



**A LA EXCMA. SRA. DEFENSORA DEL PUEBLO**

D. JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDIN, Presidente del CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS, actuando en su nombre y representación y también del Observatorio de Agresiones, con domicilio a efectos de notificaciones en Plaza de las Cortes, 11 (28014 – Madrid), comparezco expongo lo siguiente:

La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal. Se trata de un fenómeno *multidimensional* (Huntingfor y Turner, 1987), en el que están implicados un gran número de factores, de carácter *polimorfo*, que puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: **físico, emocional cognitivo y social**. Dichas características junto con la ausencia de una única definición de la agresión consensuada y unánimemente establecida, como se expondrá a continuación, dificultan su investigación.

El Concepto de agresión se ha empleado históricamente en contextos muy diferentes, aplicado tanto al comportamiento animal como al comportamiento humano infantil y adulto. Procede del latín “agredi”, una de cuyas acepciones, similar a la empleada en la actualidad, connota “ir contra alguien con la intención de producirle daño”, lo que hace referencia a un acto efectivo.

La literatura reciente (1) sobre la agresión revela la existencia de un amplio y variado abanico de definiciones de la misma, existiendo tres elementos que parecen señalarse en la mayoría de las definiciones de agresión recogidas:

- a) Su carácter *intencional*, en busca de una meta concreta de muy diversa índole, en función de la cual se pueden clasificar los distintos tipos de agresión.
- b) Las *consecuencias aversivas* o negativas que conlleva, sobre objetos u otras personas, incluido uno mismo.

- c) Su *variedad expresiva*, pudiendo manifestarse de múltiples maneras, siendo las apuntadas con mayor frecuencia por los diferentes autores, las de índole física y verbal. También en función de su expresión se ha establecido una tipología de la agresión.

Con referencia a las personas, el DRAE define el concepto como

1. f. *Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño.*
2. f. *Acto contrario al derecho de otra persona.*

**En el ámbito sanitario, una agresión es un incidente violento en el lugar de trabajo**, que vendría constituido por cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico.

El Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC surge como respuesta a un fenómeno preocupante: el creciente incremento cuantitativo y cualitativo de agresiones a profesionales de la medicina y que tuvo su punto de inflexión en el asesinato el 11 de Septiembre de 2009 de la Dr<sup>a</sup> María Eugenia Moreno, médico residente en Moratalla (Murcia). Cualquier agresión es rechazable, aunque las que se hacen contra los profesionales sanitarios adquieren relevancia especial al deteriorar y condicionar la calidad del servicio sanitario. Entre 2008 y 2012, más de 30.00 profesionales sanitarios sufrieron agresiones en España, según datos que maneja el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Desde el luctuoso hecho que se ha citado, la situación podemos decir que ha mejorado y que se ha acotado al fenómeno, poniéndole cerco, por lo que se ha experimentado en el número de agresiones una curva descendente muy evidente como demuestran los datos aportados por el único registro nacional que mantiene unificado sus datos, con los mismos ítems y que mantiene activo el Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos de la Organización Médica Colegial.

Sin embargo, ha de decirse que precisamente en base a la experiencia acumulada el camino a recorrer es todavía largo y que la labor de seguimiento que se realiza desde el Observatorio ha destapado carencias y necesidades que deben de ser cubiertas para una mayor eficacia en la lucha contra las agresiones. La prensa

especializada en el sector sanitario, aún sigue aportando datos preocupantes, y como se llega a condenas como la de la Audiencia Provincial de Sevilla a un paciente que roció con alcohol a un médico para después prenderle fuego. No parece pues que la situación esté solucionada y queda desde luego un largo camino por recorrer.

Con afán enteramente constructivo y desde la cualificada posición que ocupa el Observatorio, se emiten las siguientes quejas, reclamación y propuestas, que son el fruto de la reflexión y seguimiento exhaustivos de la casuística surgida desde nuestra constitución.

## I.- REFORMAS EN LAS LEYES PENALES SUSTANTIVAS. EN BÚSQUEDA DE LA SEGURIDAD JURÍDICA EN TORNO A LA FIGURA DEL MÉDICO.

### 1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

Con el vigente Código Penal, **no existe un tratamiento jurídico unitario** a la hora de abordar las agresiones a los médicos y todo ello en base a la actual regulación legal del Código Penal.

En primer lugar, el tratamiento procesal que se dará a la agresión variará en función del ámbito en el cual se produzca el ilícito, ya que serán distinta la tramitación y las consecuencias si el sanitario presta servicios en el Sistema Público de Salud o por el contrario el incidente se produce en una consulta o centro privado.

Vamos a centrarnos en este apartado en los hechos que acaecen en el SNS, toda vez que las agresiones en el ámbito de la Sanidad Privada merecen protagonizar una reflexión independiente.

En anteriores documentos elaborados desde este Observatorio se ha dicho que existe cierto **consenso judicial en los supuestos en los que la agresión es física o ha mediado una resistencia o intimidación grave**. En estos casos, los hechos suelen ser calificados jurídicamente como un delito de atentado, resistencia o desobediencia grave de los artículos 550 y siguientes del Código Penal, sin perjuicio del reproche penal específico que puedan merecer los concretos actos de acometimiento y/o intimidación.

El problema surge cuando **NOS ENCONTREMOS EN PRESENCIA DE UNA AGRESIÓN VERBAL Y/O UNA AMENAZA O COACCIÓN LEVE**, ya que la misma puede ser considerada como una falta contra las personas del art. 620 del Código Penal o por el contrario, una falta contra el orden público del art. 634 del mismo texto. **La discrepancia va a residir en torno a si el médico puede ser considerado como autoridad o agente de la misma**, toda vez que el art. 634 del Código Penal, en principio está reservado exclusivamente para aquellos supuestos en los cuales el sujeto pasivo de la infracción acredita esta condición.

La inexistencia de pronunciamientos del Tribunal Supremo sobre la cuestión que puedan instaurar una **UNIVOCIDAD DE LA DOCTRINA** determina un marco caracterizado por la **fragmentación y el personalismo**, de tal forma que la experiencia acumulada nos lleva a que:

a) En un **mismo territorio judicial**, las diferentes secciones de las Audiencias provinciales puedan tener criterios contrapuestos.

b) En la misma **Sección de una misma Audiencia** puede haber ponentes alineados con una u otra postura.

c) En un **partido judicial con más de un Juzgado de Instrucción**, cada Juez/Magistrado titular puede tener su propio criterio sobre

d) Dentro del **mismo juzgado de instrucción**, un **cambio de titular** puede significar un giro copernicano

e) Incluso **durante el mismo procedimiento y con el mismo juez/magistrado**, puede haber súbitamente un cambio de criterio y encontrar dentro del mismo caso resoluciones antinómicas.

**Esto supone un claro ejemplo de INSEGURIDAD JURÍDICA.**

Hay algunas comunidades autónomas que pretenden acabar con esta situación mediante la promulgación de leyes que confieren al médico de los Servicios Públicos de Salud la condición de Autoridad.

Así, tenemos los siguientes ejemplos:

**LEY 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón (arts. 6,7 y 8).**

**Disposición final Séptima, Ley 11/2013 de 23 de Diciembre de Medidas Tributarias y de Reestructuración del Sector Público Autonómico (Castilla y León).**

Otros territorios Autonómicos que están promoviendo iniciativas legislativas similares (Anteproyecto de Ley, de la Generalitat Valenciana, de Salud Pública) y con mayor o menor grado de avance, muchas son las comunidades autónomas que se están adhiriendo a la operatoria.

Con todo, el proyecto sin duda más ambicioso será el que se cristalice a nivel de norma con ámbito estatal, cuyo primer eslabón es el **Acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de fecha 11 de junio de 2014 relativo a la tramitación de una iniciativa legislativa que suponga el reconocimiento de la condición de autoridad pública en el ejercicio de sus funciones, al personal que, como empleado público, preste servicios en instituciones sanitarias públicas adscritas o dependientes de los distintos servicios de salud en el ámbito del SNS.** Y si bien es positiva esta actitud por cuanto supone de sensibilización con la problemática, la misma puede no ser suficiente, toda vez que el Derecho Penal no puede ser interpretado de forma extensiva o analógica. El artículo 24 del Código Penal contiene una interpretación auténtica (**artículo 24, cuya reforma no está prevista en los textos del anteproyecto de Nuevo Código Penal que hoy se conocen**) de los conceptos de funcionario o autoridad que es la siguiente:

**1. A los efectos penales** se reputará autoridad al que por sí solo o como miembro de alguna corporación, tribunal u órgano colegiado tenga mando o ejerza jurisdicción propia. En todo caso, tendrán la consideración de autoridad los miembros del Congreso de los Diputados, del Senado, de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas y del Parlamento Europeo. Se reputará también autoridad a los funcionarios del Ministerio Fiscal.

Como puede comprobarse, **los profesionales sanitarios no están incluidos en esta norma.** Y este es el núcleo del problema: la expresión introductoria " ... a los efectos penales ..."

A mayor abundamiento, ya existe diversa normativa al margen del Código Penal que establece para el médico la condición de autoridad. Nos referimos a los

Médicos Inspectores de la Seguridad Social, los cuales según el art. 124 del **Decreto 2065/1974, de 30 de mayo**, tienen asentada ex lege ese carácter:

2. Los inspectores médicos y farmacéuticos del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social tendrán la consideración de autoridad pública en el desempeño de tal función y recibirán de las autoridades y de sus agentes la colaboración y el auxilio que a aquélla se deben

Pues bien, pese a la dicción literal de norma transcrita existe doctrina legal que excluye a tales facultativos ese rango precisamente con fundamento en lo dispuesto en el art. 24.1 del Código Penal. Sirva de ejemplo la **STS de 26 de Octubre de 1.979**:

*La anterior doctrina resulta perfectamente aplicable a los médicos inspectores del Instituto de la Seguridad Social, que no ostentan potestad sancionadora, ni funciones de mando, sin que la posibilidad de emitir propuesta de alta médica en determinados supuestos tenga tal consideración. o derivadas de la potestad propia de la autoridad sanitaria “.*

En definitiva, la solución definitiva al problema vendría dada por una reforma del Código Penal, bien por extender el concepto de autoridad al profesional sanitario o bien por incluir expresamente a los mismos en los tipos descriptivos de los correspondientes delitos contra el orden público.

## **1.2 EL ANTEPROYECTO DE CÓDIGO PENAL.**

El 24 de Septiembre de 2013 se presentaba ante el Congreso el Proyecto de Ley Orgánica por la que se modificaba la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, publicándose el texto de la futura norma en el Boletín de las Cortes Generales de 4 de octubre de dicho año.

Dicho texto supone una completa decepción para el colectivo y motivo de honda preocupación, por cuanto que con el mismo se puede producir un enorme retroceso en la lucha contra el fenómeno y quedar en nada los esfuerzos hasta el momento efectuados, ello dejando a un lado que ninguna de las aspiraciones a las que aspira el colectivo sanitario han tenido eco en la futura norma:

a) Efectivamente, después de renovar profundamente los delitos contra el orden público nos encontramos con que se puede poner en tela de juicio una de las cuestiones sobre las que existía en principio consenso en la práctica judicial y que es la consideración del profesional sanitario como sujeto pasivo de los delitos de atentado, resistencia y/o desobediencia grave.

El Anteproyecto de Ley Orgánica del Código Penal contiene esta previsión:

“Ducentésimo vigésimo tercero. Se modifica el artículo 554, que queda redactado como sigue:

«1. Los hechos descritos en los artículos 550 y 551 serán también castigados con las penas expresadas en ellos cuando se cometieren contra un miembro de las fuerzas armadas que, vistiendo uniforme, estuviera prestando un servicio que le hubiera sido legalmente encomendado.

2. Las mismas penas se impondrán a quienes acometan, empleen violencia o intimiden a las personas que acudan en auxilio de la autoridad, sus agentes o funcionarios.

3. También se impondrán las penas de los artículos 550 y 551 a quienes acometan, empleen violencia o intimiden gravemente:

**a) A los bomberos o miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estuvieran interviniendo con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia, con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones.**

b) Al personal de seguridad privada, debidamente identificado, que desarrolle actividades de seguridad privada en cooperación y bajo el mando de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.»

Esta alusión acarrea desde luego desconcierto. Y es que en virtud del Principio de Especialidad que informa al Derecho Penal, **podría entenderse que sólo se cometerían los delitos en los supuestos en los que los miembros del personal sanitario o equipos de socorro que estuvieran interviniendo con ocasión de un siniestro, calamidad pública o situación de emergencia y la agresión se produjera con la finalidad de impedirles el ejercicio de sus funciones. Se estaría estableciendo un rango de intervención mucho más restrictivo que el actual. Si ya existe consenso a la hora de considerar atentado las agresiones físicas a los médicos del SNS puesto que los mismos ostentan la condición de funcionario. ¿Para qué añadir esta concreta especialidad en la nueva ley?**

Por lo tanto se recomienda la supresión de ese párrafo.

b) El Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal introduce entre sus muchas novedades la **SUPRESIÓN COMPLETA DEL LIBRO III del CÓDIGO PENAL, es decir la eliminación de las faltas.**

Recordemos cuales son las previsiones del legislador al respecto:

✓ **Lesiones**

Desaparece la distinción entre delitos y faltas de lesiones en función de la existencia o no de tratamiento médico o quirúrgico, de tal manera que, las lesiones de menor gravedad, se encuentran dentro del art. 147 CP, quedando su redacción así:

*2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de uno a doce meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido.*

*3. El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, será castigado con la pena de multa de uno a dos meses”.*

El punto cuatro, añade que “...los delitos previstos en los dos apartados anteriores sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal”, debiendo presentar denuncia, como anteriormente dijimos, en el plazo de un año para evitar la prescripción.

✓ **Amenazas y coacciones de carácter leve**

Estas conductas, que constituían faltas del art. 620.2 CP, pasan a convertirse en delitos leves y ser reguladas en los siguientes preceptos:

– art. 171.7 CP: *“Fuera de los casos anteriores, el que de modo leve amenace a otro será castigado con la pena de multa de uno a tres meses. Las amenazas leves sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona”.*

– art. 172.3 CP: *“Fuera de los casos anteriores, el que cause a otro una coacción de carácter leve, será castigado con la pena de multa de uno a tres meses. Las coacciones leves sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.”*

Nada se dice respecto del tratamiento de los casos de amenazas leves con armas o instrumentos peligrosos, que entendemos que deberían tener cabida en el ámbito del delito de amenazas del art. 171 CP.

✓ **Injurias y vejaciones injustas**

Las faltas de injurias y vejaciones injustas **quedan al margen del ámbito penal**, debiendo ser objeto de reparación en la vía civil oportuna (derecho al honor).



- ✓ ***Perturbación leve del orden público, falta leve de respeto y consideración a la autoridad.***

Estas conductas pasan a tener una respuesta en la vía administrativa, manteniéndose como delito (art. 559 C.P), solamente, la perturbación grave del orden público.

- ✓ ***Mantenerse en domicilio de una persona jurídica pública o privada, despacho profesional u oficina o establecimiento mercantil o local abierto al público***

Se suprime también el art. 635 CP y se traspasa su contenido al art. 203, como delito atenuado, disponiendo que: *“El que se mantuviere contra la voluntad de su titular, fuera de las horas de apertura, en el domicilio de una persona jurídica pública o privada, despacho profesional u oficina o establecimiento mercantil o local abierto al público, será castigado con la pena de multa de uno a tres meses”*

**En definitiva, se va a consagrar la impunidad de la inmensa mayoría de las agresiones verbales, ya que injurias, vejaciones y desconsideraciones serán reconducidas hacia la vía civil o administrativa.**

### **3. HACIA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DEL ACTO MÉDICO.**

Aproximadamente, un 11% de las agresiones se producen en el sector privado.

Las agresiones atentan contra el principio básico del acto médico: la relación médico-paciente. La Constitución Española proclama en su artículo 15 que:

*“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral ...”*

Más adelante, la Carta Magna establece que:

#### **Artículo 43**

**1.** Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

**2.** Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Pues bien, nuestro ordenamiento jurídico, a través del art. 6.2.a) de la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, de forma inequívoca y sin reservas atribuye al médico un papel fundamental en la protección de ese derecho fundamental:

a) Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Por otra parte, la actividad jurisdiccional ha venido superando aquella distinción tradicional entre “medicina curativa” y “medicina satisfactiva” para proclamar el carácter necesario de toda actividad médica.

Partiendo de estas premisas, no existe motivo alguno para distinguir la actividad médica que se ejerce en los establecimientos adscritos al SNS de aquella que se realiza en las consultas o instituciones médicas de carácter privado. LA APLICACIÓN DEL ART. 550 CP A EFECTOS PENALES ENTRE LOS PROFESIONALES DEL SECTOR PÚBLICO Y DEL SECTOR PRIVADO GENERA EL DESAMPARO Y DESPROTECCIÓN DE ESTOS ÚLTIMOS PROFESIONALES.

El Código de Deontología Médica define al acto médico como

*“ ... toda actividad lícita, desarrollada por un Profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos...”*

El acto médico es único y como tal, digno de la misma protección jurídica independientemente de cual pueda ser el entorno en el que el mismo se realiza. Del todo acto médico dimanarán las mismas consecuencias jurídicas a nivel abstracto, estando sometido al mismo régimen de profesionalidad.

**En definitiva se remarca la necesidad no de proteger al sujeto (el médico) sino al objeto que es el acto médico, como bien jurídico de carácter superior y rango constitucional, ya que el mismo es uno de los pilares sobre los que descansa la protección de la salud. De tal forma, que lo verdaderamente importante no será el ámbito institucional en el cual se produzca la agresión al médico, sino que se perturbe la actividad asistencial. Reclamándose en definitiva un tipo penal específico, que caracterice como delito toda actividad que perturbe la realización de un acto médico, reservándose la figura del atentado o resistencia para las agresiones sufridas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.**

## **II.- REFORMA DE LAS LEYES PROCESALES.**

### **2.1 LOS PROCEDIMIENTOS DEBEN DE SER JUZGADOS POR JUECES Y MAGISTRADOS DE CARRERA.**

Dispone el art. 14. de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

“ ... Fuera de los casos que expresa y limitadamente atribuyen la Constitución y las leyes a Jueces y Tribunales determinados, serán competentes:

1. Para el conocimiento y fallo de los juicios de faltas, el Juez de Instrucción, salvo que la competencia corresponda al Juez de Violencia sobre la Mujer de conformidad con el número quinto de este artículo. Sin embargo, conocerá de los juicios por faltas tipificadas en los artículos 626, 630, 632 y 633 del Código Penal, el Juez de Paz del lugar en que se hubieran cometido. También conocerán los Jueces de Paz de los juicios por faltas tipificadas en el artículo 620.1.º y 2.º, del Código Penal, excepto cuando el ofendido fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo 173.2 del mismo Código ...”

El que una agresión verbal pueda ser definida como una falta contra las personas del art. 620.2 del Código Penal, determina que muchas denuncias puedan ser enjuiciadas ante un Juzgado de Paz, conociendo de una eventual apelación un Juzgado de Instrucción, con las molestias y restricciones que ello supone. Sin embargo, la calificación como falta contra el orden público significa la inaplicación del art. 14. 1 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la intervención en primera instancia de un juez o magistrado de Carrera y el acceso a una Audiencia Provincial por la vía de apelación.

## 2.2 MODIFICACIÓN DEL ART. 436 DE LA LECRIM. SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO EN ATESTADOS Y DENUNCIAS.

Deberían de impartirse las correspondientes instrucciones para que a la hora de recoger denuncias, las fuerzas policiales y los Juzgados adopten las medidas oportunas para mantener indemne la intimidad del médico en los procedimientos en los cuales bien como perjudicado, ofendido, denunciante o testigo interviene un médico. La dirección personal debe de ser sustituida por la del centro asistencial en el cual se produjo el hecho. Y otros medios de localización tales como teléfono móvil o correo electrónico no deberían de ser expuestos al agresor.

El Código de Deontología Médica, la Ley de Autonomía del Paciente y sus trasuntos autonómicos proclaman el Derecho del paciente a conocer la identidad del médico involucrado en su proceso asistencial como una de las variantes del Derecho de Información Sanitaria. De ahí que no se aconseje la sustitución del nombre y apellidos del médico denunciante por su número de colegiado. Dato este, que podría sustituir en su caso al DNI.

Por lo tanto, se propone la siguiente redacción para el art. 436 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

### **Artículo 436**

El testigo manifestará primeramente su nombre, apellidos paterno y materno, edad, estado y profesión, si conoce o no al procesado y a las demás partes, y si tiene con ellos parentesco, amistad o relaciones de cualquier otra clase, si ha estado procesado y la pena que se le impuso. Si el testigo fuera miembro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en el ejercicio de sus funciones, será suficiente para su identificación el número de su registro personal y la unidad administrativa a la que está adscrito. **Asimismo, cuando el testigo sea personal sanitario en ejercicio de sus funciones, será suficiente su nombre y apellidos, número de colegiado en su caso y lugar de prestación de servicios.**

**III.- INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA.**

**3.1 Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad**, en cumplimiento de la normativa vigente deberían de acompañar al médico que reclame su auxilio en intervenciones domiciliarias en las que se haya evaluado un riesgo de agresión, especialmente cuando se trata de enfermos psiquiátricos o toxicómanos abstinentes.

**3.2** La relación médico paciente es de carácter confidencial, gozando los datos de salud de una especial protección jurídica según la LOPD y las diferentes leyes autonómicas que regulan los derechos de los pacientes. Ello vedaría la presencia en el acto médico de cualquier otra persona ajena a la actividad asistencial, salvo que la misma sea consentida por el paciente. Ahora bien, los establecimientos sanitarios deberían contar con los **mecanismos materiales** necesarios que de forma discreta permitan al facultativo recabar auxilio y ayuda externos, tales como alarmas, botones anti-pánico o altavoces y cámaras de vigilancia en lugares abiertos y/o exentos de actividad asistencial

**3.3 El diseño de las consultas y dependencias sanitarias**, así como la configuración y disposición del mobiliario de los establecimientos asistenciales deben de contemplar la posibilidad de huida de la misma del médico o sanitario en situación de riesgo.

**3.4** Las Administraciones Sanitarias, más allá de la publicación de guías y folletos, tal como están haciendo algunos Colegios de Médicos **deberían de fomentar la formación del médico en el manejo de situaciones de conflicto y agresividad**. Deberían asimismo, implantarse medidas de apoyo y auxilio para el médico objeto de agresión.

**3.5** Existen determinados Centros de Salud que deben de ser dotados expresamente de personal de seguridad.

**Y que ha modo de resumen hemos recogido a continuación:**

**I.- REFORMAS EN LAS LEYES PENALES SUSTANTIVAS: EN TORNO A LA FIGURA DEL MÉDICO CONSOLIDAR UNA SEGURIDAD JURÍDICA.**

**1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.**

**1.2 EL ANTEPROYECTO DE CÓDIGO PENAL.**

**1.3. HACIA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DEL ACTO MÉDICO.**

**II.- REFORMA DE LAS LEYES PROCESALES.**

**2.1 LOS PROCEDIMIENTOS DEBEN DE SER JUZGADOS POR JUECES Y MAGISTRADOS DE CARRERA.**

**2.2 MODIFICACIÓN DEL ART. 436 DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL: SUPRESIÓN DE DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO EN ATESTADOS Y DENUNCIAS.**

**III.- INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA.**

**3.1 LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD, EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE DEBERÍAN DE ACOMPAÑAR AL MÉDICO QUE RECLAME SU AUXILIO**

**3.2 LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DEBERÍAN CONTAR CON LOS MECANISMOS MATERIALES NECESARIOS QUE DE FORMA DISCRETA PERMITAN AL FACULTATIVO RECARAR AUXILIO Y AYUDA EXTERNOS.**

**3.3 EL DISEÑO DE LAS CONSULTAS Y DEPENDENCIAS SANITARIAS.**

**3.4 FOMENTAR LA FORMACIÓN DEL MÉDICO EN EL MANEJO DE SITUACIONES DE CONFLICTO Y AGRESIVIDAD.**

**3.5 CENTROS SANITARIOS ESPECIALES QUE DEBEN DE SER DOTADOS EXPRESAMENTE DE PERSONAL DE SEGURIDAD.**

Madrid, a 17 de diciembre de dos mil catorce

