para el efecto de

¹⁴⁸ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Documento Técnico *Cuidado sin sujeciones 2023*, Documento in fine.

visibilizar el alcance de vulneración de derecho que la restricción implica. Esto es particularmente significativo dados los impactos más amplios de usar o presenciar el uso de prácticas restrictivas en personas sin discapacidad y el largo período en que las prácticas restrictivas han sido una conducta legal, clínica y socialmente aceptable. La participación de víctimas-sobrevivientes es fundamental para los procesos de esclarecimiento de la verdad, ya que permite la recuperación de víctimas-sobrevivientes de graves violaciones de los derechos humanos en la humanidad y la comunidad, y restaura las relaciones sociales fracturadas.¹⁴⁹

Se ha expresado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sobre la importancia de comprometerse a ofrecer reparación por los perjuicios que de esta se deriven, de acuerdo con sus obligaciones internacionales. Se deben proporcionar vías de acceso a la justicia individualizadas, accesibles, efectivas, rápidas y participativas para las personas con discapacidad que deseen obtener reparación y justicia restaurativa. Las reparaciones deben responder a las violaciones sufridas y al impacto que estas hayan tenido en la vida de la persona afectada durante su institucionalización y después de esta, incluidos los daños en curso, indirectos e interseccionales.¹⁵⁰

Asimismo, se ha expresado sobre la necesidad de establecer un mecanismo para la presentación de disculpas oficiales a los supervivientes de la institucionalización, que se haya negociado con todos los grupos que representen a las personas con discapacidad que hayan estado institucionalizadas, y prever nuevas medidas educativas e históricas, así como otras de índole cultural, para mejorar la situación social de las personas supervivientes en todos los ámbitos de la sociedad. Los Estados partes deben ofrecer una indemnización automática a los supervivientes de la institucionalización en tal medida que repare el dolor, el sufrimiento y los daños indirectos experimentados como consecuencia de la institucionalización.¹⁵¹

Las reparaciones deben ir más allá de la indemnización económica y abarcar también la restitución, la habilitación y la rehabilitación —que pueden incluir medidas como las previstas en el artículo 26 de la Convención, así como servicios jurídicos y sociales que faciliten el establecimiento en la comunidad y el disfrute de todos los derechos y prestaciones que corresponda, incluidos servicios de salud y terapéuticos para reparar el daño causado por la institucionalización—, y deben ir acompañadas de garantías de no repetición.¹⁵²

5. Medidas de aplicación

Cambio de estrategias profesionales

Tanto de cambios en los paradigmas y modelos de apoyo y en los modelos de centros donde las personas viven, como de una importante inversión en el desarrollo de los enfoques centrados en la persona. Entre ellos destaca especialmente el Apoyo Conductual Positivo, como modelo de apoyo correcto para el abordaje de las conductas desafiantes de riesgo en una doble dimensión: en la capacitación ética y técnica de las y

¹⁴⁹UNIVERSITY OF MELBOURNE, *Restrictive practices: A pathway to elimination*, cit., p.320

¹⁵⁰ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, cit, Parr. 117

¹⁵¹ Idem, Parr. 119

¹⁵² Ibidem

los profesionales y en la adaptación de los entornos para facilitar el bienestar emocional en las personas

1. *Asociaciones de profesionales.*

En materia de derechos de las personas con discapacidad psicosocia, Gooding destaca el creciente interés de las asociaciones profesionales, que se está vinculando con esfuerzos más amplios para abordar el vacío de la investigación sobre medidas restrictivas. Destaca a la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) ha nombrado un grupo de trabajo y está trabajando con el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda en un proyecto conjunto para desarrollar un "marco sobre la minimización de la coerción". Comenta que su Grupo de Trabajo está recabando comentarios y debates de las Sociedades Miembro (asociaciones profesionales nacionales de psiquiatría) con el fin de preparar un "documento de posición con recomendaciones para la acción y un protocolo opcional diseñado para apoyar a las Sociedades Miembro para que se comprometan con este trabajo de manera que se adapte a sus circunstancias locales".¹⁵³

Otros ejemplos de compromiso creciente incluyen a los 40 psiquiatras autores de la Comisión sobre el Futuro de la Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría-Lancet que comentaron que el "desarrollo de alternativas a la compulsión requiere investigación, de la cual se ha hecho poco" Del mismo modo, el Comité de Bioética del Consejo de Europa (COE) (2015) ha resuelto, sujeto a la financiación, llevar a cabo y publicar un "estudio sobre buenas prácticas en la asistencia sanitaria mental [en relación con] cómo promover las medidas voluntarias".¹⁵⁴

2. *Medidas para/en el terreno Restraint Reduction Network*¹⁵⁵

El debriefing, es una técnica o proceso a desarrollar con posterioridad a un incidente. Es una práctica que ayuda a las personas que reciben apoyos en los centros de atención socio-sanitaria (y al personal que las apoya) a recuperarse y aprender de una crisis o incidente, ayudando a reducir las prácticas restrictivas. Persigue reparar, construir y mantener las relaciones, permitiendo que las personas se sientan seguras y protegidas. Ayuda a las personas a comprenderse mejor a sí mismas, les da más control y les ayuda a comunicar sus necesidades de forma más eficaz.

Esto conduce a mejores resultados para las personas, las familias y el personal.

-Apoyo post-incidente

El apoyo posterior al incidente tiene que ver con el bienestar físico y emocional inmediato de todas las personas implicadas en el episodio de angustia. El objetivo principal es comprobar que las personas están seguras y pueden recuperarse, especialmente la persona con discapacidad

-Aprendizaje Post-Incidente

El aprendizaje posterior al incidente se refiere al propio evento y a cómo puede evitarse en el futuro. El aprendizaje posterior al incidente NO debe hacerse de

¹⁵³ GOODING, Piers; McSHERRY, Bernadette; ROPER, Cathy and GREY, Flick, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*, Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne, 2018

¹⁵⁴ Idem

¹⁵⁵ RESTRAINT REDUCTION NETWORK, *Guía Debriefing Post Incidente para profesionales de apoyo a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*, Traducción de Plena inclusión, 2022. Estrategias de reducción restricciones de la Red <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/busador/6-estrategias-para-la-reduccion-de-restricciones/>

inmediato. Es muy importante que todas las personas implicadas dispongan de tiempo suficiente para “enfriarse”, de modo que las emociones puedan asentarse y las personas estén en mejores condiciones para reflexionar. El aprendizaje posterior al incidente debe ser llevado a cabo por un facilitador o facilitadora cualificado

Desde Plena Inclusión se identifican seis estrategias esenciales para la reducción de restricciones: (1) liderazgo para la transformación organizacional, (2) uso de datos para evidenciar las prácticas, (3) desarrollo y capacitación del personal, (4) uso de herramientas para la reducción de las restricciones, (5) implicación de las propias personas con discapacidad y sus familias y (6) uso de estrategias de revisión y evaluación continuas.¹⁵⁶

Asimismo, se pretende: 1. Consensuar una definición de qué se considera una restricción, así como de la tipología de intervenciones y prácticas que engloban este concepto. Ampliar el foco para incluir cualquier restricción a la libertad de la persona más allá de las restricciones físicas o químicas, para fijarse en las formas de cuidado involuntario, buscando una manera eficaz de regularlo evitando abusos. 2. Visibilizar los daños que generan, tanto a la integridad física y psíquica de las personas, como a sus derechos, los usos “normalizados” de las restricciones para generar una mayor sensibilización, empatía y compromiso social con las personas con discapacidad intelectual con grandes necesidades de apoyo, de forma que se haga efectivo un reconocimiento de su dignidad inherente y un avance en solidaridad para con ellas. 3. Realizar un análisis del uso que se realiza en las organizaciones de intervenciones y prácticas restrictivas, para establecer una línea base que permita establecer metas para la reducción de las restricciones. 4. Crear un grupo de expertos por experiencia (personas con discapacidad y familiares) que, desde su vivencia, lidere y protagonice el desarrollo de las acciones. 5. Diseñar herramientas tanto para el análisis y la reducción de restricciones como para el análisis de riesgos, planes individuales de reducción de restricciones, estrategias de prevención primaria, ... 6. Ofrecer capacitación y acompañamiento a personas de apoyo (profesionales y familiares) en Apoyo Conductual Positivo y en el uso de herramientas de reducción de restricciones. Se hace indispensable incluir la formación en valores para habilitar competencias éticas, empáticas y relacionales de reconocimiento de la dignidad y los derechos de las personas desde la simetría-empatía 7. Avanzar en procesos de desinstitucionalización y de prevención de la institucionalización promoviendo el desarrollo de servicios de apoyo en la comunidad a pequeña escala. 8. Reivindicar a través de una Estrategia Nacional de Prevención de Restricciones un firme compromiso por parte de las administraciones públicas competentes de reducción en la utilización de restricciones a través de una estricta y clara supervisión, evaluación y prevención en el uso de estas prácticas y de la promoción de unos estándares de formación en esta materia de las organizaciones, tanto públicas como privadas. 9. Trabajar a través de alianzas internacionales con organizaciones como BILD y con la Red Internacional de Reducción de Restricciones (RRN) dando a conocer sus estrategias, participando en sus investigaciones y asumiendo los compromisos propuestos.

Se destaca desde Plena Inclusión que “los modelos de apoyo basados en buenos apoyos serán claves desarrollar para un cambio en las prácticas: incidir en la participación de las personas en las actividades de su día a día, evaluaciones multicomponentes para ajustar los apoyos y poder tener una buena valoración de

¹⁵⁶ Adaptación de Plena Inclusión a las planteadas por Restraint Redution Network

competencias, necesidades y valoración cognitiva que nos permita ajustar los apoyos y establecer las necesidades de habilidades y competencias y mejora del rol socialmente valorado que la persona necesita desarrollar, establecer estructuras individualizadas y personalizadas, incidir sobre el trabajo en apoyo a las conductas y situaciones que nos preocupan desde la metodología de apoyo conductual positivo.”¹⁵⁷

Se propone asimismo “incidir en los procesos de capacitación de los equipos de apoyo (incluyendo desde el inicio a las familias en este proceso de capacitación) en la que ver la necesidad de apoyar desde metodologías de formación en tres etapas (teórica, rol playing y formación en vivo) y destacar la figura de acompañamiento desde el liderazgo práctico que ayude a asegurar, guiar y acompañar que estos modelos de apoyo y alternativas a las restricciones se den”.¹⁵⁸

Finalmente, se considera clave “empoderar a las personas en conocer sus derechos y la necesidad de conocer los procesos de los que van a ser objeto, y que puedan reivindicar la información necesaria y respeto a sus derechos para que sean los que propiamente puedan frenar o decir no a muchas de las acciones que reciben. En muchas personas con problemas de comunicación este puede ser un alcance más complicado, por lo que debemos abogar y luchar por reconocer o conseguir figuras de interpretación vital que ayuden a que se asegure el buen hacer sobre sus vidas y que se asegure que consigamos que sean parte de la toma de decisiones sobre su vida que se realiza”.¹⁵⁹

5.- Conclusiones y recomendaciones

1. Puede entenderse por restricciones a los actos, prácticas, dinámicas u omisiones, que tengan el propósito o el efecto de restringir el movimiento, la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente de una persona o el libre desarrollo de su personalidad.

2. Las restricciones suelen justificarse en: Razones preventivas, Razones médico-sanitarias, Razones disciplinarias, Razones organizacionales y de Falta de formación

3. Las restricciones son uno de los pilares fundamentales de la cultura institucional, concebidas en gran parte de los casos como un elemento del cuidado o de la asistencia.

4. Las restricciones son intervenciones “protectoras” desde la lógica propia del modelo médico de discapacidad que se justifican dentro de un enfoque sustitutivo en materia de toma de decisiones y capacidad jurídica. El enfoque de derechos humanos nos obliga a trascender esta concepción social, institucional y profesional, y situarlas como una vulneración de derechos, e incluso una manifestación de maltrato institucional.

5. Las restricciones suelen tener efectos adversos y negativos en las personas a quienes se les aplica, entre ellos: dolor, trauma, miedo, afectación de la

¹⁵⁷ GUERRERO, Inés y GARRIDO, Laura “Restricciones” ponencia presentada en el I Seminario de Trabajo del Estudio EDI, celebrado el día 7 de junio de 2023 en la Universidad Carlos III de Madrid, p. 4

¹⁵⁸ Idem

¹⁵⁹ Ibidem

dignidad, angustia, deshumanización, pérdida de confianza en personal de apoyo, daños físicos, pérdida de autonomía, de autoestima de funcionalidad depresión, agresividad...

6. Las restricciones suelen tener efectos adversos y negativos en las personas profesionales que las aplican, entre ellos: angustia, ansiedad, miedo, frustración, disgusto, decepción, vulnerabilidad, arrepentimiento y culpa.

7. Desde una mirada ética, las restricciones suelen vulnerar el derecho la igualdad (ya sea por pertenencia al grupo como también en el ámbito relacional y la diferente posición de quien la aplica y quien la sufre –desequilibrio de poder). Y las restricciones suelen afectar la dignidad en sus dos vertientes –respeto, la persona como fin en sí misma- y la persona como sujeto moral, es decir con autonomía mas allá de cualquier condición o situación

8. Desde un encuadre jurídico, las restricciones implican vulneraciones de derechos (entre otros el derecho a la libertad, a la igualdad, a la salud, a la vida independiente, al ejercicio de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos...) y pueden asimismo implicar tratos crueles, inhumanos y degradantes, o tortura. Son violencia institucional cuando se realizan en contextos institucionales.

9. Las prácticas restrictivas, según su contexto y el daño a la integridad de la persona, pueden encuadrarse como vulneraciones de derechos, discriminación, violencia, tratos crueles, inhumanos o degradantes. El derecho internacional provee un marco normativo que protege contra ello a todas las personas en general, y a las personas con discapacidad en particular

10. Una interpretación sistemática de las normas de la Constitución Española no deja lugar a dudas respecto de la vulneración que suponen las restricciones desde el marco constitucional

11. La eliminación de las restricciones es una herramienta que forma parte ineludible de los procesos de desinstitucionalización

12. Sería importante la existencia de una norma una específica en materia de protección y garantía frente a las restricciones a nivel estatal.

13. Las restricciones vienen siendo reguladas de manera disímil en los contextos de las CCAA, sin la existencia de un marco legal estatal previo. La mayoría cuenta con un sistema que puede denominarse de “permisividad vigilada”, pero sin llegar a cumplimentar los estándares constitucionales y del derecho internacional.

14. Resulta de vital importancia profundizar estudios sobre las intersecciones de la opresión como impulsor de prácticas restrictivas

15. Dentro del colectivo de personas mayores con discapacidad, las personas con demencia son quienes sufren en mayor medida las restricciones. Asimismo, las mujeres suelen sufrir restricciones en materia de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en mayor medida que los hombres.

16. Existen varias maneras de clasificar las restricciones. Entre otras, pueden identificarse los siguientes tipos: físicas o mecánicas, químicas o farmacológicas; estructurales: organizativas o familiares, relacionales; y referidas a los contextos y los apoyos

17. Con independencia de la clasificación a adoptar, es importante incluir las restricciones estructurales, consecuencias de lógicas institucionales y que pueden resultar “sutiles”, a la hora de su valoración, pero que tienen un impacto devastador en la calidad de vida de las personas.

18. Las reglas que se aplican de manera general sin respetar necesidades o riesgos individuales son restricciones generales (blanket restriction). Forman parte del tejido y la lógica institucional, y si bien suelen justificarse en razones de salud y seguridad, generalmente están pensadas en beneficio de la institución.

19. La ausencia de condiciones de accesibilidad y de adopción de ajustes razonables –que lamentablemente suelen formar parte de la cultura institucional y social-, se traducen también en diversas formas de restricciones.

20. Dentro de las medidas a adoptar para eliminar las restricciones, es importante poner el acento en los siguientes ámbitos: enfoques y modelos de servicios desde modelo social; toma de conciencia; educación e investigación desde los derechos humanos y con mirada interdisciplinaria e interseccional, Participación de personas con discapacidad (a nivel macro y micro), política pública y acceso a la justicia con perspectiva de discapacidad y enfoque de derechos humanos, reforma de legislación pendiente a la luz de la CDPD, Planes de apoyos centrados en la persona, técnicas de debriefing (entre otras).

21. Asimismo, sería recomendable la puesta en marcha de estrategias como el apoyo conductual positivo, el apoyo activo, acompañado de la evaluación del impacto de estas prácticas como “plan de acción” a llevar a cabo para la reducción de las prácticas restrictivas.

22. Resulta de importancia generar estudios y análisis del uso de las restricciones que se desarrollan en España y los motivos que han llevado a su uso, para poder tener datos que nos ayuden a tomar conclusiones y establecer las líneas de trabajo más apropiadas a los datos que nos aparecen

Medidas transformadoras

a. Desarrollo e implementación de modelo de servicios de atención integral desde modelo social y enfoque de derechos humanos.

b. Adopción de medidas en materia de toma de conciencia; educación e investigación desde los derechos humanos y con mirada interdisciplinaria e interseccional.

-Capacitación obligatoria sobre perspectiva de discapacidad y enfoque de derechos humanos para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías, en forma permanente o transitoria, ya sea por cargo electivo, designación directa, por concurso o por cualquier otro medio legal, en el ámbito de los tres poderes del Estado

-Revisión de los planes de estudios de las instituciones de educación superior para garantizar que reflejen las disposiciones de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

-Otorgamiento de financiación y recursos para la investigación sobre medidas no coercitivas, incluidas las respuestas basadas en la comunidad, como los servicios de crisis o de relevo dirigidos por pares, y otras iniciativas, como la planificación anticipada

- Estudios y análisis del uso de las restricciones que se desarrollan en España y los motivos que han llevado a su uso

c. Participación de personas con discapacidad (a nivel macro y micro) en todos los procesos y acciones destinados a eliminar o reducir las restricciones (desde la planificación, implementación y seguimiento).

. Reforma de legislación pendiente a la luz de la CDPD entre otras:

. Artículo 763 LEC en armonía con la CDPD y la reciente reforma en materia de capacidad jurídica.

-Establecimiento expreso de Prohibición legal de las restricciones a nivel estatal

-Desarrollo de elementos para poner en marcha una justicia restaurativa para quienes las sufren.