

Informe especial sobre la violencia en el ámbito de la Administración sanitaria, elaborado por el Defensor del Pueblo de Navarra

En sesión celebrada el día 10 de marzo de 2008, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

1.º Darse por enterada del Informe especial sobre la violencia en el ámbito de la Administración sanitaria, elaborado por la Oficina del Defensor del Pueblo de Navarra.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

3.º Disponer que la exposición del mencionado informe se celebre en una próxima sesión de la Comisión de Régimen Foral.

Pamplona, 10 de marzo de 2008.

La Presidenta: Elena Torres Miranda

Informe especial sobre la violencia en el ámbito de la Administración sanitaria, elaborado por el Defensor del Pueblo de Navarra

ÍNDICE

- I. Finalidad y justificación (Pág. 22).
- II. Habilitación legal (Pág. 24).
- III. Proceso de elaboración de este informe (Pág. 24).
- IV. Algunos datos relacionados con la violencia contra el personal de la administración sanitaria (Pág. 24).
- V. La violencia sanitaria: elementos que la integran y derechos protegidos frente a ella (Pág. 26).
 - A) Titular del derecho (Pág. 28).
 - B) El daño, sus formas (Pág. 28).
 - C) El sujeto activo: el agresor (Pág. 28).
 - D) El lugar (Pág. 28).
 - E) El contexto (Pág. 29).
 - F) La definición de violencia sanitaria (Pág. 29).
- VI. Las causas de la violencia sanitaria (Pág. 29).
 - A) Causas objetivas (Pág. 29).
 - B) Las causas subjetivas por razón del paciente o de sus acompañantes. El derecho del ciudadano a la protección de la salud (Pág. 30).
 - C) Las causas subjetivas por razón del personal de la Administración sanitaria (Pág. 31).
- VII. El tratamiento penal y administrativo de la violencia contra el personal de la administración sanitaria (Pág. 31).
 - A) El tratamiento penal (Pág. 31).
 - B) El tratamiento administrativo (Pág. 35).
 - C) Compatibilidad de las sanciones penales y administrativas (Pág. 36).
- VIII. Recomendaciones y sugerencias para la prevención, tratamiento y reducción de la violencia contra el personal de la administración sanitaria (Pág. 36).

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN.

A principios de 2007, el Sindicato de Enfermería SATSE de Navarra mostraba públicamente su preocupación por el aumento de agresiones que se estaban produciendo en Navarra contra el personal sanitario y proponía algunas medidas para actuar en tales casos.

Con posterioridad, en el mes de mayo de 2007, se celebraron en Pamplona, durante los días 17 y 18, unas jornadas sobre la violencia en el sector sanitario, organizadas por el Consejo General de Enfermería, el Colegio Oficial de Enfermería de Navarra y la Escuela de Ciencias de la Salud, en el curso de las cuales el titular de esta Institución tuvo la satisfacción de participar impartiendo una conferencia, realizando diversas reflexiones al respecto y exponiendo algunas propuestas o ideas, que hoy sientan las bases de este informe.

Sin haber alcanzado en Navarra unas proporciones alarmantes, la violencia en el ámbito de la sanidad pública contra el personal sanitario está siendo objeto de creciente preocupación en varias Comunidades Autónomas, que detectan un incremento del problema. De ahí que esta situación haya dado lugar a varias reflexiones en los foros directamente relacionados con la atención sanitaria a los ciudadanos, que, lógicamente, también han llegado a esta Institución.

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que la violencia se

catalogaba de un problema de salud pública importante y creciente en todo el mundo, con efectos negativos evidentes en el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

La violencia laboral se muestra como uno de los graves riesgos laborales del siglo XXI, ya que afecta, sin distinción, a todos los grupos de trabajadores. No obstante, la incidencia es más acusada en el ámbito de los trabajadores que se relacionan con el público en general, en lo que también coincide la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Para esta última organización, la violencia en el trabajo, sea física sea psicológica, ha adquirido unas dimensiones relevantes, superando fronteras, entornos de trabajo y categorías profesionales.

Las Administraciones públicas y las entidades que integran el sector público no han quedado al margen de los casos de violencia. Es más, en opinión de la Organización Internacional del Trabajo, son precisamente los profesionales que prestan servicios públicos quienes tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por su más estrecha relación con los usuarios.

En un informe elaborado en 2003 por la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, denominado "Prevención de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo", un diez por ciento de los trabajadores europeos afirmaba haber sufrido amenazas, insultos y acoso en algún momento de su vida laboral.

Las personas agredidas pueden desarrollar distintos efectos negativos, dependiendo del tipo de agresión y de la personalidad de cada víctima. Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, las consecuencias pueden variar desde la pérdida de satisfacción profesional y de la motivación o el miedo, hasta el estrés, los daños físicos y los daños psicológicos o morales.

Aun cuando lo normal sea equiparar la agresión física con la violencia, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo ha entendido, acertadamente, que la violencia es algo más amplio que la agresión física y que deben incluirse en la primera otras conductas capaces de violentar o intimidar a quienes las padecen. La violencia laboral comprende, además de las agresiones físicas, cualquier conducta verbal o física amenazante, intimidatoria, de acoso o abusiva.

La violencia relacionada con el trabajo no es sólo un problema puntual y aislado, es, también, un problema estructural, cuyas raíces se encuentran en motivos de índole organizativa, social, económica o cultural.

Por su carácter global y por el origen diverso de factores que desatan la violencia en el trabajo, la respuesta al problema debe ser necesariamente multidisciplinar e integral y dicha respuesta ha de darse con carácter preventivo y organizativo, durante el momento de la agresión, y después de la violencia hasta eliminar sus efectos sobre la víctima.

Las políticas de los poderes públicos han de asumir esta visión integral y continua tanto en la prevención de la violencia como en la reducción o eliminación de sus efectos y en la represión del agresor.

Lo que se pretende con la elaboración de este informe es hacer llegar tanto al Parlamento de Navarra como al Gobierno de Navarra distintas propuestas normativas y ejecutivas que puedan ayudar a que se respeten los derechos constitucionales del personal al servicio de la Administración sanitaria de Navarra a su integridad física y moral (art. 15 de la Constitución Española), a no ser objeto de penas o tratos degradantes por nadie (art. 15 CE), a su seguridad personal (art. 17 CE), a su honor y, en su caso, a su intimidad personal y familiar (art. 18.1 CE), y, en todo caso, a la dignidad personal en la que se asienta, como expresa la Constitución, la paz social (art. 10.1 CE), y, por ende, a prevenir, encauzar y resolver este problema y disuadir y sancionar a los agresores en base al principio de proporcionalidad.

Este planteamiento, en una primera aproximación al tema, puede llevar a la falsa impresión de que con la elaboración de este informe, esta Institución se aparta de su línea de trabajo habitual, cual es la defensa de los derechos de los ciudadanos frente a la Administración. No obstante, tras la lectura y análisis del mismo, se constata que las medidas que se proponen tienen un doble objetivo: por una parte, proteger al profesional de la Administración sanitaria frente a las agresiones del ciudadano usuario de la sanidad, y por otro, establecer sanciones para el agresor, en los supuestos de violencia menos intensa, que resulten más proporcionadas que las que se vienen reclamando desde algunos sectores que apuestan casi exclusivamente por soluciones penales duras, sin añadir medidas preventivas.

Se trata por tanto, de trasladar a la Administración Pública y a los demás poderes públicos propuestas normativas y procedimentales que contribuyan a mejorar las actuaciones que actualmente desarrollan en defensa y protección de los profesionales de la sanidad en los casos de violencia provocada por el usuario del servicio público, de modo que se logre prestar un apoyo eficaz a la

víctima de la agresión y sancionar al agresor conforme a criterios de justicia material, esto es, conforme corresponda con arreglo al principio de proporcionalidad que sustenta el Derecho.

II. HABILITACIÓN LEGAL.

Este informe tiene la condición de informe especial de los previstos en el artículo 36.2 de la Ley Foral 4/2000, de 3 de julio, del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra, que, a tal efecto, dispone que “cuando... la importancia... de los hechos lo aconsejen, (el Defensor del Pueblo de Navarra) podrá presentar un informe monográfico, que dirigirá a la Comisión Permanente del Parlamento si éste no está reunido.”

Por su parte, el artículo 16 de la misma Ley Foral faculta al Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra para:

a) Iniciar y practicar una investigación para el esclarecimiento de actos o conductas producidos por las entidades a que se refiere el artículo 1.3 que afecten a una persona o un grupo de personas. Entre las entidades mencionadas en dicho precepto están la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos.

b) Dirigir recomendaciones a los órganos competentes para lograr una mejora de los servicios de la Administración.

c) Señalar las deficiencias de la legislación formulando recomendaciones a fin de dotar a la actuación administrativa y a los servicios públicos de la necesaria eficacia en garantía de los derechos de los administrados. Estas recomendaciones pueden dirigirse al Parlamento de Navarra o a cualquiera de las entidades a las que se refieren las letras a), b) y c) del artículo 1.3, entre ellas, como se ha señalado, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos.

Finalmente, el artículo 17 de la Ley Foral reguladora de la Institución habilita al Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra para, entre otras funciones, “procurar, en colaboración con los órganos y servicios competentes, las soluciones más adecuadas en defensa de los intereses legítimos de las personas y la adecuación de los órganos administrativos a los principios de objetividad, eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración, coordinación y sometimiento pleno a la Ley y al Derecho.”

III. PROCESO DE ELABORACIÓN DE ESTE INFORME.

La elaboración de este informe ha sido realizada directamente por la Institución del Defensor del Pueblo de Navarra, a partir de sus propios recursos humanos y materiales.

Conscientes de la importancia de propiciar las condiciones idóneas para llevar a cabo las medidas de prevención y protección contra la violencia en el ámbito sanitario, se ha invitado a participar, en la fase de elaboración del documento, a los siguientes organismos y entidades:

– Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

– Departamento de Presidencia, Justicia e Interior del Gobierno de Navarra.

– Departamento de Relaciones Institucionales y Portavoz del Gobierno de Navarra

– Colegio Oficial de Médicos de Navarra.

– Colegio Oficial de Enfermería de Navarra.

– Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Navarra.

El Departamento de Salud y el Colegio Oficial de Médicos de Navarra han participado con la aportación de diversa información y con la formulación de propuestas que, en su mayor parte, se han incluido en la redacción definitiva del informe.

Por su parte, el Departamento de Presidencia, Justicia e Interior (que comenzó en el año 2006, dentro del seno del Comité de Seguridad y Salud, un estudio específico sobre violencia externa en la Administración) ha creado un grupo técnico para elaborar una propuesta de Plan Global de Prevención y Actuación ante situaciones de violencia externa en el lugar de trabajo, en la que vemos reflejadas algunas de las recomendaciones aquí expuestas.

IV. ALGUNOS DATOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

Según una noticia aparecida en los medios de comunicación el pasado día 22 de abril, en los últimos tres años unas 3.500 personas del sector sanitario público habrían denunciado ante su Administración respectiva haber sufrido agresiones físicas o psíquicas de sus pacientes.

Según esa misma noticia, puede existir una falta de correlación entre las denuncias administrativas y el número real de casos producidos, ya

que sondeos recientes indican que en torno al 60% del personal sanitario ha sido objeto de alguna agresión física o verbal.

Conforme a datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 25% de las agresiones en el medio laboral se producen en el entorno sanitario.

La creciente preocupación por la violencia en el ámbito sanitario llevó al Defensor del Pueblo de España a abrir, el año pasado, una investigación de oficio sobre esta materia. Las conclusiones de esta investigación están pendientes de hacerse públicas.

Por otra parte, la revista "Medicina Clínica" publicó en marzo de 2006 un sondeo efectuado por la Universidad de Zaragoza sobre una muestra de 2.000 trabajadores de la sanidad pública de Aragón y Castilla-la Mancha. En esta encuesta, el 11% de los consultados declaró haber sido víctima de agresiones físicas y un 64% sujeto pasivo de violencia psicológica.

En mayo de 2007 una encuesta realizada por el Consejo General de Enfermería en todo el ámbito territorial del país (600 enfermeros consultados) destacaba que el 33% de los enfermeros había sufrido agresiones físicas (un 3,7%) o verbales (el 29,3% restante) en el último año, ocasionadas en un 49,8% de los casos por familiares y acompañantes de los pacientes y en un 47,3% por los propios pacientes. Los encuestados constataban un incremento de las agresiones en los últimos cinco años, en los que la violencia ha pasado de ser anecdótica a convertirse en un problema verdaderamente preocupante, en número, frecuencia y gravedad.

En Andalucía, donde se lleva un registro público de agresiones, entre abril (fecha de implantación de un protocolo de actuación contra la violencia) y noviembre de 2006, se contabilizaron los siguientes números de agresiones:

- Jaén: 42, de ellas 16 físicas.
- Huelva, 54, de ellas 6 físicas.
- Córdoba: 63, de ellas 25 físicas.
- Almería, 63, de ellas 13 físicas.
- Cádiz, 68, de ellas 18 físicas.
- Sevilla, 77, de ellas 34 físicas.
- Granada, 86, de ellas 28 físicas.
- Málaga, 142, de ellas 31 físicas.

Según los datos facilitados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, durante los años

2003 a 2007 se produjeron en Navarra, o al menos se tiene constancia de ellas, doce agresiones al personal sanitario, de las que once fueron agresiones verbales y una física. De ellas, una corresponde al año 2003, cinco al año 2005, cuatro a 2006 y dos a 2007. El 17 de mayo de 2007 el presidente del Tribunal Superior de Justicia de Navarra ratificaba estos datos y añadía que los agredidos eran médicos, enfermeras y otros trabajadores del ámbito sanitario, y los agresores, los pacientes o sus acompañantes y familiares.

Si se comparan estas cifras con las que ofrecen las provincias de Andalucía de una población similar o inferior, y teniendo en cuenta que estas últimas contienen únicamente datos relativos a parte del año 2006, mientras que las de Navarra comprenden el periodo 2003-2007, puede observarse que el número de agresiones denunciadas en Navarra es mucho más reducido, lo que puede significar una de estas dos cosas: que el nivel de agresiones en Navarra es más bajo que en la media, o que, por las razones que sean, no se tiene constancia de todas las que se producen. A la vista de la memoria del Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Navarra correspondiente al año 2006, la explicación se encontraría más en la primera de las causas que en la segunda, ya que el nivel de delitos contra las personas es relativamente bajo en Navarra. En palabras del propio Fiscal Jefe, las causas por lesiones incoadas el año pasado han experimentado un ligero descenso respecto a 2005.

Entre las causas que podrían justificar que en Navarra se produzcan menos agresiones que en otras regiones españolas figuraría el hecho de que en esta Comunidad Foral trabajan, según datos aportados por el presidente del Colegio de Enfermería de Navarra, 883 enfermeras por cada 100.000 habitantes frente a las 500 de Madrid, 410 de Andalucía ó 320 de Murcia, lo que permite presumir que, ante un mayor grado de atención sanitaria, se producen menos respuestas violentas por desatención.

Efectuada una consulta verbal al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, fuentes del mismo informaron que la dimensión del problema es muy reducida en Navarra. En opinión de esas fuentes, se dan más supuestos de mala educación del paciente o de discusiones verbales y tensiones entre el usuario y los trabajadores sanitarios en un momento concreto, que casos de agresiones o vejaciones, sin que tales supuestos de falta de respeto se consideren denunciables o perseguibles a efectos administrativos o penales.

Por otra parte, el sindicato SATSE exponía recientemente ante los medios de comunicación navarros su opinión de que la Administración de la Comunidad Foral no estaba tomando cartas en el asunto, a pesar de que este sindicato había denunciado el aumento de agresiones contra el personal sanitario. Además el sindicato solicitaba la creación de un registro oficial en el que quedase constancia del número exacto de agresiones que se produzcan en Navarra frente al personal sanitario, así como la puesta en marcha de un protocolo de actuación para que el personal afectado sepa cómo actuar en estos casos.

En la Comunidad Foral de Navarra, según los datos facilitados por el Departamento de Salud, se han interpuesto denuncias penales por violencia, amenazas, vejaciones o injurias producidas en los siguientes centros sanitarios: Hospital "Reina Sofía" de Tudela, Centro de Salud "Santa Ana" de esta misma localidad, Centro de Salud de Berriozar, centro médico de urgencias del Centro de Salud de la Rochapea, Centro de Salud de Iturrama, Centro de Salud de Ermitagaña, Centro de Salud de Orcoyen, Centro de Salud de Peralta, Centro de Salud de Cascante y en el Servicio de Urgencia Extrahospitalaria del ambulatorio General Solchaga.

En dos de estos casos concurrían circunstancias en los agresores, como la drogadicción o el alcoholismo, que actuaron como elementos decisivos en la producción de la reacción violenta. En uno de ellos, el agresor pidió jeringuillas y al negárselas el personal sanitario, tras explicarle que allí no se dispensaban y que tenía que dirigirse a una farmacia, la emprendió a insultos y a golpes contra los objetos y personas que se encontraban en el lugar, llegando incluso a romper la puerta automática de acceso. En el otro caso, se trataba de una persona que exigía que le quitaran la escayola del brazo y, al contestarle que el lugar adecuado para ello era la consulta de su médico, la emprendió, igualmente, a insultos con los presentes e intentó golpear a alguno de ellos con la escayola.

Ya dentro de los parámetros desgraciadamente más habituales que soportan los profesionales sanitarios, un paciente del servicio de hemodiálisis del Hospital Reina Sofía de Tudela fue condenado recientemente con la imposición de dos multas por la comisión de dos faltas de vejaciones injustas de carácter leve. El Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Tudela consideró probado que el paciente le había dicho a la enfermera: "siempre que me llevas tú, me jodes", y que, en otra ocasión, el mismo paciente le había dicho a la

otra enfermera, en referencia a la primera, "esa no sabe nada, la echaron durante un año y medio porque no sabe nada." Para el juez, este comportamiento, indiscutiblemente reprobable, constituye jurídicamente una vejación, sancionable penalmente. La vejación es un concepto equivalente al maltrato, a la molestia, el menosprecio o la humillación a otra persona, con la voluntad de querer molestar. La pena aplicada fue de dos multas de quince días a razón de una cuota de tres euros al día, con arresto sustitutorio en caso de impago a razón de un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas; esto es, un total de 90 euros, además, del pago de las costas procesales.

Todos estos casos reflejan una realidad que demanda una actuación de la Administración competente. Según la información facilitada por el Departamento de Salud, en el año 2006 se constituyó un grupo específico de trabajo en el seno del Comité de Seguridad y Salud del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Este grupo de trabajo ha llevado a cabo diversos estudios, entre ellos la evaluación de riesgos de factores psicosociales y el estudio de las agresiones que se han registrado en el Servicio de prevención de riesgos laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Por otra parte, el citado organismo autónomo ha creado un registro de agresiones para llevar a cabo un control más exhaustivo de las mismas y está formando al personal sanitario mediante la realización de cursos de manejo de clientes o pacientes agresivos.

V. LA VIOLENCIA SANITARIA: ELEMENTOS QUE LA INTEGRAN Y DERECHOS PROTEGIDOS FRENTE A ELLA.

En la situación de violencia provocada por los usuarios de la sanidad pública o de sus acompañantes contra el personal de la Administración sanitaria, deben ser objeto de protección pública los derechos fundamentales de los profesionales sanitarios protegidos constitucionalmente. Esta afirmación obliga a preguntarse qué derechos son esos.

Fundamentalmente, se trata del derecho a la integridad de las personas en su doble vertiente física y moral, que reconoce y ampara el art. 15.1 de la Constitución.

El derecho a la integridad física protege a su titular de no ser agredido, lesionado o maltratado físicamente por nadie en ningún caso. Este dere-

cho se refiere al maltrato de obra por terceros, incluyéndose aquí no sólo la agresión física efectiva, sino también la tentativa de cometerla y la agresión fallida o frustrada.

El derecho a la integridad moral garantiza a su titular no verse maltratado, insultado, degradado o humillado de palabra por un tercero.

Pudiera argumentarse que también se ve lesionado, en los casos de agresiones, el derecho a la salud del titular. Pero jurídicamente no puede entenderse así, puesto que ese pretendido “derecho a la salud”, como tal, no existe, sino que se trata realmente del derecho a la protección de la salud, y éste es un principio rector de la política social y económica, que se ejerce por su titular ante los poderes públicos para recabar de estos prestaciones públicas o servicios sanitarios en la forma y con la extensión que determina el legislador, y no frente a actos de particulares.

Realmente, cuando se habla de un “derecho a la salud” dañado por una agresión física o moral, a lo que se está haciendo mención es al derecho a la integridad física o moral que reconoce y protege la Constitución en su art. 15. Y este derecho es un derecho fundamental que la Constitución considera como oponible inmediatamente, directamente, sin necesidad de ninguna ley que lo desarrolle o matice, igualmente ante particulares que ante los poderes públicos, y que goza, tras el derecho fundamental a la vida, de la máxima protección constitucional y legal, hasta el punto de que el art. 15 de la Constitución es taxativo: nadie, en ningún caso, puede ser sometido a tratos crueles o degradantes.

Un derecho que se conecta directamente con el art. 10.1 de la Constitución, es decir, con el punto nuclear esencial de la Norma Suprema, que fundamenta todo el orden político y la paz social en algo tan elemental como la dignidad humana, los derechos inviolables que le son inherentes a ésta, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y el respeto a los derechos de los demás. Y es necesario destacar este art. 10.1 CE porque en él se ha basado, precisamente, el Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña para solicitar una mayor pena a las agresiones a los profesionales de la educación y la sanidad públicas.

El Tribunal Constitucional ha sido meridiana-mente claro a la hora de diferenciar el derecho fundamental a la integridad física que protege el art. 15.1 CE del derecho a la protección de la salud que enuncia el art. 43.1 CE como principio rector de la política social y económica. Mientras

que el primer derecho es objeto de una tutela extraordinaria mediante el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, el segundo derecho encuentra su tutela en la jurisdicción ordinaria, sin acceso al Tribunal Constitucional. El derecho a la integridad no garantiza el derecho a la salud o a preservar la salud personal de actos dañosos o perjudiciales. Ni, por tanto, puede invocarse en el recurso de amparo la tutela del derecho a la protección de la salud mediante el expediente de introducir su contenido en el ámbito del derecho a la vida y a la integridad física (ATC 192/1993, de 14 de junio).

Como es obvio, afirma el Tribunal, “no puede aceptarse, sin banalizar el contenido de los derechos fundamentales reconocidos en el art. 15 CE, que todo supuesto de riesgo o daño para la salud implique una vulneración del derecho fundamental a la integridad física. El invocado derecho a la integridad física protege ante todo la incolumidad corporal, esto es, el derecho de la persona a no sufrir lesión o menoscabo en su cuerpo o en su apariencia externa sin su consentimiento (STC 207/1996, de 16 de diciembre, F. 2), de modo que habrá intervenciones corporales indiferentes para la salud del sujeto pasivo, pero prohibidas por el art. 15 CE, y otras que, por las circunstancias en que se producen, puedan resultar legítimas desde el punto de vista de ese precepto constitucional, pese a poder incidir sobre la salud u ocasionar algún grado de malestar a la persona afectada. Para que la afectación de la salud de una persona por una determinada actuación de los poderes públicos suponga la lesión de su derecho fundamental a la integridad física, es requisito necesario que como consecuencia de aquélla se ponga en peligro grave e inmediato la salud (STC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 6), o se produzca lo que la STC 220/2005, de 12 de septiembre, llamó un riesgo relevante que genere un peligro grave y cierto para la salud del afectado (FJ 4). En el mismo sentido, la STC 5/2002, de 14 de enero (FJ 4), declaró que el derecho a que no se dañe o perjudique la salud personal, queda comprendido en el derecho a la integridad personal del artículo 15 CE, si bien no todo supuesto de riesgo o daño para la salud implica una vulneración del derecho fundamental a la integridad física y moral, sino tan sólo aquél que genere un peligro grave y cierto para la misma. Además, hemos dicho que, cuando se aleguen ante nosotros vulneraciones del derecho fundamental a la integridad física por haberse sometido al interesado al citado riesgo relevante para su salud, la declaración de la lesión del derecho fundamental a la integridad física que se infiera de ese riesgo relevante sólo podrá ser efectuada en esta sede cuando resulte

palmaria y manifiesta, pues la relevancia del peligro debe apreciarse con inmediatez (STC 220/2005, de 12 de septiembre, citada, FJ 4)."

A) TITULAR DEL DERECHO.

El titular de este derecho fundamental a la integridad física y moral es, lógicamente, cualquier persona que trabaja al servicio de la Administración sanitaria, esto es, aquella persona física que trabaja en y para esa Administración mediante una relación estatutaria o laboral.

La expresión aquí utilizada de "personal al servicio de la Administración sanitaria" es distinta de la de "personal sanitario". Con la primera expresión se engloba tanto al personal sanitario como al que estrictamente no lo es. En efecto, en los centros sanitarios conviven trabajadores que atienden al ciudadano mediante una gestión puramente administrativa y trabajadores que atienden al paciente mediante una gestión sanitaria. Los primeros realizan actividades administrativas u organizativas, tales como atender al ciudadano por teléfono o presencialmente, etcétera, y este personal puede ser, desde el prisma de su naturaleza jurídica, funcionario, contratado administrativo o laboral, fijo o temporal. Los segundos, el personal estrictamente sanitario, abarcan tanto al médico, como a la enfermera (ATS), al ayudante de enfermería, al celador, etcétera, es decir, a quienes se relacionan con el usuario de la sanidad por una relación principalmente de índole sanitaria. En muchos casos, las agresiones no se limitan sólo al segundo grupo, sino que afectan también al primero. Todos ellos, todas las personas que están en el centro sanitario o al servicio de la Administración sanitaria, pueden ser, por tanto, sujetos pasivos de una agresión o de un trato degradante, y todas ellas deben ser protegidas y, en su caso, amparadas, y no solamente el médico o el enfermero.

B) EL DAÑO. SUS FORMAS.

La forma de daño del derecho fundamental a la intimidad física o moral puede ser, en términos generales, de dos tipos:

– Física, mediante agresiones en forma de golpes, agarrones, empujones, arañazos, que pueden causar al agredido lesiones más o menos graves o no causarlas.

– Verbal o gestual, mediante insultos, amenazas o gestos con sentido equivalente, sobre los trabajadores, sus familiares o sus bienes. Lo relevante aquí es la mayor o menor gravedad del insulto y la mayor o menor seriedad o credibilidad que se dé a la conminación de un mal.

Por tanto, todos los actos de violencia pueden reconducirse a uno de estos dos grandes tipos de violencia, física o verbal-gestual, teniendo, a su vez, distintos grados de intensidad. Y esa diferencia de grupos y de intensidades de actos dañinos obliga a que la respuesta represiva de los poderes públicos deba ser proporcionada en cada caso, como se postulará más adelante.

C) EL SUJETO ACTIVO: EL AGRESOR.

El sujeto activo es, normalmente, un paciente o un usuario del servicio sanitario, pero también, en no pocas veces, suele serlo un acompañante, familiar o no del usuario, que se irrita con el trato que se está dando (o que, por el contrario, no se está dando) al paciente y, llegado al caso, se arroga facultades reivindicatorias en defensa de este último.

La antes citada encuesta realizada por el Consejo General de Enfermería en toda España en mayo de 2007 constataba que las personas agresoras son, en primer lugar (49,8%), los familiares y acompañantes; en segundo (47,3%), los propios pacientes; y en tercero (2,9%), otras personas sin identificar.

Que se trate de uno u otro es irrelevante desde el punto de vista jurídico. La ley trata igual a unos (usuarios) u otros (acompañantes) y sólo tiene en cuenta la condición objetiva de "agresor".

D) EL LUGAR.

Otro elemento relevante en el análisis jurídico de la violencia sanitaria es el dónde, esto es, el lugar en que la misma se produce. Con asiduidad, se piensa que la agresión se produce en el centro sanitario. Pero puede darse también fuera de él, bien en el domicilio del agresor, en la calle, en un establecimiento público o privado, etcétera, con motivo de una asistencia domiciliaria, una urgencia, en un desplazamiento obligatorio por razón del servicio o en labores de inspección sanitaria. Incluso, si el acto es verbal (mediante amenazas, coacciones...), puede manifestarse mediante llamadas telefónicas o mensajes por cualquier medio de transmisión.

La encuesta del Consejo General de Enfermería de mayo de 2007 constata que las agresiones se han detectado en todos los servicios asistenciales, si bien destacan los servicios de urgencias, que, con un 51% de los incidentes, ofrecen el mayor riesgo, los centros de atención primaria (33,5%), las plantas de hospitalización (15%) y otros (0,5%).

E) EL CONTEXTO.

El último elemento a tener en cuenta es el contexto, lo que plantea la cuestión del cuándo del acto.

Lo más habitual es que la agresión se dé en el centro sanitario con motivo de una consulta o atención sanitaria, pero también puede tener lugar fuera de éste. Esto nos lleva a que la agresión pueda producirse con cierta lejanía física, pero también con cierta distancia temporal del centro sanitario: por ejemplo, varios días después de la atención médica en un lugar que no es un centro sanitario, cuando el agresor reconoce al sanitario o lo ha buscado en un lugar determinado... En estos casos, los supuestos de violencia laboral se sitúan fuera del ámbito estricto de trabajo, si bien traen causa directa de la prestación del servicio sanitario. Indudablemente, son también supuestos de violencia laboral aunque guarden una primera apariencia de distanciamiento.

Lo decisivo es que la agresión se produzca en relación directa con la condición sanitaria del personal agredido, con independencia del lugar o del momento en que se materialice.

F) LA DEFINICIÓN DE VIOLENCIA SANITARIA.

Por tanto, a la vista de todos elementos, pudiera definirse la violencia sanitaria como aquella que se produce mediante una agresión física o un maltrato verbal o gestual sobre una persona que trabaja para la Administración sanitaria, sea personal sanitario stricto sensu, sea personal no sanitario de la misma, con motivo de la prestación del servicio público, y en relación directa con dicha prestación, al margen de que tenga lugar o no en un centro sanitario.

Es esencial esta delimitación del problema porque permite identificar a quién debe proteger el ordenamiento jurídico y, lo que es más importante, cómo, cuándo y porqué le debe proteger.

VI. LAS CAUSAS DE LA VIOLENCIA SANITARIA.

Las causas de la violencia sanitaria pueden ser varias y de naturaleza tanto objetiva como subjetiva. En todo caso, al hablar de "causas" se deben dejar bien claras dos ideas: la primera, que con esta expresión se hace referencia a los factores que pueden influir en el incremento de la producción de agresiones, y la segunda, que los merecedores del castigo, administrativo o penal, por la agresión sólo son quienes la cometen o la

incitan, pues aún siendo indiscutible que pueden concurrir circunstancias sociales, políticas, laborales u otras de diversa índole, que provoquen determinadas reacciones en los usuarios de los servicios públicos, éstas nunca han de ser violentas. La violencia sólo es responsabilidad de quien la provoca o lleva a cabo, puesto que en sociedades democráticas, libres y maduras, todos los ciudadanos tienen la posibilidad de no ejercerla y acudir a cauces de expresión pacíficos para manifestar sus quejas o formular sus reclamaciones.

Pues bien, dicho esto, se puede afirmar que las causas de la agresión, a los únicos efectos de su análisis y posible solución por los poderes públicos, son básicamente tres: objetivas, subjetivas por razón del usuario o subjetivas por razón de las personas que trabajan para la Administración sanitaria.

La encuesta realizada por el Consejo General de Enfermería en mayo de 2007, a la que se ha hecho referencia en el epígrafe IV, señalaba que en el 41% de los casos la reacción violenta de los usuarios obedece a la frustración de no ver satisfechas sus expectativas de atención en cuanto a tiempos y pruebas diagnósticas; en el 27% de los casos se produce por desacuerdo en valoraciones o diagnósticos; en el 12% de los casos por la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de los pacientes; y en el 20%, por otras causas.

A) CAUSAS OBJETIVAS.

Por causas objetivas entendemos aquellas que se relacionan con una deficiente organización o gestión del servicio, cuyo contexto provoca en el paciente una injustificable reacción violenta. Gráficamente, son aquellas causas que el personal del servicio imputa a los directivos más o menos inmediatos y a los responsables políticos de la sanidad pública. Aquí pueden comprenderse todas las causas que tienen que ver con la masificación o saturación de centros, la insuficiencia de recursos humanos o materiales, la burocratización de los servicios, las esperas prolongadas, una atención lenta o no inmediata en términos razonables, la derivación de un enfermo de un centro a otro, los errores de organización, los errores sanitarios, la falta de explicaciones ante determinadas decisiones, etcétera.

En estos casos, los pacientes o las personas que les acompañan se sienten mal atendidos o consideran que no se les otorga un trato digno, lo que puede provocar que pierdan los nervios, se encrespen y se incremente su agresividad, facto-

res que, si pierden el control, pueden llevarlos a una reacción violenta consistente en insultos o agresiones a las personas que prestan el servicio público.

Además de las anteriores, puede añadirse como causa objetiva el cambio sustancial que se ha producido en la relación entre el paciente y el personal al servicio de la Administración sanitaria. La democratización de la Administración y de los servicios públicos que ésta presta, cuya legitimidad está en el pueblo al que sirve, como lo ha establecido la Constitución (art. 1.2), ha supuesto un cambio en la prestación dichos servicios públicos que, indiscutiblemente, ha afectado a la prestación del servicio sanitario. La relación entre el profesional sanitario y el paciente es más cercana, se desarrolla en un plano de accesibilidad del ciudadano al servidor público. Y esta nueva relación, propia de una sociedad democrática en la que los servidores públicos no sólo conocen su materia, sino que se encuentran al servicio de terceros titulares de derechos y deberes, puede no ser bien entendida por el usuario en momentos puntuales.

La novedad de las agresiones a los médicos y de su incremento no puede desligarse del entorno social en el que vivimos. No son las únicas agresiones que existen. Agresiones las sufren también otros funcionarios y servidores públicos desde hace años: policías, docentes, funcionarios de sectores problemáticos (expropiaciones, medio ambiente, urbanismo, hacienda, atención al público...). La violencia sanitaria es una manifestación más de la violencia laboral que padecen los empleados de la Administración, y la respuesta debe ser similar y, en todo caso, efectiva.

Lo que aquí quiere significarse es que la Administración democrática, con todas las consecuencias que este último adjetivo tiene de transparente, responsable (que responde de todos sus actos), servicial y efectiva, siempre correrá el riesgo de estar más expuesta y agredida que una Administración autoritaria que no da cuenta de sus actos. Y eso ocurrirá en todas las ramas de su actividad, sin que la sanitaria sea una excepción a esta regla general.

B) LAS CAUSAS SUBJETIVAS POR RAZÓN DEL PACIENTE O DE SUS ACOMPAÑANTES. EL DERECHO DEL CIUDADANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

Este grupo comprende un cúmulo de causas de lo más variado que tienen como elemento común la ausencia de control de la emotividad en el usuario por distintas razones (la angustia por un

familiar cercano, la inmadurez para esperar su turno, el alcoholismo, la drogadicción, la xenofobia, un mal entendimiento de lo que es un servicio público) o hechos (la negativa del médico a dar la baja solicitada o el alta, la disconformidad con el alta, la negativa a suministrar determinados medicamentos, la disconformidad con el diagnóstico –la famosa frase “el médico no me acierta”– o con el tratamiento pautado, etcétera).

Merece una especial reflexión la equivocada conciencia que tienen algunos ciudadanos de su derecho a la salud y del papel de los servicios públicos en relación con la satisfacción de dicho derecho, ya que, difícilmente, se puede analizar la actuación de un ciudadano respecto a un servicio público si prescindimos de la percepción que tiene del mismo.

Indudablemente, el ciudadano es titular de derechos sanitarios y de prestaciones de la Administración sanitaria. Pero también lo es de muchos deberes, entre ellos, como preconiza el art. 10.1. CE, del elemental deber de respetar los derechos de los demás.

Del mismo modo que los funcionarios públicos están sujetos a un estatuto de deberes que singularizan su relación jurídica con la Administración y con los ciudadanos a los que sirven, los usuarios de los servicios sanitarios también se encuentran sometidos a deberes legales que no pueden relegar en pro de su derecho a las prestaciones sanitarias. El art. 43.2 de la Constitución es tajante cuando señala que “la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”, un “todos” que engloba tanto a los profesionales al servicio de la Administración como a los ciudadanos usuarios de los servicios públicos sanitarios.

El derecho a la protección de la salud que reconoce el art. 43.1 CE no puede ser malinterpretado. No puede entenderse como un derecho subjetivo absoluto, ilimitado y oponible en todo caso a los derechos de los demás. Por el contrario, es un derecho del ciudadano a que el poder público proteja su salud en los términos que establezcan las leyes y conforme a los medios que la Administración tenga en cada momento. Es un derecho limitado, cuyo contenido y alcance se fija por la ley y se desarrolla y garantiza por la Administración.

El derecho que preconiza el art. 43.1 CE es un derecho subjetivo público, que es tanto como afirmar que es, primero, el derecho a obtener una prestación de la Administración, y, segundo, en caso de no obtenerla, un derecho reaccional, es decir un derecho que faculta al titular a reclamar

ante la Administración su obtención o reparación a posteriori y por los cauces establecidos legalmente.

En la época predemocrática, la Ley de Procedimiento Administrativo de 17 de julio de 1958 se refería al “administrado” como la otra parte de la relación jurídico-pública de la Administración. La Constitución de 1978 también se refiere en algún precepto al “administrado” frente a la Administración (art. 149.1.18 CE). Pero esta categoría de administrado no satisfacía a los juristas del nuevo Estado democrático porque partía de una concepción pasiva o estática del ciudadano frente a la Administración, en la que el primero soportaba a la segunda. La democracia trajo consigo la idea actual de “ciudadano”, esto es, de portador de derechos subjetivos públicos configurados por las leyes y exigibles proactivamente ante la Administración y tutelados por los poderes públicos y otras instituciones, entre ellas los jueces, el Ministerio Fiscal o el Defensor del Pueblo. Y así lo reflejó la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El usuario de los servicios públicos es el ciudadano y, por tanto, es el titular de derechos subjetivos y de deberes legales, entre ellos, como se ha afirmado, el de respetar a los demás.

El derecho a la protección y cuidado de la salud está moldeado por la ley, sometido al interés público y debe ejercitarse y concurrir con los intereses legítimos de terceros, que también tienen derecho a la salud, a la paz y a la tranquilidad. Es, pues, un derecho secundum legem, conforme a la ley.

Es más, el interés privado del ciudadano se subordina al interés general (art. 103.1 CE) y a la organización de los servicios públicos que la Administración adopta para satisfacer ese interés: el ciudadano debe acudir al centro sanitario que se le asigne, esperar a ser atendido, comportarse con el debido respeto y educación para con los demás usuarios y el personal del centro, expresar sus reclamaciones o peticiones por los cauces preestablecidos...

A todas estas consideraciones puede añadirse que en el conflicto que se origina cuando un ciudadano usuario de la sanidad opone su derecho de forma ilimitada a los derechos de los demás y reacciona de forma violenta contra el personal al servicio de la Administración, concurre, junto con la errónea conciencia que tiene sobre la naturaleza del derecho que le asiste, una incapacidad para controlar sus emociones.

C) LAS CAUSAS SUBJETIVAS POR RAZÓN DEL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

No puede ocultarse que, en determinados supuestos, la violencia laboral en la Administración puede tener su origen, entre otros factores, en comportamientos inapropiados de una persona a su servicio. No reconocerlo es caer en la defensa de un corporativismo absurdo. Probablemente, son supuestos que ocurren en muy pocos casos, pero se faltaría a la verdad si no se reconociera que existen. Un mal profesional en la cadena pública sanitaria, formada por miles de personas, al igual que los hay en todos los ámbitos de la actividad humana, falta de sensibilidad en el trato con los demás, puede ser fuente de problemas y provocar un desagradable incidente con los usuarios. En tales casos, la Administración debe actuar exigiendo la responsabilidad que proceda e intentar, si es el caso, que el trabajador rectifique su comportamiento, o en otro caso, destinarlo a un puesto de trabajo ajeno al circuito de atención al público.

VII. EL TRATAMIENTO PENAL Y ADMINISTRATIVO DE LA VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

A) EL TRATAMIENTO PENAL.

Las agresiones al personal al servicio de la Administración sanitaria pueden consistir, entre otras, en amenazas, calumnias, injurias, vejaciones y lesiones, conductas todas ellas tipificadas en el Código Penal, bien como falta, bien como delito.

El Código Penal regula el delito de lesiones en los artículos 147 a 156. Se trata de un delito que se tipifica, en parte, por el resultado de la lesión o riesgo producido, además de por la intención o propósito con que se efectuó. Los delitos de lesiones pueden ser castigados con penas de prisión de dos a doce años, en casos de secuelas muy graves.

Además, si la lesión no se define como delito en el Código Penal o si se trata de una agresión consistente en golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, la conducta se tipifica como falta (artículo 617 del Código Penal)

Por su parte el delito de amenazas se regula en los artículos 169 y siguientes del Código Penal y los delitos contra el honor, es decir, la calumnia y la injuria, en los artículos 205 a 216 del Código Penal.

Tradicionalmente, los supuestos de agresión en los que no se producían lesiones se tipificaban únicamente como una falta de amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve, prevista en el art. 620 del Código Penal, en la redacción dada por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, que castiga como falta, sancionable con pena de multa de 10 a 20 días (entre dos y cuatrocientos euros por día, según el art. 50.4 CP), a quienes:

1. De modo leve, amenacen a otro con armas u otros instrumentos peligrosos, como no sea en justa defensa, y salvo que el hecho sea constitutivo de delito.

2. Causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve.

Los hechos descritos en estos dos números anteriores sólo son perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

Por “amenaza” se entiende la conminación a un tercero de producirle un mal; por “coacción”, la conducta violenta dirigida a impedir a otro hacer lo que la ley no prohíbe o a compelerle a efectuar lo que no quiera, sea justo o injusto; y por “injuria” el acto o expresión vertida con el ánimo de dañar el honor de una persona.

Tres notas se pueden deducir del art. 620 del Código Penal: a) la tipificación se limita a los casos en que no hay agresión física efectivamente realizada, pero alcanza todos los demás supuestos, esto es, amenaza con instrumento peligroso, insulto, coacciones o humillaciones; b) la sanción es muy leve, ya que se reduce a una multa de escasa cuantía (entre 20 y 8.000 euros, pero este último supuesto sólo procede en casos extremos), muy inferior a las sanciones administrativas, y su imposición no parezca que pueda producir satisfacción procesal en la víctima ni da una completa idea de una justicia material deseable; y c) la sanción es extraordinariamente reducida en comparación con las sanciones impuestas por delitos de lesiones o de atentado. Por ello, cuando se produce un supuesto de maltrato al profesional, en este caso sanitario, determinados juristas, incluidos algunos fiscales, buscan la calificación de los hechos como tal delito de atentado para conseguir una mayor pena al agresor.

Desde amplios sectores sanitarios y jurídicos, se viene postulando que, si se ha acometido a los profesionales sanitarios, se ha empleado fuerza contra ellos, se les ha intimidado gravemente o se les ha hecho resistencia activa grave, debe solicitarse la calificación de los hechos como un delito

de atentado a la autoridad, además del delito de lesiones o de la falta que se hubiera cometido.

El delito de atentado se regula en el art. 550 del Código Penal que considera reos de atentado a los que acometan a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleen fuerza contra ellos, los intimiden gravemente o les hagan resistencia activa también grave, cuando se hallen ejecutando las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas.

El artículo 551.1 del Código Penal castiga el delito de atentado con penas de prisión de dos a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado es contra la autoridad, y de prisión de uno a tres años en los demás casos.

De este modo, quien agrede a un funcionario público sanitario puede ser considerado penalmente responsable de un delito de atentado y de una falta, o en su caso, de un delito de lesiones.

Precisamente, la calificación de los hechos como delito de atentado a funcionario público ha sido defendida –y sigue siéndolo– por fiscales de distintas provincias y Comunidades Autónomas. Una de las fiscalías pioneras fue la de la provincia de Córdoba, donde, hace algo más de un año, la Junta Provincial de Fiscales de Córdoba acordó mantener esta postura y consiguió una sentencia de índole penal con privación de libertad para el agresor de un médico durante el ejercicio de sus funciones.

El ejemplo fue seguido por varios servicios jurídicos de otras provincias y Comunidades Autónomas, y ya son varias las sentencias condenatorias basadas en esta argumentación. En noviembre de 2006, el Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña dictó una instrucción en la que ordenaba a sus subordinados que tipificaran las agresiones a médicos y docentes como atentados a la autoridad por prestar servicios esenciales a la comunidad siempre que la agresión se efectuase en el desempeño de su función pública o como consecuencia directa de ella.

Y la misma petición se ha acordado por las Fiscalías de los Tribunales Superiores de Justicia de Galicia, Comunidad Valenciana o Asturias.

No obstante, no puede olvidarse que compete al juez determinar en cada caso, a la vista de los hechos y con arreglo al Código Penal la calificación procedente: a) si son constitutivos de un delito o de una falta; b) si son constitutivos de delito, si lo es de lesiones o de atentado a la autoridad o funcionario público; y c) si constituyen una falta,

si es de lesiones o simplemente de amenazas y vejaciones.

De este modo, se propugna por esas voces que se solicite siempre por la víctima, pero, sobre todo, y de forma sistemática por la Administración a la que sirve o por el Ministerio Fiscal, la calificación como delito de atentado, con arreglo al art. 550 del Código Penal, de la agresión a un profesional de la sanidad pública, dada su concepción amplia de servidor público, con independencia de que, a efectos administrativos o laborales, sea funcionario, personal estatutario o trabajador laboral, fijo o temporal, pues en todos los casos estas personas representan a la Administración sanitaria, que es quien está detrás, y actúan en su nombre.

Desde la perspectiva de la defensa de los derechos constitucionales de los ciudadanos, puede no repugnar esta argumentación, que se muestra sólida en términos jurídicos teóricos. Pero sí que es absolutamente necesario que se conozcan por todos los posibles interesados las consecuencias penales de esta calificación y de la condena basada en ella, es decir, que se sepa a qué se condena al agresor en realidad.

Un mal momento, un mal día en la vida de un usuario, puede suponerle, en una rigurosa aplicación del Código Penal, una condena de prisión determinante en su vida, por el simple hecho de calificarse los hechos acaecidos como un delito de atentado a funcionario público, aunque sólo haya habido una leve agresión consistente en acometimiento (se haya embestido al profesional) o en el empleo de la fuerza (un empujón, un agarrón, un arañazo) sobre el profesional, una intimidación grave (infundir miedo) o una resistencia activa grave al mismo.

Y es que, tras la calificación viene la condena, y, como ya se ha expuesto el delito de atentado se castiga con penas de prisión de dos a cuatro años y multa de tres a seis meses si el atentado es contra la autoridad, y de prisión de uno a tres años en los demás casos. Por tanto, debe saberse por quienes propugnan un mayor castigo a la agresión sin lesiones o intimidación grave a un profesional de la sanidad, o defienden una pena mayor que la procedente de lesiones o vejaciones, que la pena por delito de atentado a un profesional de la sanidad pública oscila entre uno y tres años de prisión. Pena que se impone en el grado superior (tres años) si en el delito el agresor ha utilizado o esgrimido un medio considerado como "peligroso."

Y esta elevada condena de uno a tres años de prisión, mayor que la establecida para los delitos y faltas de lesiones y acumulable a ésta, debe

hacernos ser reflexivos y prudentes con la solicitud del castigo a imponer, mas no así con los hechos, que no deben ser pasados por alto.

Con arreglo a los preceptos del Código Penal que se han citado, la Audiencia Provincial de Jaén y luego la Audiencia Provincial de Baleares han considerado la agresión a un médico del Sistema Nacional de Salud como un delito de atentado a una autoridad pública, confirmando la condena impuesta por los juzgados de lo penal de Jaén e Ibiza, respectivamente.

En este segundo caso se trataba de un paciente que agredió a un médico por oponerse a expedir recetas. El órgano judicial le condenó por un delito de atentado a la pena de un año y tres meses de prisión e inhabilitación especial, por un delito de lesiones a nueve meses de prisión, por una falta de lesiones y por una falta de daños. El paciente no estaba de acuerdo con el facultativo sobre la medicación prescrita por el médico, entró en la consulta, le insultó, le propinó un puñetazo en el ojo izquierdo al tiempo que le espetaba "funcionario cabrón". El facultativo cayó al suelo por el golpe, lo que aprovechó el paciente para continuar dándole patadas y puñetazos en la cabeza y las costillas, El enfermo no sólo agredió al médico, sino que también a una de las personas que entró en la consulta para ayudar al facultativo.

Estos hechos descritos son graves y merecen una pena proporcional, por lo que aquí, en este caso concreto y en otros similares, sí que puede considerarse la concurrencia del delito de atentado junto con el de lesiones ante la entidad tan grave del daño cometido.

La sentencia citada es importante porque aclara que el motivo de la agresión fue que: a) el médico era funcionario público; b) el médico no expedía las recetas médicas que le requería y quería el agresor; c) el agresor conocía la condición de servidor público de la víctima; d) el agresor agredió al funcionario en su condición de servidor público; y e) el agresor buscaba menoscabar la autoridad del médico que debía dispensarle las recetas.

Para el tribunal, el hecho de que los atentados judiciales o policiales no calificasen los hechos como delito de atentado no desvirtuaba tal tipo penal, porque los interrogatorios y los atestados versan sobre hechos denunciados y no sobre calificaciones jurídicas, que corresponden al Ministerio Fiscal.

La sentencia va en línea con otra anterior del Tribunal Supremo 105/1995, de 21 de diciembre, que exige como requisitos para la contemplación

del delito de atentado (con cita de las SSTS de 29 enero 1992 –RJ 1992\573-, 21 mayo 1985 –RJ 1985\2519– y 18 febrero 1975 –RJ 1975\592-):

a) Que el sujeto pasivo sea funcionario público, autoridad o agente.

b) Que tales sujetos se encuentren en el ejercicio de sus respectivos cargos o funciones.

c) Que la acción criminal se propicie como acometimiento, uso de fuerza, intimidación o resistencia grave.

d) Que exista ánimo o propósito de ofender a la autoridad, a sus agentes o a los funcionarios públicos, en detrimento del principio de autoridad.

Como recuerda la STS 2003/2000, de 20 de diciembre (RJ 2000\10465), en que se reitera la jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto (con cita, por todas, de la STS 950/2000, de 4 de junio, RJ 2000\5240), el bien jurídico protegido por el delito de atentado no es el principio de autoridad exclusivamente, sino la necesidad que toda sociedad organizada tiene de proteger la actuación de los agentes públicos, para que éstos puedan desarrollar sus funciones de garantes del orden y de seguridad pública, y ello en garantía del propio servicio público y de los derechos asistenciales de todos los usuarios. Y añade:

“Con independencia de lo anterior reiteramos los requisitos que dan vida a la tipicidad del delito de atentado y que concurren en el hecho probado. En primer lugar, la condición de autoridad, agente o funcionario público (...). Requiere el tipo, además, la existencia de un acometimiento, empleo de fuerza, intimidación grave o resistencia también grave (...). Por último, el tipo penal requiere que el acometimiento esté relacionado con el ejercicio de las funciones legítimas desarrolladas por el agente de la autoridad”

A estas sentencias, deben sumarse otras, como la STS 1183/1993, de 20 de mayo (RJ 1993\4189), que considera a un médico y a los enfermeros del sistema público sanitario como funcionarios públicos a los efectos de su protección penal:

“El primer motivo de impugnación, se formaliza al amparo del núm. 1.º del art. 849 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y en el mismo se denuncia infracción por aplicación indebida de los arts. 236 y 231 del Código Penal, al considerar al médico como funcionario público. En primer término, hay que resaltar que según el relato fáctico, la víctima ejercía sus funciones no en consulta privada, sino que las prestaba en el Servicio de Urgencia de la Seguridad Social de Roquetas, y poseía el

nombramiento de médico sustituto debidamente autorizado por la Dirección Provincial de SAS.

El art. 119 del Código Penal –dice la Sentencia de esta Sala de 9-10-1991 (RJ 1991\7587)– alude a tres formas de acceder al funcionariado, bien por disposición inmediata de la Ley, por elección o por nombramiento de la Autoridad competente, siempre que se participe del ejercicio de las funciones públicas. Y esta última es la que concurre en el médico de la Seguridad Social, perjudicado por el delito, cuyo nombramiento había sido autorizado por la Dirección Provincial de SAS. Los funcionarios de empleo, en contraposición a los de carrera, tienen similar cuadro de derechos y obligaciones que los reconocidos a los funcionarios en propiedad. Y ello, no tanto por su estabilidad en el ejercicio del cargo, sino porque las funciones por ellos ejercidas son idénticas a las llevadas a cabo por titulares, por lo que su calificación de pública resulta indiscutible, ampliándose así los condicionamientos del art. 119 del Código Penal, porque dicha actividad funcional pública debe referirse a ejercitar alguna actividad que por su carácter social y trascendencia colectiva está encomendada al Estado, Provincia o Municipio, o Entes públicos dependientes más o menos directamente de los mismos, y no puede dudarse de tal cualidad a los Servicios de la Seguridad Social, Instituto Nacional de la Salud, o su correlativo si se halla transferido a una Comunidad Autónoma, vinculados a la Administración pública. Concretamente, la Sentencia de esta Sala de 15-11-1973 (RJ 1973\4318), estimó que un médico de la Seguridad Social es funcionario público a efectos del art. 119 del Código Penal, y las de 15-6-1979 (RJ 1979\2673) y 7-4-1981 (RJ 1981\1605), declararon que los farmacéuticos, médicos y enfermeras que por disposición legal se incorporan a la prestación de un servicio social a cargo del –antiguo– Instituto Nacional de Previsión, que depende del Estado, les otorga los requisitos necesarios para alcanzar el carácter de funcionario público, y ello aunque la jurisdicción laboral sea la competente para entender de las cuestiones contenciosas que surjan entre ellos, lo que no obsta a tal consideración de funcionarios públicos a los fines de la legislación penal. El motivo, ha de rechazarse.”

Doctrina que es aplicable en el caso de Navarra, a los contratados administrativos, dado el carácter público de su relación jurídica con la Administración Pública.

Ahora bien, una cosa es encontrar en la jurisprudencia y en los arts. 550 y 551 del Código Penal la máxima protección penal a los profesio-

nales de la sanidad pública que sean acometidos, intimidados o golpeados en el desempeño de su función pública o como consecuencia directa de ella, y otra muy distinta penar al agresor con una pena de prisión desmedida (de uno a tres años), que se suma a la pena por el delito de lesiones, también elevada y, paradójicamente, de menor cuantía que la de atentado.

Un ejemplo, a juicio de esta Institución desmedido, se encuentra en una sentencia de mayo de 2007 del Juzgado de lo Penal número 6 de Granada que condena al padre de un niño de cuatro años a un delito de atentado por agredir a un médico de atención primaria.

En este caso, según consta en la sentencia, el condenado se presentó en el servicio de urgencias de un centro de salud con su hijo, quien había sufrido un accidente doméstico. El niño se había pillado un dedo con una puerta del domicilio, pero no presentaba una lesión aparente. El padre, disconforme con la atención recibida, arañó en el rostro al facultativo, responsable del servicio, causándole tres heridas en la región derecha de la cara desde la región malar a la barbilla. La agresión produjo en el médico una crisis de ansiedad. El juez, que acogió los argumentos de la asesoría jurídica del Servicio Andaluz de Salud, consideró que los hechos probados eran constitutivo de un atentado contra funcionario público y de una falta de lesiones. Por el delito de atentado, el juzgado condenó al padre a un año de prisión con la pena accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo que dura la condena. Por la falta de lesiones, la sentencia impuso al agresor treinta días de multa a razón de una cuota diaria de cuatro euros (120 euros). La sentencia obligó, además, al condenado a indemnizar al facultativo con 400 euros.

Como puede verse, la lesión se castiga con 120 euros (una cantidad irrisoria), la ansiedad provocada, con 400 euros, mientras que el delito de atentado por agredir a un funcionario (en sí mismo menos grave y más "subjetivo" que una lesión física) con la elevada pena de un año de prisión. Por eso, afirmamos que, en casos como éste, la sanción de un año de prisión nos parece desproporcionada o excesiva.

B) EL TRATAMIENTO ADMINISTRATIVO.

En el ordenamiento jurídico-administrativo vigente, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tipifica en su art. 35 las infracciones sanitarias.

En ese precepto figuran como infracciones leves:

"1ª. Las simples irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.

(...)

3ª. Las que, en razón de los criterios contemplados en este artículo merezcan la calificación de leves o no proceda su calificación como faltas graves o muy graves".

Desde luego, esta tipificación adolece, desde un punto de vista jurídico-formal, de un grave defecto de definición y hace dudar incluso, bien por su carácter excesivamente abierto, bien por su carácter residual, de su constitucionalidad por una posible contravención del principio de legalidad que rige el Derecho administrativo sancionador conforme al art. 25.1 CE. No debe olvidarse que el Tribunal Constitucional ha considerado contrario al principio constitucional de reserva de ley que la norma legal acote simplemente la materia o que establezca el carácter residual de un tipo de infracción respecto de otros tipos definidos con precisión en la misma ley (STC 60/2000, de 2 de marzo).

Y en el mismo precepto figura como infracción muy grave:

"6ª. La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las Autoridades sanitarias o sus agentes".

Conforme al art. 36.1 de la citada Ley General de Sanidad, las infracciones leves se sancionan con multa de hasta 3.005,06 euros (500.000 pesetas), y las muy graves con multa de 15.025,31 euros (2.500.000 pesetas) a 601.012,10 euros (100 millones de pesetas).

Como puede verse, la coacción, amenaza, represalia, desacato, resistencia o cualquier otra forma de presión ejercida sobre un agente sanitario, obtienen una sanción mínima de 15.000 euros y máxima de 600.000 euros, en números redondos.

Esta tipificación que otorga la Ley General de Sanidad puede ser suficiente para sancionar a quien vulnera la integridad física o moral, sin lesiones, de un médico o enfermera, personal sanitario o no sanitario, pues, dicho personal, si no puede considerarse autoridad sanitaria, si son agentes de la autoridad sanitaria. Las expresiones "desacato" y "cualquier otra forma de presión," entre ellas, la agresión, dan pie para sancionar el acto.

Puede suscitar dudas si el precepto cubre los supuestos de vejación al personal de la Administración, pero desde luego esa vejación es difícilmente entendible como algo distinto de una forma de presión.

No obstante, no existe problema alguno para perfilar mejor el tipo o tipos sancionatorios, y eso puede hacerlo perfectamente el legislador estatal, modificando la Ley General de Sanidad, o, como aquí se propone, el legislador foral, mediante la incorporación de la infracción en la ley foral reguladora de la materia sanitaria.

C) COMPATIBILIDAD DE LAS SANCIONES PENALES Y ADMINISTRATIVAS.

La imposición de una sanción administrativa a quien ha sido condenado y ha cumplido una pena impuesta con arreglo al Código Penal no vulnera el principio general del Derecho non bis in idem que informa el ordenamiento jurídico y que se desprende del principio de legalidad penal contemplado en el art. 25.1 CE (“nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa, según la legislación vigente en aquel momento”).

Este principio, en su vertiente material, impide sancionar al mismo sujeto en más de una ocasión por el mismo hecho con el mismo fundamento; y en su vertiente procesal, proscribida la duplicidad de procedimientos sancionadores en caso de que exista una triple identidad de sujeto, hecho y fundamento (SSTC 188/2005, de 7 de julio, y 334/2005, de 20 de diciembre, y ATC 513/2005, de 19 de diciembre). De forma particular, como ha destacado la STC 2/19981, de 30 de enero, el principio no impide que sea compatible la licitud penal y la ilicitud administrativa de unos mismos hechos si existe una relación de supremacía especial de la Administración – relación de funcionario, servicio público, concesionario, etc.– que justifique el ejercicio del ius puniendi por los Tribunales y a su vez la potestad sancionadora de la Administración (ATC 150/1984, de 7 de marzo), situación esta última coincidente que se da en el caso del usuario de un servicio sanitario y del ciudadano que agrede, con o sin lesiones, a una autoridad o funcionario público. Mientras en un caso hablamos del incumplimiento de un usuario del servicio público de sus deberes básicos de respeto a las personas que lo prestan, por tanto sujeto a una relación de supremacía especial de la Administración en la organización y prestación del servicio, en el otro caso hablamos de un delito de atentado a funcionario público en el ejercicio de sus funciones públicas.

VIII. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REDUCCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

Expuesto todo lo anterior, ¿qué recomendaciones o sugerencias se pueden hacer a los poderes públicos de Navarra desde la Institución del Defensor del Pueblo de Navarra para responder ante una situación de violencia relacionada con la prestación de un servicio sanitario público?

A continuación se expone un listado de ellas, algunas son normativas, otras de gestión administrativa; unas tienen una eficacia jurídico-penal y otras, las más, pertenecen al campo del Derecho Administrativo. En la formulación de las propuestas se parte de las siguientes coordenadas, la primera, que resulta esencial desarrollar una labor de prevención y detección de las situaciones de violencia en el ámbito sanitario; la segunda, que la Administración Pública – en concreto, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra– debe participar activamente en la respuesta a los episodios de violencia en el ámbito sanitario, en los que el personal a su servicio actúe en el correcto desempeño de sus funciones, instando la acción penal en los casos graves y ofreciendo una solución proporcionada en la vía administrativa en los menos graves; y la tercera, que no es propósito de este informe ni limitar ni reconducir la acción que el agredido considere oportuno ejercitar ante una agresión, sino ofrecer a la Administración mecanismos de acción que contribuyan a mejorar las medidas de prevención y tratamiento de este problema.

A este respecto, se considera que, ante un supuesto de violencia, debe ser la Administración Pública quien tome la iniciativa en la activación de las medidas de protección que, en atención al principio de proporcionalidad, resulten adecuadas, siempre en colaboración con el agredido u ofendido y sin perjuicio de que éste quiera ejercitar las acciones penales que considere más convenientes. Lo incorrecto es lo contrario, es decir que la Administración se quede en un plano secundario y que quien se vea obligado a perseguir el castigo del agresor sea el agredido de una forma total o parcialmente personal.

En la línea argumental expuesta, las recomendaciones y sugerencias que se formulan son las siguientes:

Primera. Debe existir la suficiente proporción entre los concretos hechos que se quieren castigar y el castigo finalmente impuesto, que debe ser

justo, y no desmedido, ni riguroso en defensa de un determinado colectivo (funcionario). Esta idea de necesaria proporción entre el hecho y el castigo es, precisamente, la esencia de la justicia material: dar a cada uno lo que le corresponde, sin excesos rigurosos.

Pues bien, esta consideración, permite concluir que han de buscarse vías alternativas a las actuales penales, para lograr sanciones efectivas ajustadas a la gravedad de los hechos.

Segunda. Recomendamos a la Administración que, en los casos de agresión física con un resultado de lesiones relevantes a su personal por razón de la prestación del servicio sanitario, proceda a la interposición de una denuncia o querrela penal contra el presunto autor de la agresión. Para interponer la denuncia puede dirigirse a un órgano judicial, al Ministerio Fiscal o a la policía. La querrela debe interponerse ante el Juez de Instrucción competente.

Desde luego, si ha habido lesiones que menoscaban la integridad corporal o la salud física o mental del agredido, procederá la tipificación de los hechos como un delito de lesiones conforme a los arts. 147 y siguientes del Código Penal, que prevé la imposición de una pena de prisión de seis meses a tres años, cuando la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o el seguimiento facultativo del curso de la lesión no se consideran, según el citado precepto, tratamiento médico.

En definitiva, se considera que la Administración debe acudir siempre a la vía penal ante un supuesto de agresión física con lesiones de cierta importancia al personal al servicio de la administración sanitaria, además de ofrecer asistencia jurídica al agredido.

Tercera. Por el contrario, en los casos de violencia contra el personal por razón de la prestación del servicio sanitario en que no haya habido agresión física o incluso habiéndola no ha habido lesiones o éstas sean mínimas, se recomienda a la Administración sanitaria la incoación de un expediente administrativo y la imposición de sanciones administrativas adecuadas.

En efecto, en la línea de lograr una sanción más proporcionada a la gravedad de los hechos, se postula acudir, en los supuestos en los que no exista una lesión, al poder disuasorio y ejemplificativo de las sanciones administrativas, que resultan más eficaces para reprender determinadas conductas, siempre que vayan acompañadas de una agencia ejecutiva eficaz.

Así, la sanción administrativa no toca la libertad personal del usuario, pero sí le afecta de un modo ejemplificativo la segunda de las grandes libertades clásicas que preconizaban las declaraciones liberales de finales del siglo XVIII y del siglo XIX: la propiedad, entendida esta como su patrimonio económico.

Una sanción administrativa proporcionada a los hechos se sitúa a medio camino entre la gravedad de la pena por un delito de atentado y la falta de irrisoria condena, que contempla el art. 620 del Código Penal. Tiene la ventaja de adecuarse a los hechos, de promoverse de oficio por la propia Administración a la que sirve el agredido y de desvincular a éste de la persecución propia que tendría que terminar haciendo en el ámbito penal de una denuncia y, ya no digamos, de la querrela penal, en cuyo caso ha de buscar procurador, abogado, acudir al juez, ver al agresor en un momento determinado, con la sensación del agredido de que es él quien personalmente persigue al delincuente y no la Administración. Todo ello sin perjuicio de la posibilidad que tiene el agredido de acudir a la vía penal si así lo estima oportuno.

La sanción administrativa, bien tramitada y aplicada, ahorra los inconvenientes de la vía penal al agredido y sanciona al agresor como se merece, y además sitúa la respuesta sancionatoria en el plano adecuado en que se debe dar: en el de la Administración, cuyo personal –y no un ciudadano más– ha sido violentado, actuando como si ella misma –y, jurídicamente, así es– hubiera sido la directamente agredida.

Es la Administración, pues, quien debe asumir la dirección de las actuaciones dirigidas a sancionar al agresor, por la vía que considere más apropiada (la penal o la administrativa, según la mayor o menor gravedad de los hechos), atendiendo a una sopesada ponderación de los hechos y circunstancias concurrentes, e impulsar de oficio todos los actos necesarios para castigar a quien se lo merezca.

Por tanto, con carácter general, y sin otra excepción que la de los casos extremos de agresiones físicas con lesiones, resultaría más propicia que la persecución de los hechos como un delito de atentado (cuya argumentación puede aparecer jurídicamente más forzada), la imposición por la Administración de una sanción administrativa con posibles tipos de acciones, que castigue al autor de esos actos de acometimiento, intimidación, empleo de fuerza en grado mínimo o resistencia al personal sanitario.

Cuarta. En orden a lo expuesto, y con la finalidad de que el ordenamiento jurídico recoja la necesaria y proporcionada previsión legal, se sugiere una modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, para:

1º Incluir como un deber de los usuarios del sistema sanitario, el de mantener el debido respeto al personal al servicio de la Administración sanitaria, cuando éste actúa en ejercicio de sus funciones, dentro o fuera del respectivo centro sanitario, tanto en su dignidad personal como profesional, debiendo respetar, asimismo, a otros pacientes, familiares o acompañantes.

2º Tipificar como infracción sanitaria grave, como letra f) del art. 27.2 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud: "La amenaza, coacción, represalia, injuria o trato degradante al personal al servicio de la Administración sanitaria o a otros usuarios de un centro sanitario."

3º Otorgar la calificación de infracción administrativa muy grave en el art. 27.3 de la Ley Foral de Salud a las agresiones físicas, incluidas las amenazas con objetos peligrosos o los intentos de agresión física, contra el personal al servicio de la Administración o contra usuarios de un centro sanitario.

4º Sancionar la infracción grave con alguna o todas de las siguientes sanciones, en función de la gravedad de la infracción:

a) Multa comprendida entre 3.000 y 15.000 euros.

b) Cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne y prohibición de elección de nuevo centro en un año.

5º Si se trata de una infracción administrativa muy grave, sancionar con alguna o todas de las siguientes sanciones, en función de la gravedad de la sanción:

a) Multa comprendida entre 15.001 y 600.000 euros.

b) Cambio de centro sanitario con adscripción forzosa al centro que se le asigne y prohibición de elección de nuevo centro en tres años.

6º Atribuir la competencia para estas sanciones al Consejero competente en materia de sanidad o la autoridad de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra a la que se atribuya esta competencia por Decreto Foral.

7º Incluir también como medida provisional, una vez iniciado el procedimiento sancionador, el cambio forzoso de centro sanitario.

De las sanciones propuestas, resulta novedosa el cambio forzoso de centro sanitario. Desde luego, está última parece más admisible que la prohibición, impuesta por alguna sentencia con motivo de la condena por un delito de atentado, de acudir al centro de salud con el objeto de ser atendido médicamente a no ser que se vaya acompañado por un agente de la policía local.

Podría plantearse como una sanción accesoria más, la publicación de la resolución sancionadora firme en el Boletín Oficial de Navarra, tal y como prevé para las sanciones propias de su ámbito la Ley Foral 13/1992, de 5 de marzo, de protección y gestión de la Fauna Silvestre y sus Hábitats, en su art. 108.

Quinta. Se recomienda a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra la creación de una comisión técnica ad hoc, con funciones de asesoramiento, consulta y participación en materia de violencia en el ámbito sanitario. Esta Comisión, de la que deberían formar parte expertos en la materia, representantes del personal de la Administración sanitaria, representantes de colegios profesionales, delegados de prevención laboral y otros que se considere oportuno, podría centralizar toda la información sobre agresiones y realizar propuestas a la Administración en esta materia a partir de los hechos que se vayan conociendo. Además, debería actuar como órgano permanente en la vigilancia de las agresiones.

La existencia de este órgano, lo sería sin perjuicio de la del Comité de Seguridad y Salud del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cuyas funciones de prevención de riesgos del personal al servicio de la administración sanitaria son más amplias y genéricas que las que son objeto de este informe.

A tal efecto, se propone integrar, en el seno de la Comisión Técnica propuesta en materia de violencia sanitaria, en lugar de en el Comité de Seguridad y Salud del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el grupo de trabajo creado en el por Resolución 2643/2006, de 30 de octubre, del Director General de Función Pública.

Sexta. Se sugiere a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra la realización, a partir de las propuestas de esa Comisión Técnica referida, de un estudio y una reorganización de sus servicios sanitarios para eliminar las causas objetivas que puedan dar lugar a quejas de ciudadanos y desembocar, en casos extremos, en violencia sanitaria.

La violencia es injustificable. No hay causa alguna que la justifique. No obstante, una Adminis-

tracción previsor y diligente debe eliminar el más mínimo atisbo de problemas organizativos que, directa o indirectamente, puedan estar relacionados con ésta.

Séptima. Se recomienda a la Administración sanitaria la elaboración, aprobación y ejecución de un plan efectivo de eliminación o reducción de "puntos negros" en los que se detecte violencia sanitaria, todo ello con la participación de la Comisión Técnica, a la que se ha hecho referencia en las propuestas anteriores, de los profesionales de la sanidad, de sus representantes y de sus colegios profesionales y delegados de prevención laboral. En este plan se podrían identificar los servicios de urgencias, centros de atención primaria o especializada, en los que se detectan mayores problemas, y analizar las posibles causas y las medidas concretas de actuación a aplicar en cada uno de ellos. En la realización de estos planes, sería aconsejable realizar cuestionarios o entrevistar al personal del centro en concreto para obtener información precisa sobre la percepción que por los trabajadores se tiene de los problemas y ofrecer soluciones asumibles por éstos.

Octava. Se recomienda a la Administración sanitaria la elaboración y adopción de protocolos de actuación, que deberían conocer todos los trabajadores, y la impartición de la necesaria formación al personal sobre cómo actuar en situaciones estándar de agresividad de pacientes o de sus acompañantes, mantener la calma, no elevar la voz, evitar enfrentamientos directos, no enervar más al potencial agresor, cómo avisar a otros compañeros, a la policía o a los vigilantes de seguridad, quedarse con los detalles del potencial agresor para su posterior identificación y denuncia, buscar testigos de los hechos, saber a quién dirigirse, dónde, cómo denunciar, qué poner (para ello sería deseable la normalización de partes de lesiones o agresiones informatizados...).

El Servicio de Salud de las Illes Balears ya ha comenzado los trabajos de elaboración de protocolos de actuación ante las agresiones a sus trabajadores, a cuyo efecto ha creado una comisión técnica para diseñar un mapa con las zonas de especial riesgo.

Novena. Se recomienda que la Administración de la Comunidad Foral preste, sin excepción alguna, apoyo a la víctima de una agresión, que debe ser, según corresponda:

– Médico: tras una agresión debe procederse inmediatamente a la evaluación urgente del agredido, trasladándolo con carácter preferente a urgencias o al centro que corresponda. Esa eva-

luación es esencial para la calificación de los hechos como delito, falta o infracción administrativa.

– Jurídico: la Administración debe asistir jurídicamente al agredido y, en los casos de lesiones graves o que éste considere conveniente, permitir que elija un abogado de su confianza con cargo a los presupuestos públicos. Además, la Administración, de forma sistemática y al margen de lo anterior, debe proceder a:

a) Sancionar la conducta administrativamente si no ha habido lesiones y considera que se ha maltratado a su personal.

b) Querrellarse contra el agresor si ha habido lesiones de relevancia (la simple denuncia no sirve a efectos prácticos, debe impulsarse el proceso penal a instancia de parte).

En cualquier caso, y en el segundo de los supuestos, la Administración debe personarse como denunciante o querellante contra los agresores. No es suficiente con asumir los gastos de representación judicial del agredido y desentenderse de lo ocurrido, como si fuera algo ajeno a la propia Administración. Es necesario, cuando menos en el plano jurídico, un respaldo mayor, que incluya la colaboración permanente y continua de la Administración y sus asesores jurídicos con los letrados elegidos por el agredido.

Además, la Administración debería dirigirse, allí donde no se haya hecho así, al Fiscal Superior del Tribunal Superior de Justicia correspondiente para que éste asuma la persecución penal de este tipo de actos, cuando fueran graves, y exponerle su criterio acerca de la conveniencia de calificar o no los hechos como delito de atentado a la luz de las circunstancias concurrentes en todo caso y de la necesaria proporcionalidad que exija el castigo.

– Psicológico: en los supuestos en los que el agredido lo requiera para eliminar o reducir el temor, la inseguridad, la pérdida de autoestima o de voluntad de trabajar, las angustias o la ansiedad producida por la agresión. Debe hacerse comprender a la víctima que, salvo que haya mediado provocación suficiente por su parte, no es responsable de nada de lo ocurrido, que se trata de un incidente desagradable y aislado, difícilmente repetible, de cuyas causas es ajeno, que ha tenido lugar en su persona por puro azar y que no debe afectar ni a su integridad moral ni a su profesionalidad.

– Moral: arrojando a la víctima, para que no sienta sola ni extraña, ni estigmatizada. Este

apoyo tiene que provenir tanto de los directivos, como de los compañeros de trabajo.

– Económico: mediante la indemnización de los daños físicos y morales. A estos efectos, la Administración de la Comunidad Foral puede incluir este concepto en una póliza de seguros, en la que también podría incluir la cobertura de asistencia jurídica al agredido. Todo ello sin perjuicio de que se obtenga del agresor la indemnización del daño moral en concepto de responsabilidad civil.

Décima. Se recomienda a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra que, en los supuestos de incapacidad temporal de su personal en los que el factor causal de la misma sea una agresión, elabore los informes oportunos para que dicha incapacidad temporal se considere por el órgano competente accidente laboral.

Undécima. Se recomienda a la Administración sanitaria que articule mecanismos de colaboración con los cuerpos policiales, municipales y nacionales, así como con la Policía Foral, con el objetivo de organizar cursos sobre pautas de actuación en supuestos de agresión.

Duodécima. Se recomienda a la Administración que proceda a la contratación de guardas jurados, en un número suficiente, para realizar las labores de vigilancia en los centros sanitarios donde se detecte un mayor número de agresiones o conflictos de los usuarios con el personal del centro, o establecer la presencia de la Policía Foral.

Decimotercera. Se recomienda a la Administración que, en puestos de atención directa al público o en las consultas, instale avisadores a servicios de seguridad (como ocurre en los bancos o en los aviones para avisar al personal asistente).

Decimocuarta. En centros de una mayor conflictividad, se recomienda a la Administración que establezca plantillas de profesionales sanitarios y no sanitarios preparados y formados para actuar de forma protocolizada en casos de violencia. No

se propone establecer estos equipos en todos los centros, sino en aquellos en los que se detecte el problema o en aquellos a los que se adscriban forzosamente los usuarios conflictivos por haberlo acordado así la Administración.

La provisión de estos puestos podría plantearse como voluntaria para el personal y asignar a dichos puestos un complemento de peligrosidad.

Debería evitarse la práctica tan extendida, tolerada por la Administración cuando no fomentada por ésta, de que la atención al público o la cercanía con él sea considerada como algo desagradable y penoso que termina recayendo en los empleados recién llegados, menos experimentados, muchas veces temporales y casi siempre peor retribuidos (personal interno residente, becarios, temporales...).

Decimoquinta. Se recomienda a la Administración la realización de campañas divulgativas para sensibilizar a trabajadores y usuarios. En todos los centros de salud podrían ubicarse folletos y carteles que, además de los derechos, recordasen al usuario y a sus acompañantes ciertos deberes esenciales, entre ellos paciencia y respeto a todo el personal del centro, además que informar a los usuarios de que el horario de las citas es orientativo, que la atención no puede ser prestada en muchas ocasiones de inmediato, que el personal no tiene la culpa de las masificaciones y dilaciones indebidas, que prevalece el criterio del facultativo y no la petición del usuario, que existen hojas de reclamaciones para hacer efectivo su derecho a reclamar en cada centro, etcétera.

Decimosexta. Se sugiere a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra que valore, previo su estudio, la posibilidad de hacer extensivas las medidas que contiene el presente informe, en la medida en que sean compatibles con su naturaleza, al ámbito de la sanidad privada, tal y como ha propuesto el Colegio Oficial de Médicos de Navarra.