

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPENDENCIAS VISITADAS | Sanatorio Hestia La Robleda (A Coruña) |
| FECHA DE LA VISITA | 25 y 26 de septiembre de 2024 |
| EQUIPO DE LA VISITA | Una técnica del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) y un técnico de Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo. Acompañados por un técnico externo psiquiatra y una técnica externa médica forense. |
| OBJETO DE LA VISITA | Visita en el marco del Programa de Salud Mental del MNP, en coordinación con el Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo para examinar las condiciones generales en las que se encuentran las personas ingresadas en ese centro y los procedimientos destinados a garantizar sus derechos fundamentales. Además, examinar el proceso de ingreso y su formalización jurídica, la estancia, la atención sanitaria y psicosocial. Así como el uso de medidas de contención y la adecuación cuantitativa y cualitativa del personal del centro. |
| FICHA ACTUALIZADA A | 29/01/2025 |

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES EMITIDAS

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

1 - Se trata de la primera visita realizada por el equipo técnico del Defensor del Pueblo, en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), al Sanatorio Hestia La Robleda.

Fecha actualización información 17/01/25

2 - Se agradece la colaboración prestada al equipo del MNP durante la visita, facilitando el desempeño de sus funciones y desarrollándose en un clima de cordialidad.

Fecha actualización información 17/01/25

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

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

Fecha actualización información 17/01/25

4 - Prevenir la tortura y otras formas de maltrato en el ámbito de la salud mental supone un trabajo de mejora continua de todas las instituciones y administraciones involucradas, y exige identificar y revisar prácticas y patrones de conducta profundamente enraizadas. Ello es así por cuanto, cuando una persona ingresa a una unidad o residencia de salud mental, es unánimemente aceptado que, aunque sea por una causa justificada o con un fin terapéutico, se encuentra privada de libertad y en una situación de especial vulnerabilidad. En estos contextos, se analizan especialmente las prácticas o limitaciones injustificadas desde el punto de vista clínico de la autonomía, así como las posibles mermas de derechos y libertades que llevan a identificarse como situaciones de malos tratos, tanto verbales como físicos.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

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

Fecha actualización información 17/01/25

6 - Como se ha reseñado en el Informe Anual del MNP 2022, el Proyecto de Salud Mental del Mecanismo Nacional de Prevención se materializa en tres líneas estratégicas:

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

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

Fecha actualización información 17/01/25

7 - El centro está ubicado en un enclave rural bastante aislado de núcleos urbanos, lo que dificulta el desarrollo de un plan de rehabilitación psico-social dirigido al disfrute de una vida autónoma y normalmente socializada.

Fecha actualización información 17/01/25

8 - Las instalaciones están limpias y bien mantenidas, prestándose atención a la señalización y a la reducción de barreras.

Fecha actualización información 29/01/25

9 - El Sanatorio Hestia La Robleda es un centro clasificado en la categoría C. 1.4 «Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías». No obstante, puede observarse que la estancia media global, de 187,05 días, está por encima de la estancia media de hospitalización en psiquiatría en la Comunidad Autónoma de Galicia. A la espera de otro recurso, que suele tardar mucho en adjudicarse, es posible que el paciente psiquiátrico se quede años en el centro, pese a su estabilidad clínica. Aunque este hecho no es imputable completamente al centro, no puede considerarse aceptable alargar un ingreso hospitalario por el hecho de no disponer del recurso que el paciente necesita una vez resuelto el motivo de ingreso, ya que no hay justificación médica y, no solo puede no suponer un beneficio para el paciente, sino todo lo contrario, dificultando en el medio plazo la desinstitucionalización e integración social.

En efecto, desde este Mecanismo Nacional de Prevención se evidencian oportunidades de mejora en el Sanatorio La Robleda, en línea con las Directrices sobre la desinstitucionalización CRPD/C/5 del 10 de octubre de 2022, elaborado por el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos sobre las Personas con Discapacidad. En estas directrices, el Comité pone de manifiesto «La institucionalización generalizada y las repercusiones nocivas de la institucionalización en los derechos y en la vida de las personas, y la violencia, el abandono, el abuso y los malos tratos y la tortura, incluida la contención farmacológica, física y mecánica, que sufren en las instituciones» (párrafo 2, Directrices CRPD/C/5), en línea con el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad y sobre el derecho a la libertad (artículos 14 y 19 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad).

SUGERENCIA

Que se favorezca la derivación de las personas internadas en el Sanatorio La Robleda a

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

recursos más apropiados, una vez estabilizado el cuadro clínico que motiva el ingreso, o, en todo caso, la agilización del alta.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

RECOMENDACIÓN

Que se promueva en el ámbito de esa Comunidad Autónoma el desarrollo de programas de atención en espacios abiertos de día y programas adecuados de intervención preventiva en domicilio.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

10 - Conforme la documentación facilitada por el centro, el número de pacientes ingresados, en el momento de la visita del MNP, sumaba un total de 94. Se encuentran clasificados en tres categorías: sociosanitarios, psiquiatría agudos y psiquiatría crónicos. Según informa la gerencia del centro, esta clasificación tiene que ver con la forma de facturación y no con el tipo de paciente a que se refiere.

Fecha actualización información 17/01/25

11 - Durante las entrevistas realizadas, distintos profesionales transmiten que en el centro es posible el ingreso de pacientes «agudos», pese a no tener servicio de urgencias propiamente dicho («a veces vienen pacientes del hospital tras unos días en urgencias»). En contraposición a esto, se aporta certificado de la gerencia, en el que se afirma que el «centro no dispone de servicio de urgencias, por lo que todos los ingresos son programados». Esta última afirmación induce a pensar que el centro no ingresa pacientes descompensados, sino subagudos. Y ello pese a que, en el protocolo de acogida e ingreso dirigido al personal, se regula expresamente cómo proceder si al ingreso un paciente llega al Sanatorio «en contención». Otros protocolos de aplicación en el centro se pronuncian en el mismo sentido. Así, el protocolo de conductas autolesivas y autolíticas habla de «pacientes derivados del servicio de urgencias».

Fecha actualización información 29/01/25

12 - La memoria del año 2023 que se nos facilita es un documento muy resumido en el que no se especifica el plan estratégico de aplicación a La Robleda, ni tampoco se desglosan los datos de los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría.

En referencia a las altas, dicho documento constata que en 2023 se dieron globalmente 382 altas. Esta cifra de forma aislada es difícil de evaluar, ya que se desconocen datos relevantes necesarios para su interpretación, por ejemplo, a qué tipo de pacientes se refiere (patología psiquiátrica o sociosanitarios) o qué proporción de altas proceden de reingresos.

SUGERENCIA

Que se considere aumentar la cantidad y calidad de la información que se incluye en la memoria anual, definiendo las variables y reflejando los datos de forma desagregada, de manera que no haya incongruencias, se facilite la interpretación de los mismos y sea posible cruzarlos y analizarlos. Todo ello con el objetivo de que la memoria pueda constituirse en un elemento de monitorización, evaluación y mejora para el propio centro.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

SUGERENCIA

Que se favorezcan las salidas y las actividades comunitarias e intervenciones abiertas a la comunidad, así como las actividades que se realizan dentro del Sanatorio La Robleda, desagregándolas en función de las capacidades de cada persona, con objeto de cumplir con una rehabilitación individualizada.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Fecha actualización información 29/01/25

13 - En el reglamento del centro, consta la «priorización de la inserción en la comunidad» como una parte importante de su enfoque. Esta importancia formal que se da a las medidas de inserción comunitaria, contrasta con el hecho de que no se cuente con un procedimiento específico para diseñar un plan de rehabilitación individualizado para cada paciente. Si bien, en todo ello puede influir el hecho de que, en el momento de la visita, sólo se contaba con una psicóloga para la atención de los 94 pacientes.

Por otro lado, en cuanto al calendario de actividades, nos informan que forma parte de las competencias del Terapeuta Ocupacional, pero, al no estar en la actualidad la plaza cubierta, lo desarrollan dos monitoras, aunque es la psicóloga quien diseña las actividades. Todas son lúdicas, menos la de estimulación cognitiva y la de cocina (dirigidas a actividades instrumentales). Las actividades lúdicas fuera del centro (excursiones o visitas de interés) reciben menos presupuesto y se organizan raramente.

Todas las actividades del centro son mixtas, sin que haya actividades desagregadas, determinándose la participación de los pacientes en función de las capacidades de cada uno para las mismas. Tanto en las entrevistas con pacientes como con personal, es recurrente que comenten la necesidad de mejorar la cantidad y, sobre todo, la variedad de actividades, que son muy limitadas, sobre todo si su nivel cultural es más alto.

SUGERENCIA

Que se refuerce el enfoque rehabilitador del tratamiento psiquiátrico, diseñando planes personalizados con participación del paciente, marcándose como objetivo la integración en el entorno y no perdiendo de vista la importancia de garantizar su derecho a una vida independiente.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

SUGERENCIA

Que se realicen auditorías internas del uso de medidas restrictivas, con la finalidad de analizar los casos y detectar y corregir desviaciones en su uso, garantizando que en ningún caso se usen como instrumento punitivo. A criterio de este Mecanismo Nacional de Prevención, se deben erradicar las conductas de coerción que atenten contra la dignidad humana, así como eliminar cualquier medida que pueda ser entendida como «castigo o sanción por mal comportamiento», con especial énfasis en las que implican una privación de derechos básicos de las personas.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 29/01/25

14 - El centro cuenta con un «reglamento de régimen interno» donde se recogen claramente las normas, los derechos y obligaciones de los pacientes, así como el «régimen disciplinario». Toda esta información se pone a disposición de los pacientes en el momento del ingreso en términos que resultan asequibles. No obstante, el mero hecho de disponer de «castigos» resulta poco terapéutico, entendiendo que las limitaciones o restricciones como consecuencia de la falta de respeto hacia las normas deben siempre tener en cuenta el hecho de que las personas ingresadas padecen sufrimiento psicosocial, y han de adecuarse, en todo caso, a un afán de mejora de la convivencia en el centro y rehabilitador de cada paciente.

Solo un paciente se encuentra en el centro cumpliendo una medida de seguridad. Revisada su historia clínica, no se identifica la medida de seguridad como motivo del ingreso. Al inicio de la estancia, consta en el evolutivo de enfermería «comportamiento despectivo y amenazante con comentarios agresivos hacia el género femenino», «ironía y suspicacia». Ingresado en planta de psiquiatría, mixta, se requiere contención verbal recurrente y contención habitacional durante cuatro días. Llama la atención, en los comentarios que hace enfermería, que se asimile la contención habitacional a un castigo (... «explico que mientras se mantenga el castigo...»). Se destacan del evolutivo otras anotaciones que especifican el mantenimiento de la contención habitacional durante otros cuatro días más. Y dos días después, el reinicio de la misma medida.

La variabilidad de situaciones clínicas, legales y sociales en que se encuentran los pacientes ingresados, unido a las características arquitectónicas del centro y a las ratios de personal, puede suponer un factor coadyuvante al uso inadecuado de las medidas restrictivas como la contención habitacional. De poco sirve que el centro disponga de los protocolos si no se implementan en la práctica diaria.

SUGERENCIA Que se garantice la adecuada formación del personal en materia de medidas restrictivas con finalidad terapéutica, de modo que se erradique el concepto de sanción disciplinaria.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 29/01/25

15 - Tal y como se describe en las entrevistas realizadas con el personal del centro, existe un trato discriminatorio a los pacientes ingresados en los módulos de psiquiatría frente a los ingresados en el módulo sociosanitario, en cuanto al uso de dispositivos tecnológicos. Esto se confirma en las normas del centro. No se les permite disponer de dispositivos propios y no existen dispositivos de uso común más allá de la televisión, a la que, además, no tienen acceso con total libertad. El uso y tenencia de pertenencias propias, entre estas, la tecnología, es un derecho constitucional recogido en el artículo 33 de la Constitución Española, no existiendo motivo para limitarlo en pacientes que se encuentran durante meses o años hospitalizados, salvo en los casos en que esté prescrito por el facultativo por razones terapéuticas. Siendo que hay personas ingresadas desde hace más de 20 años, privarlos del uso de tecnología supone una situación clara de vulneración de derechos, que además solo se realiza hacia las personas ingresadas en salud mental.

SUGERENCIA Que se tomen las medidas a su alcance para garantizar que las personas ingresadas no vean restringidos el acceso a la tecnología y su uso, y que dicha limitación sea retirada del reglamento interno.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 29/01/25

16 - El centro cuenta con cocina propia y es posible adaptar los menús a las necesidades sanitarias, tanto en el tipo de comida como en la consistencia, si existiera algún tipo de disfagia. No obstante, la comida es una de las quejas más frecuentes de las personas ingresadas en el centro.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

SUGERENCIA Que se mejore la variedad de menús y las características organolépticas, con el objeto de mejorar la calidad de la comida en el centro.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 29/01/25

17 - 17. Se puede fumar en el jardín, pero no en el interior de las instalaciones. Parte del personal considera que el tabaco puede suponer un problema de seguridad y dar lugar a conflictos. Primero, porque el uso de mecheros y cerillas puede conllevar riesgo de incendio o accidentes, pero también porque es origen de fricciones entre los pacientes en muchas ocasiones. Tal y como se recoge en las entrevistas sobre las normas del centro, los pacientes únicamente cuentan con seis cigarrillos al día de manera supervisada. Esto, al igual que otras realidades del centro (como la videograbación, por ejemplo), no queda recogido en ningún documento. A pesar de ser el tabaquismo un hábito tóxico, la decisión de abandonarlo ha de ser una decisión personal, que puede ser apoyada por programas de deshabituación; no obstante, contraviene la libertad individual el limitar la cantidad de cigarrillos en número arbitrario a decisión del centro. Además, no hay programas de deshabituación en marcha.

RECOMENDACIÓN Que se adopten medidas concretas para diseñar un plan integral de deshabituación tabáquica en unidades de salud mental de esa Comunidad Autónoma, que promueva, entre otras cuestiones, la sensibilización, acceso y participación de las personas residentes en actividades, talleres y terapias, tanto individuales como colectivas, así como garantizar el seguimiento médico conforme al Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación -PITR-

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 29/01/25

18 - Las ratios de personal calculadas para el centro no se consideran idóneas y sería recomendable reforzarlas, especialmente en el turno de noche. En el momento de la visita solo se contaba con una psicóloga para la atención de los 94 pacientes. Se contemplan dos en plantilla, pero el otro psicólogo está de excedencia.

Cada tipo de paciente requiere un grado de dedicación determinado, por lo que la plantilla debería contar, no solo con la adecuada cualificación específica, sino con el tiempo que cada paciente necesita para ser atendido garantizando unos mínimos de calidad.

SUGERENCIA Que se adecúen las ratios de profesionales de todas las categorías a las ratios medias de otros dispositivos de media y larga estancia psiquiátrica en otras comunidades autónomas y a los estándares internacionales en la materia.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

19 - Se aprecia esfuerzo por parte del centro en la organización de actividades formativas dirigidas tanto a la actualización de conocimientos en manejo clínico, como en autocuidado y adquisición de «soft skills». Sería recomendable incluir en el plan de formación aspectos relacionados con los distintos temas que se han ido desarrollando en el resto de apartados, específicamente, sobre la evaluación de la capacidad para consentir y sobre la Ley 8/2021.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

20 - Existen cámaras de videovigilancia en todas las habitaciones y zonas comunes de la segunda planta y en tres habitaciones de la primera planta, y se informa que tienen previsto ampliar el área de cobertura al total de habitaciones. Las cámaras graban de forma continua y las imágenes pueden ser visualizadas en tiempo real. Es decir, desde la zona de control donde están las pantallas de televisión, se tiene visualización directa de lo que ocurre en el interior de todas las habitaciones de la planta de psiquiatría durante las 24 horas del día, aunque sin audio. Las grabaciones solo son accesibles previa petición por parte de la dirección médica a la Gerencia, debiendo especificarse el motivo. Las imágenes se guardan 15 días, tras los cuales son reemplazadas por imágenes nuevas

Fecha actualización información 29/01/25

21 - A criterio de este MNP, esto supone una violación del derecho a la intimidad y privacidad recogido en la Convención de las Naciones Unidas de las Personas con Discapacidad. Este aspecto requiere ser abordado de forma específica para garantizar el equilibrio entre medidas dirigidas a proteger la salud y aquellas otras que deben preservar la intimidad. Esta situación es además especialmente irregular, ya que no se encuentra registrada en ninguno de los documentos ofrecidos. Es decir, que, ni en el reglamento interno, ni en el plan de autoprotección, ni en el plan de acogida, ni en la información y normativa para los pacientes, se informa de que se realice tal videograbación en la mayoría de las habitaciones de los pacientes.

SUGERENCIA

Que se diseñe un sistema de videovigilancia que garantice el respeto a la intimidad, conforme establece la normativa de protección de datos, tanto europea como española, y la Convención de las Naciones Unidas de las Personas con Discapacidad en sus artículos 17 y 22, de manera que se evite la grabación en el interior de los dormitorios, menos aún si cabe bajo la justificación de la aplicación de una contención mecánica, que en ningún caso debería ser realizada en la misma habitación donde las personas ingresadas residen habitualmente.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

22 - Se hace constar un registro de pacientes para los que se ha comunicado fuga. En el registro se recoge, para cada paciente y episodio, el nombre, diagnóstico, fecha de la fuga, cuándo y cómo es encontrado, cuándo se traslada al centro nuevamente, si se notifica o no al juzgado, y la revisión del permiso de salida. Analizados todos los casos registrados, se considera adecuada tanto la forma de proceder como de registrar la información, ya que permite identificar puntos o momentos de mayor riesgo de fuga, mejorar la seguridad de los pacientes, e identificar aspectos de mejora en la evaluación de los permisos o necesidades de acompañamiento.

Fecha actualización información 17/01/25

23 - En líneas generales, los protocolos de prevención, detección y protección de malos tratos deberían establecer canales de denuncia y/o alegaciones efectivos y confidenciales, y garantizar su registro, la comunicación a las autoridades, y la necesidad de elaborar partes de lesiones, entre otros aspectos, todo lo cual incide en el adecuado cumplimiento de la legislación aplicable y de los estándares derivados de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y su Protocolo Facultativo. Estos protocolos deberían establecer la información que se debe brindar a las personas al momento del ingreso y a sus personas de apoyo respecto de la posibilidad de alegar situaciones de maltrato.

Este MNP insiste en la importancia de que las unidades y centros de salud mental cuenten con protocolos que recojan las pautas de actuación en caso de malos tratos, incluida su dimensión preventiva. Sin embargo, estas actuaciones se deben ajustar a la legislación aplicable, con la oportuna intervención de las autoridades competentes.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 29/01/25

24 - Durante la visita se ha confirmado que no existe un protocolo bien establecido y operativo para poder denunciar situaciones de violencia y/o malos tratos. Funcionan de manera informal, gestionándose las quejas a través de la trabajadora social, lo cual, aunque actuando con buena voluntad, genera una situación en la que no queda registro de las quejas de las personas ingresadas ni posibilidad de revisión de la gestión de las mismas. Esto se confirma con la documentación aportada, en la que no se ofrece ningún documento en el que se recoja un protocolo de actuación en caso de denuncia de situaciones de malos tratos.

RECOMENDACIÓN

Que se garantice que los centros sociosanitarios de su ámbito de competencia cuenten con un protocolo actualizado de prevención, detección, protección y atención de malos tratos, abuso o acoso en el centro, que regule el acceso a la atención sanitaria, psicológica y social, informando en lenguaje claro desde su ingreso y manteniendo en todo caso una actitud proactiva para afrontar estas situaciones. Asimismo, que se disponga de un libro de registro inalterable en el que queden anotadas las quejas, denuncias y alegaciones relativas a malos tratos o trato incorrecto a las personas ingresadas. Dicho registro podrá ser también electrónico y deberá, en todo caso, observar la normativa aplicable en materia de protección de datos.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

25 - El análisis jurídico de la situación de las personas ingresadas constituye la segunda línea estratégica del Proyecto de Salud Mental del MNP, velando por un sistema de garantías preventivo que proteja la autonomía personal, y otorgándose preferencia a las medidas voluntarias, tal y como refieren los estándares emanados de Naciones Unidas y de las directrices del Consejo de Europa.

En efecto, promover este cambio de paradigma y velar por un sistema de garantías es parte del mandato de este Mecanismo Nacional de Prevención, toda vez que, como sostuvo el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, «El pleno respeto de la capacidad jurídica de cada persona es un primer paso en la prevención de la tortura y los malos tratos» (Apartado 4 de su Informe A/HRC/22/53).

A criterio de este Defensor del Pueblo, en su calidad de Mecanismo Nacional de Prevención, una medida tan delicada como la privación o restricción de libertad en un internamiento no voluntario debe garantizar los principios de certidumbre y taxatividad. Para ello es necesario que, además del propio interesado, todas las unidades y residencias de salud mental cuenten con el auto de internamiento previo al ingreso (art. 763.1 LEC) o de ratificación posterior (art. 763.4 LEC), según el caso y dentro de los plazos establecidos.

Fecha actualización información 17/01/25

26 - En el momento de la visita al Sanatorio La Robleda, 42 pacientes se encuentran ingresados de forma involuntaria. Es decir, el 61 por ciento de los pacientes (asumiendo que hay 69 pacientes en psiquiatría). En la distribución por sexos, el 28.6 por ciento de los internamientos involuntarios (12 pacientes) son mujeres, siendo hombres el 71.4 por ciento restante (30).

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

27 - La existencia de internamientos involuntarios de larga duración (en algunos casos de años) en La Robleda no son justificables, ya que en ninguna enfermedad mental se producen descompensaciones de duraciones tan largas (26 ingresos involuntarios se encuentran en esta situación desde 2023 o antes). Ejemplo de ello es el caso de una paciente que lleva once años ingresada de forma involuntaria y en cuya historia se refleja su estabilidad clínica. Otro caso similar refleja que, de las 185 páginas que tiene el documento pdf de sus notas clínicas, la frase «sin cambios» del evolutivo se repite 1.798 veces.

Con carácter general, no se encuentra justificación clínica para que un paciente requiera tratamiento en régimen de ingreso durante años. Y es que lo habitual es que, una vez superada la fase más aguda, sea posible el tratamiento ambulatorio. Cuando tras un episodio agudo se consigue esa estabilidad clínica, procede el alta médica, que no requiere autorización judicial (es decir, el alta la da el médico, aunque tenga que informar al juzgado). Este aspecto también se contempla en el artículo 763 LEC, al decir que «cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente». No puede considerarse buena práctica la utilización del artículo 763 LEC, con la consiguiente privación de libertad, para cubrir una necesidad que no es médica, sino social.

SUGERENCIA

Que se forme a los profesionales del centro en la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

SUGERENCIA

Que se revisen los internamientos involuntarios llevados a cabo en el Sanatorio La Robleda, con la finalidad de garantizar que persisten los criterios clínicos que hacen del tratamiento en régimen de ingreso el más indicado para la situación del paciente, evitando el uso inapropiado del artículo 763 LEC para abordar una situación de necesidad social (y no médica).

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 29/01/25

28 - En el caso de Hestia La Robleda, numéricamente, tanto la proporción de pacientes ingresados con intervención judicial como la duración de los internamientos involuntarios, resultan muy elevados. Ello debe obligar a reevaluar cada caso con el fin de garantizar el manejo clínico de los pacientes en el nivel asistencial idóneo. El otro requisito imprescindible para internar de forma involuntaria es que «no pueda decidir por sí». Se informa al equipo del MNP que no existe una forma estandarizada de evaluar la capacidad para decidir sobre el internamiento. Tampoco se emplean escalas ni pruebas psicológicas específicas en las que sustentar dicho diagnóstico de capacidad, sino que éste se basa en la entrevista clínica.

Podría pensarse que existe falta de familiarización del centro en el uso de escalas, pero no parece el caso, ya que sí se contemplan como instrumento de utilidad en protocolos de actuación de aplicación a otras circunstancias, como el de prevención de caídas, o de conductas autolesivas y autolíticas, donde se recomienda el uso del ítem 3 para evaluar el riesgo de suicidio de la escala Hamilton, al menos, como método de cribaje.

El diagnóstico de capacidad no deja de ser un diagnóstico clínico para el que la entrevista es un instrumento importante. Sin embargo, como todos los diagnósticos, implica cierto elemento de subjetividad. El uso de procedimientos estandarizados de diagnóstico no solo contribuye a la normalización u homogenización de la praxis, sino que disminuye al máximo ese elemento de subjetividad, permite poner el foco en el respeto a la autonomía y dignidad del paciente y, en última instancia, mejora la calidad de la asistencia que se presta. Por ello, dada la importancia del rigor en esta materia, sería recomendable desarrollar protocolos para el diagnóstico de capacidad más exacto posible.

RECOMENDACIÓN

Que se promueva la adopción de protocolos de valoración de la capacidad que permitan mejorar el procedimiento diagnóstico, así como homogenizar la práctica médica, lo cual contribuirá a reducir al máximo el elemento subjetivo. En definitiva, que se protocolice de forma adecuada la actuación médica a la hora de indicar un ingreso en residencias de salud mental de esa Comunidad Autónoma y, en particular, en el Sanatorio La Robleda, con una estancia limitada y con un tratamiento terapéutico biopsicosocial adecuado de cara a la recuperación y desinstitucionalización, tal y como propone el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) en su Informe CPT/Inf(98)12-part, sobre Internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos, y las Directrices sobre la desinstitucionalización de CRPD/C/5 del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de Personas con Discapacidad.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

29 - Se obtiene información de que se han realizado ingresos de menores de edad en el centro. Cuando se han realizado tales ingresos, se han cerrado dos habitaciones en la segunda planta para generar un «falso» espacio diferenciado para el menor ingresado en cuestión, que constaba de poco más que su habitación y una pequeña sala común, no teniendo acceso al resto del centro con la misma libertad que el resto de personas ingresadas. Dado que según la Ley General de Sanidad, los menores deben ser ingresados en unidades específicas, y que, en caso de generarse el espacio diferenciado, se genera una situación de aislamiento social, no existiendo contacto con otros iguales o pacientes y disponiendo de un régimen de vida muy limitado, no se consideran terapéuticos los ingresos realizados hasta el momento en el centro. Sumado a ello, dado el elevado riesgo de institucionalización descrito a lo largo del informe, el ingreso de menores supone un riesgo aún mayor en una edad crítica para la rehabilitación y la adaptación a la vida en comunidad.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

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

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

Fecha actualización información 17/01/25

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

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

Fecha actualización información 17/01/25

32 - Tal y como refiere la Instrucción número 1/2022, de 19 de enero, 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: «Las razones de seguridad y protección justificativas de su utilización se ven desplazadas por una concepción que sitúa a la persona, su voluntad, deseos y preferencias en el centro de su cuidado, alejándose esta visión del excesivo proteccionismo que se ha venido manteniendo en relación con las personas que integran estos colectivos». En este sentido, se debe incentivar la búsqueda de alternativas al recurso de la contención para garantizar, por un lado, la protección y la seguridad de la persona y, al mismo tiempo, el respeto de su dignidad.

En este sentido, 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, urge reformar los sistemas de salud mental en toda Europa y exhorta a los Estados a reducir drásticamente el recurso a las medidas coercitivas.

Ahora bien, mientras perviva la aplicación de medidas de contención, es preciso establecer un sistema de garantías de los derechos de las personas sometidas a esta práctica, con mecanismos de control suficientes para garantizar el uso adecuado, mínimo e imprescindible de las mismas, tanto con carácter previo como durante la aplicación y supervisión posterior, siguiendo los principios de excepcionalidad, individualización, proporcionalidad, mínima intensidad y duración posible, y transparencia.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

33 - Se comprobó durante la visita la falta de adecuación a los principios y pautas establecidas en los estándares citados previamente. En particular, a las indicaciones contenidas en el apartado 7. 1º a 5º de la anterior normativa, con relación a la necesidad de un protocolo específico de actuación, el consentimiento libre e informado explícito para cada situación y persona, la necesaria prescripción médica, el control periódico y la supervisión, y el debido registro y documentación.

El uso de contenciones mecánicas constituye una práctica habitual en este centro sociosanitario. En la misma se hace una diferencia entre «contención», que se trataría de un procedimiento para paciente que requiere de una inmovilización de cinco o siete puntos, y «sujeción», que sería para paciente anciano que requiere medidas para evitar caídas, deambulación o riesgo de daño en un contexto de deterioro cognitivo o alteración orgánica.

Fecha actualización información 17/01/25

34 - Se observa en el registro de contenciones, y se corrobora por los testimonios de las personas ingresadas recogidos en las entrevistas, que existen contenciones que se mantienen durante semanas. En alguna de estas contenciones, se llegaba a desatar a la persona ingresada para que pudiera realizar su higiene personal, y posteriormente se le volvía a contener. También se pudo corroborar en una de las historias clínicas, no siendo un caso aislado, una contención de nueve días, seguida de tres días más de aislamiento habitacional. Esto supone una vulneración grave de los derechos básicos de las personas ingresadas.

En el análisis de los vídeos sobre las aplicaciones de contención mecánica, se observa que se realiza una contención a una persona ingresada que está claramente tranquila y no muestra ningún signo de agresividad, colaborando en la retirada de su ropa y en el resto de instrucciones. No existiría pues ninguna indicación para que fuera contenida.

Existe en los cursos clínicos de varios pacientes «aislamiento habitacional», siendo una práctica muy común en el sanatorio la de aislar en la habitación con llave. En cambio, esta práctica no se recoge en ninguna de las circulares ni documentos internos del centro. Supone una práctica para la cual, además, no existe ningún soporte legal en la legislación, suponiendo una vulneración de derechos básicos como la libertad y la dignidad.

Fecha actualización información 29/01/25

35 - En las historias clínicas, se ha constatado la indicación por parte de los médicos y psiquiatras de «contención mecánica si precisa», lo cual ha sido corroborado en las entrevistas con distintos trabajadores del centro. La contención mecánica ha de valorarse e indicarse por el personal médico en el momento de la agitación, es decir, se debe firmar documentalmente por éstos en el momento en que comienza la misma, a no ser que exista una situación de excepcional riesgo.

Por otro lado, se pudo constatar en diversas historias la supervisión deficiente y condiciones insalubres en las que se realizan las contenciones mecánicas. Un ejemplo de ello es el uso de pañal de manera rutinaria para las contenciones mecánicas, debido a la ausencia de supervisión y la falta de control y de registro sanitario durante las mismas, realizándose, en algunos casos, únicamente tres anotaciones en un periodo de 24 horas.

RECOMENDACIÓN

Que se tomen medidas concretas para desalentar la aplicación de contenciones en las unidades de salud mental, centros residenciales y/o sociosanitarios de esa Comunidad Autónoma, sean éstos públicos o privados, garantizándose que en ningún caso sea prescrita de manera genérica, sino individualizada en persona y tiempo, y nunca como sanción o castigo ni como medida terapéutica, de acuerdo a los estándares internacionales en la materia y las pautas establecidas por la reciente 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. Asimismo, que dichas medidas

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

para desalentar las contenciones se plasmen en un protocolo de contenciones cero.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

36 - Relacionado con esta materia, interesa señalar el caso de una paciente, en cuyo evolutivo se muestra una anotación en la que se alude a que la paciente manifiesta haber sufrido episodios de abuso sexual: «describe que, mientras se encuentra contenida físicamente, un trabajador le toca sus partes íntimas y la insulta». Al equipo de visita se le facilitaron únicamente los evolutivos de enfermería, pero cabe la posibilidad de que existan otros documentos relativos a esta paciente en relación a estos hechos que se desconozcan por parte del MNP. Aunque consta en su evolutivo que «se revisarán las cámaras», no se menciona el resultado de la comprobación ni consta que se activase el correspondiente protocolo.

En el análisis de la historia clínica de otro paciente varón, llama la atención una anotación en la que se alude a que a ese paciente se le ve «tocándole el pecho» a una paciente cuyo nombre coincide con la arriba mencionada. Consultada la historia de dicha paciente, que en esta fecha ya estaba ingresada, no consta alusión a este hecho en sus notas clínicas de ese día. En el momento de la visita del MNP no hay ninguna otra paciente con el mismo nombre. Tampoco se menciona que se llevara a cabo alguna intervención en el evolutivo clínico del paciente varón. A pesar de las lagunas que hay en el conocimiento de la realidad que se describe, resulta incuestionable que en la planta de psiquiatría se requiere extremar el rigor en la detección de casos de posible agresión sexual, poniendo en marcha los procedimientos que sean necesarios para la indagación de los hechos y proporcionar la correspondiente protección.

En todo caso, se solicita la investigación que el centro haya realizado en relación a los hechos descritos.

Fecha actualización información 29/01/25

37 - Respecto al protocolo de contenciones mecánicas, la última versión a la cual ha tenido acceso el MNP es de junio del año 2021. Además del protocolo en sí mismo, se aporta hoja de control de enfermería donde hay que registrar horariamente constantes clínicas y estado mental. Esta hoja es de uso tanto para contención como para aislamiento. Se observa margen de mejora en la actualización de los protocolos, tanto de la bibliografía como de la terminología que se emplea (por ejemplo, en materia de incapacidad). Además, el protocolo de contención no incluye 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.

RECOMENDACIÓN

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

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Fecha actualización información 29/01/25

38 - La información relativa a la contención consta en un registro específico, pero, sobre todo, se anota en el expediente clínico de cada paciente. Se nos facilita «libro de contención mecánica» del año 2024. No consta separación entre pacientes de psiquiatría y psicosociales. Se trata de un cuaderno en el que se registra, para cada paciente, su nombre y número de historia clínica, la fecha, el motivo, el médico autorizante y la evolución.

A vista de la información que incluye el libro, no queda muy claro si los registros son contenciones efectivamente realizadas o indicación en caso de que se dé la circunstancia recogida en el apartado «evolución clínica». Revisado el evolutivo de una paciente en concreto, resulta más plausible esta segunda opción, ya que, efectivamente, se trata de una paciente que a lo largo de los dos últimos años ha presentado múltiples episodios de autolesión, agresiones a terceros y agitación, por los que se ha realizado contención mecánica en diversas situaciones, sin que conste específicamente la valoración médica en cada episodio concreto ni el intento de recabar el consentimiento.

La información recogida en el registro de contención parece centralizar, por tanto, la previsión de la necesidad de contención, a modo de una medicación de rescate o stat, y no el inicio de una contención propiamente dicha.

Asimismo, el registro general de contenciones estaba claramente mal documentado, con un gran número de contenciones en las cuales no se registraba el motivo, el profesional responsable, o la fecha final de retirada de la contención. Además, en el registro de 2024, se eliminó el apartado de fecha final de la contención.

RECOMENDACIÓN

Que se establezca un libro registro específico de contenciones, tanto mecánicas como farmacológicas, en cada unidad de hospitalización de esa Comunidad Autónoma, en el que se incluya información detallada y exacta de la medida adoptada (como mínimo, se anote nombre o número de historia clínica del paciente, inicio y cese de la aplicación, autorización telefónica o presencial, consentimiento informado, quién indica la contención, puntos de contención aplicados, motivo, personal que la realiza, lugar donde se produce, y dosis concretas administradas en el caso de las contenciones farmacológicas). Junto a ello, que se disponga de manera digitalizada y accesible de un registro de las grabaciones de video de las contenciones aplicadas. Asimismo, si los pacientes lo solicitan, que se proporcione una copia completa de la anotación realizada.

Respuesta a la resolución: Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

39 - En sentido contrario, el personal de enfermería ha implementado una nueva hoja de registro de cada contención que sí cumple con las Recomendaciones del MNP y que permite observar si se han realizado los controles durante la supervisión de la misma.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 17/01/25

40 - En las conversaciones mantenidas con el personal, se informa al MNP que cuando el paciente ha ingresado voluntariamente en el centro y, en un momento dado, se produce una situación en la que se requiere contención mecánica, se comunica al juzgado, ya que se entiende que el internamiento se transforma en ese momento en involuntario.

Por el contrario, si se trata de un internamiento involuntario ya ratificado por el juzgado y el paciente requiere contenciones, no se realiza nueva comunicación ni se pide consentimiento informado.

Cabe destacar, y así se ha mencionado en el IA 2023 del MNP, que el internamiento - voluntario o involuntario- hace referencia únicamente al ingreso y estancia de una persona en una unidad de hospitalización, pero, de ningún modo, esta situación jurídica puede verse afectada por considerarse que se precisa una contención mecánica.

Observación a la conclusión: Por otro lado, en relación a la materia del consentimiento, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT/C/ESP/CO/7), en sus Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de España, de 24 de agosto de 2023, en el apartado 45, en relación al uso de medidas coercitivas en la atención de salud psiquiátrica expone: «El Comité lamenta no haber recibido información adicional por parte del Estado parte sobre las denuncias recibidas relativas al uso de medios de contención física, mecánica y farmacológica sin solicitar el consentimiento informado de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial para su tratamiento, ni sobre la falta de un mecanismo independiente que supervise los establecimientos de salud mental, teniendo en cuenta las observaciones formuladas en 2019 por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (art. 11 y 16).». Al hilo de ello plantea la siguiente recomendación: «46. El Estado parte debe velar por que las medidas coercitivas en la atención de salud psiquiátrica se apliquen únicamente en circunstancias excepcionales y sin vulnerar las normas de derechos humanos, que se solicite sistemáticamente el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad durante todos los procedimientos, y se garantice la supervisión independiente de los centros de salud mental.».

Fecha actualización información 17/01/25

41 - Y es que, desistir del intento de dar información al paciente sobre su estado de salud y sobre las opciones terapéuticas de que dispone, así como de facilitarle los apoyos que pueda necesitar para decidir, puede suponer una merma en su autonomía o una privación del derecho a la integridad física.

Según el meta-análisis publicado en 2020 por A. Calcedo y cols. , hasta tres cuartas partes de los pacientes psiquiátricos (es decir, la mayoría), incluidos pacientes con enfermedades graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, pueden tener capacidad para tomar decisiones relacionadas con su salud. No existe justificación clínica, por tanto, para presumir la ausencia de capacidad para todo tipo de consentimiento por el solo diagnóstico de patología mental. Incluso cuando la medida que se está planteando adoptar es una contención mecánica, facilitar la información o dar alternativas es algo que, al menos, debe intentarse.

Fecha actualización información 29/01/25

42 - No existe una praxis de post-evaluación una vez finalizada la aplicación de las contenciones mecánicas.

SUGERENCIA

Que se implemente, tras la realización de una contención, un sistema de «apoyo post-incidente» y revisiones de los incidentes acaecidos a través de una monitorización, cuyos resultados permitan evaluar el procedimiento en un periodo de tiempo establecido, siguiendo la línea de actuación marcada por el Comité para la Prevención de la Tortura en el

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: CONSELLERÍA DE SANIDAD - SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS)

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

apartado 46 de su informe [CPT/Inf(2006)35part].

[Respuesta a la resolución](#): Sin respuesta

Fecha actualización información 17/01/25

43 - Durante las entrevistas, se ha constatado la existencia de formación específica en el grupo Hestia sobre el manejo de la agitación y el uso de contenciones mecánicas. Esto es una buena práctica, siempre que el objetivo que se persiga sea la reducción en su uso, además de enseñar cómo realizarlas de manera segura.

Fecha actualización información 17/01/25

44 - Una de las realidades de mayor gravedad descrita, tanto por el personal del centro como por las personas ingresadas, y corroborada en los vídeos revisados de contenciones, es el uso habitual de la propia cama de las personas ingresadas como cama de contención. Esto supone enfrentarse a la situación de tener que dormir en una cama y habitación donde las personas ingresadas se han tenido que ver en momentos que pueden ser vividos de manera altamente traumática.

Fecha actualización información 29/01/25

45 - En cuanto al tratamiento farmacológico, se ha recogido el siguiente número de personas que reciben tratamiento con distintitos grupos farmacológicos:

- Pacientes con antipsicóticos: 26
- Pacientes con antidepresivos: 27
- Pacientes con benzodíacepinas: 25
- Pacientes con estabilizadores del ánimo: 24
- Pacientes con politerapia (uso de tres o más medicamentos): 29

En dicho análisis, se puede observar que un número elevado de pacientes se encuentra recibiendo politerapia de antipsicóticos y otras clases; además, algunos pacientes reciben fármacos con dosis fuera de ficha técnica. Ambas realidades suponen una mala praxis, generando un riesgo mucho mayor de efectos secundarios sin un beneficio probado en los estudios científicos.

En prácticamente todas las entrevistas donde se realizaron preguntas sobre el tratamiento farmacológico de las personas ingresadas, ninguna conocía qué tratamiento farmacológico estaba recibiendo. A su vez, no existe en el centro un plan de reducción o racionalización del tratamiento farmacológico.

SUGERENCIA

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

[Respuesta a la resolución](#): Sin respuesta

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

LEYENDA EXPLICATIVA

Conclusiones generales

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

Conclusiones específicas:

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

Observación a la conclusión:

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

Respuesta a la conclusión:

Sintetiza la posición de la Administración sobre cada conclusión.

Seguimiento de conclusión/resolución:

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

Resoluciones:

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

Recomendación:

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

Sugerencia:

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

Recordatorio de deberes legales:

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

Advertencia:

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

Respuesta a la resolución:

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