

BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 109

Novembre del 2014



Control telemàtic d'hipertensos als hospitals Arnau de Vilanova i Santa Maria



Cuidem la teva salut i la dels teus

Amb les companyies més ben valorades pels propis metges.

Assegurances de serveis complets des de **43,28€ /mes***



TARIFES ÚNIQUES

per a un ampli tram d'edat i sense copagament



ELS QUADRES MÈDICS MÉS COMPLETS



ELS MILLORS CENTRES HOSPITALARIS

*Prima 2015 per assegurat de 0 a 65 anys d'edat, sense distinció de sexe (subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia).

Sobre el consorci sanitari ICS-GSS

Ha transcorregut gairebé un any des de l'anunci de la constitució del consorci sanitari entre els centres de l'Institut Català de la Salut (ICS) i de Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) a les terres de Lleida. Durant aquest període, defensors i detractors de la proposta han exposat les seves opinions, tot i que s'han mantingut més en la línia d'expressar idees mestres que en la de les concrecions.

Però ara, quan fa la sensació que tot està dat i beneït, seria un error minimitzar les protestes dels sindicats i dels professionals, que han recollit 38.000 signatures lleidatanes contra el consorci fins a la publicació d'aquest BUTLLETÍ MÈDIC. Fins i tot la Universitat de Lleida (UdL), convidada a participar-hi, expressa dubtes i ha decidit congelar la seva decisió. A més, dos partits polítics (ICV i la CUP) han manifestat també la seva oposició.

Els fets demostren que defensar només les excel·lències del consorci és una aposta insuficient per posar-lo en marxa amb garanties d'èxit. És a dir, amb garanties que esdevingui beneficiós per a la població i els professionals de la salut lleidatans. Tornem a assenyalar la insuficient credibilitat que tenen els arguments oficials entre sectors de la ciutadania i de la professió.

En un debat recent organitzat per la UdL sobre el tema, s'ha evidenciat un altre cop la preocupació davant una possible opacitat de la gestió del consorci, que podria encobrir la privatització de la sanitat pública a les regions sanitàries de Lleida, Alt Pirineu i Aran. I ha saltat una nova proposta: facilitar informació clara i concreta i convocar una consulta perquè els ciutadans de les terres de Lleida decideixin. La validesa dels processos participatius, recentment demostrada al nostre país, es pot aplicar en aquest tema?



Sanitat i Metges de Catalunya opinen sobre el consorci

Articles del director dels serveis territorials de Sanitat i de la Territorial de Lleida de Metges de Catalunya. **06** >>>

La prova pericial mèdica

A càrrec de la Dra. Rosa M. Pérez; Juan Fco. Boné, fiscal en cap de Lleida; Diego Gutiérrez, magistrat; el Dr. Corbella, advocat, i Raül Llevot, lletrat de l'ICS. **08** >>>

La troncalitat

Articles d'opinió dels Drs. Peñascal i Vila i de Matinero i Montes, respresentants dels estudiants. **18** >>>

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41. <http://www.coml.es> · butlletimedic@coml.es

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Ricard Batlle Solé
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu

Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Mària Irigoyen Otiñano
Aurora López Gil

Xavier Matias-Guiu Guia
Mercè Matinero Tor
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Joan Prat Corominas

Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA Comunicació,
Assessoria i Mediació, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €	6 Pàgines interiors	300,51 €	6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
1 Contraportada interna	480,81 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €				
Preu total insercions:	2.404,06 €				

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA



Assistents a les jornades

Celebrades les XXIX Jornades de Bioètica a Lleida

Les XXIX Jornades de Bioètica, unes de les pioneres en aquest tema a l'Estat, van tenir lloc els dies 21 i 23 d'octubre a la Facultat de Medicina de Lleida. Les jorna-

des va estar organitzades per la Universitat de Lleida i l'Institut Borja de Bioètica.

La conferència inaugural va anar a càrrec de la Dra. Begoña Roman, doctora en

Filosofia i professora d'Ètica de la Universitat de Barcelona, que va tractar sobre *Ètica per a temps difícils*. La conferenciant va parlar de la complexitat dels temps actuals i de quina bioètica ens pot ajudar a prendre decisions en temps difícils. En paraules seves, "cal més ètica que mera moral, cal més ciència que mera consciència i més interdependència que autonomia. Que la realitat ens agafi pensats i organitzats".

Seguidament, hi van intervenir el Dr. Pere Godoy, especialista en Salut Pública i professor de la Universitat de Lleida. Godoy va exposar casos ètics en Salut Pública, tot aprofundint principalment en el tema de l'Ebola.

El dia 23 va obrir les jornades el Dr. Altisent, metge de Família i professor de Bioètica a la Universitat de Barcelona, que es va referir a com es pot ajustar l'ètica teòrica a la pràctica clínica assistencial.

La intervenció del Dr. Craven-Bartle, director d'Oncologia i Radioteràpia de l'Hospital de Sant Pau i professor de l'Institut Borja de Bioètica, va finalitzar les jornades parlant de models sanitaris i justícia.

Abordatge de les malalties relacionades amb el treball que s'atén a la xarxa sanitària pública

Una trentena de professionals d'Atenció Primària, dels serveis de Prevenció de Riscos Laborals i de les mútues d'accidents de treball van celebrar una sessió de treball el 6 de novembre a la Seu d'Urgell. Els metges i metgesses van debatre l'abordatge de les malalties relacionades amb el treball que s'atén a la xarxa pública. Els assistents van intercanviar punts de vista sobre com millorar la gestió dels casos d'aquest tipus de malalties.

La sessió va estar organitzada per la Unitat Salut Laboral de la Regió Sanitària de Lleida i la Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i Aran, i es va estructurar en les taules de treball següents:

La transformació de la gestió de les malalties relacionades amb el treball: sinergies i aliances

La taula va estar representada pel Dr. Jordi Fàbrega, director mèdic assistencial d'Atenció Primària i Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell; el Dr. Eugeni Paredes, director assistencial d'Atenció Primària Lleida; el Dr. José Luis Remon, director assistencial d'Atenció Primària Lleida Nord; la Sra. Mercè Bieto, directora del Servei Regional a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran, i la Dra. Montserrat Puiggené, responsable de la Unitat Salut Laboral-Regió Sanitària Lleida i Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran.

Els participants van centrar la projecció de les institucions que representen cap al futur tenint en compte la seva trajectòria actual.

El Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP)

La Sra. Mercè Bieto, directora del Servei Regi-



Imatge d'una taula de treball

onal a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran, va presentar el Pla Interdepartamental de Salut Pública, que és la figura que estableix la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de Salut Pública, per tal de dur a terme les intervencions sobre els determinants de la salut de la població, que requereixen un abordatge conjunt des de molts sectors socials i de l'administració pública, tant l'autònoma com la local. Té l'objectiu d'assolir els propòsits de millora i protecció de la salut de la forma més equitativa i eficient possible. És, per tant, un instrument de governança que vincula tot el Govern.

La Unitat Salut Laboral, enllaç entre els serveis de prevenció de riscos laborals i el sistema públic de salut en la gestió del cas

Van participar en aquesta taula el Dr. José María Palacín, director de la Unitat de Gestió Assistencial Lleida Ciutat 1 de l'ICS; la Dra. Montserrat Puiggené, responsable de la Unitat Salut Laboral-Regió Sanitària Lleida i Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran; la Dra. M. Teresa Miró,

del Servei de Prevenció Mancomunitat Endesa de les UBS Lleida i Tarragona; la Dra. Carolina Infante, cap del Servei d'Avaluacions Mèdiques a Lleida, i el Sr. Ferran Pellisé, director de Prestacions i Assessoria Jurídica d'Activa Mútua. La Dra. Montserrat Bonet, metgessa de Família i Comunitària al CAP de la Seu d'Urgell, va moderar la taula.

Els metges van explicar el paper que fan en l'atenció del cas. Els agents que participen en el circuit són: Atenció Primària, Unitat Salut Laboral, Servei de Prevenció Aliè, Servei de Prevenció Propi, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Mútua d'Accidents de Treball. A més, Ferran Pellisé, de la Mútua d'Accidents de Treball, va explicar el Reial Decret 625/2014, de 18 juliol.

En finalitzar es va generar un debat amb l'exposició de casos pràctics. I es va concloure que:

- És important que l'Atenció Primària, quan detecta un cas de malaltia relacionada amb el treball, el notifiqui el més aviat possible a la Unitat Salut Laboral
- La Unitat Salut Laboral actua abans, durant i després de la baixa per garantir la salut dels treballadors i impulsar la vigilància i el suport necessaris quan la gestió del cas es realitza entre el sistema públic de salut i el sistema propi de la salut laboral
- Els Serveis de Prevenció Aliens, en la seva cartera d'empreses de diferents sectors, tenen un ampli coneixement de les condicions de treball dels col·lectius que atenen
- El Servei de Prevenció Propis tenen un gran coneixement de la salut dels treballadors, accidents de treball i llocs de treball
- La col·laboració amb la Unitat Salut Laboral és molt important per gestionar el cas per part de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques.

DESPRÉS DE LA RENÚNCIA DE LA DRA. ROSA M. PÉREZ A LA PRESIDÈNCIA

Els membres de la Junta del COMLL són coparticipants de les tasques i la representació col·legials

Després de la renúncia de la Dra. Rosa M. Pérez al càrrec de presidenta, la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha pres la decisió de redistribuir les funcions entre els actuals membres que en formen part. Així, malgrat que el Dr. Mur presideix formalment aquest òrgan col·legial, tots els membres de la Junta són coparticipants del desenvolupament de les tasques i representació del Col·legi. La Junta es defineix com a "continuista" en el sentit de fer prevaler la defensa de la professió per sobre d'altres àmbits i posa com a objectius per a l'any que resta intentar apropar el COMLL a la societat i els col·legiats i col·legiades mitjançant intervencions com l'adaptació del Col·legi a les noves tecnologies o desenvolupar la formació.

La Junta de Govern està formada pels següents metges i metgesses:

President: Dr. Ramon Mur
Vicosecretari: Dr. Carlos Querol
Tresorer: Dr. Eduard Solé
Vocals: Dra. Nàdia Abdul-Ghani, Dr. Ferran Barbé, Dr. Víctor Palomar i Dra. M. José Abadías

La Junta va acceptar el passat 8 d'octubre la renúncia de la Dra. Pérez a la presidència del COMLL i li va expressar públicament el seu reconeixement a la tasca desenvolupada, la seva professionalitat i dedicació. La Dra. Pérez ha estat membre d'aquest òrgan col·legial durant 16 anys i l'ha presidit el darrer 7. La voluntat de la Dra. Pérez d'optar per una activitat professional més intensa en docència és la causa de la seva renúncia, segons les seves paraules.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions entre el 23 de setembre i el 4 de novembre de 2014, ha acordat i tractat, entre d'altres, els següents assumptes:

- Designar la Dra. Nàdia Abdul-Ghani Martínez com a representant del Col·legi a la Comissió de Seguiment de l'Assegurança de Responsabilitat Civil Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.
- Inscriure al Registre Col·legial de Societats Professionals l'entitat FARRE-LABRANYA METGES, societat civil professional.
- Reservar sèries d'un número del sorteig de la Loteria de Nadal, enguany el 58642, per distribuir entre els col·legiats que ho sol·licitin.
- Concedir un ajut econòmic com a col·laboració col·legial a la III Jornada Pirinenca d'Actualització Mèdica celebrada a Montellà de Cerdanya.
- Acceptar la renúncia presentada per la Dra. Rosa Maria Pérez al càrrec de presidenta del Col·legi. Per

disposició estatutària, el vicepresident del Col·legi, Dr. Ramon Mur Garcés, ocupa el càrrec de president.

- Fixar uns objectius estratègics fins a final de mandat amb uns responsables per a cada un d'ells.
- Convocar el XIII Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del Col·legi. El termini de presentació de candidatures finalitza el 31 de desembre de 2014.
- Acordar una donació a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida per un import de 1.040,00 € destinada a les tasques que li són pròpies.
- El Consell de Col·legis Metges de Catalunya va constituir la Comissió de seguiment de l'Ebola. El COMLL hi està representat per la Dra. Maria José Abadías Medrano i la Dra. Núria Nadal Braqué. Es va facilitar a través de la pàgina web col·legial la informació adient. La Junta de Govern va sol·licitar al servei territorial del Departament de Salut dels protocols d'actuació, així com el material necessari per a tots els centres sanitaris per fer front a les diferents situacions.
- Elaborar un informe de necessitats informàtiques i tecnològiques per a la millora d'aquests aspectes col·legials
- S'han mantingut entrevistes amb els responsables del Departament de Salut per tractar principalment aspectes del nou Sistema d'Integració Sanitària de Lleida.



Coordinadors dels projectes

La Marató de TV3 guardona tres projectes de recerca de l'IRBLleida

La Fundació la Marató de TV3 de l'edició de malalties neurodegeneratives ha guardonat els projectes de tres grups de recerca de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRB-Lleida). L'import global concedit és de 421.737,50 € per a tres anys d'investigació. Els projectes són els següents:

Com afecta l'apnea del son en l'evolució de la malaltia d'Alzheimer, del Grup de Neurociències Clíniques, que coordina el Dr. Gerard Piñol

Quines són les vies comunes de la degeneració de les neurones motores en diferents malalties, del Grup de Fisiopatologia Metabòlica, que coordina la Dra. Mariona Jové

Els mecanismes implicats en la degeneració i creació de noves neurones cognitives, del Grup de Neurobiologia Molecular i del Desenvolupament, que coordina la Dra. Carme Espinet

Moviment col·legial dels mesos de setembre i octubre del 2014

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 12 altes durant els mesos de setembre i octubre de 2014: Laura Postius Terrado, Ana Rodríguez Rodríguez, José Luis Fonseca León, Carolina de Dios González, José Miguel Paul Gil, Julio César Canahuiri Aguilar, Maria Mercè Segura Ballesté, Ceryl Francel Díaz Hernández, Izamara Araujo Morais de Souza Lira, Edson Eder Lira Junior, Eduardo Gerson Valverde Galarza i Sergi Ricart Farré.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 9 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de setembre figura la defunció del Dr. Fernando Arenas Martínez.

Total col·legiats el 31/10/2014: 1.741.

CANVIS DE SITUACIÓ

Han passat a col·legiats honorífics els Drs. Manuel Antonio de la Cruz Jaraña, María Luisa Pon Cladera, Issa Makhoul el-Koury i Juan Vidal Bota.

XIII Premi del COMLL a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari

Es poden presentar candidatures fins al 31 de desembre

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha convocat la tretzena edició del Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari, dotat amb 6.000 euros. El termini de presentació de candidatures a la Secretaria del COMLL finalitza el 31 de desembre, a les 14 hores.

Poden presentar candidatures les ONG que comptin amb algun col·legiat o col·legiada entre els seus membres. Els membres del COMLL també poden presentar propostes sense ser membres d'aquestes entitats solidàries.

L'objectiu del premi és reconèixer la tasca altruista de metges i metgesses que treballen per garantir el dret a la salut de la població en ONG i associacions sense ànim de lucre. Per aquest motiu, la dotació econòmica del premi contribueix a finançar el projecte solidari guanyador.



Mercè Matinero

La lleidatana Mercè Matinero, elegida secretària general del CEEM

Mercè Matinero Tort, estudiant lleidatana de 4t de Medicina a la Universitat de Lleida, va ser elegida a l'octubre secretària general de la comissió executiva del Consell Estatal d'Estudiants de Medicina (CEEM). L'elecció va tenir lloc durant les LXXIII Jornades Estatals de Medicina celebrades a la Universitat de València.

Matinero és membre del Consell de Redacció de BUTLLETÍ MÈDIC.

Consortio Sanitario de Lleida y Metges de Catalunya

Desde el mes de febrero, momento en el que se hace público el acuerdo de gobierno para la creación de un ente que agrupe los recursos sanitarios de la Región Sanitaria de Lleida, ha habido distintos pronunciamientos. Unos a favor desde el inicio y sin aparentemente conocer cómo se iba a producir, otros en contra alegando la privatización de la sanidad pública y nosotros, como sindicato, que primero queríamos saber qué se proponía.

A partir de entonces los promotores se dedicaron a captar adeptos en reuniones vacías, ya que no se decía nada y ni siquiera se sabía la figura jurídica.

Estamos en noviembre y se han presentado unos estatutos de Consortio y ya tenemos un nombre: SIS LLEIDA.

¿Cómo nos puede afectar como profesionales?

En primer lugar, se dijo que público (ICS) + público (GSS) = Público. Sin embargo, los estatutos dejan vía de entrada a las empresas privadas sin ánimo de lucro (de momento) y se anuncia que se podrá realizar actividad privada como cirugía plástica, podología, etc.

Hemos de recordar que en legislaturas previas del partido en el Gobierno actual, en el Hospital de Tremp, la rehabilitación, las alergias y derivaciones de múltiples exploraciones se realizaban en entidades privadas. Sí que el usuario no pagaba por ellas, pero las condiciones de trabajo de los profesionales eran peor.

No estamos en contra de la actividad privada del profesional, es una opción legítima, pero no hay que mezclarlas, y ello no tiene que suponer una doble puerta de acceso.

También llama la atención que habiendo posibilidad de desarrollo de la Ley del ICS para dotar de autonomía a los territorios y que GSS se hubiera podido integrar en el ICS, como lo han hecho los profesionales de Justicia que trabajaban en centros penitenciarios, no se haya hecho y se opte por crear una nueva estructura que llevará asociado nuevos cargos directivos. Se justifica que el ICS es una empresa muy grande, poco gobernable y con decisiones fuera del territorio. A todos nos vienen a la cabeza empresas multinacionales, perfectamente gobernables, rentables y con

gestión descentralizada. Cada uno que saque sus consecuencias y vea dónde reside la causa.

No nos han presentado un plan de empresa con los recursos materiales, humanos, volumen de negocio previsto, fuentes de ingresos etc. Vamos, lo que cualquier empresario tiene hecho cuando crea, compra o integra una empresa en otra. Aquí no sabemos si lo más preocupante es que no se tenga hecho o que se tenga hecho y no se diga.

Nosotros pensamos que supondrá la reducción de puestos de trabajo de facultativos, no así de cargos directivos.

Se hace referencia al Consejo de Administración, no se fijan las remuneraciones, son designados por el poder político y, a diferencia del ICS, no hay ningún representante sindical que pueda cuestionar sus actuaciones desde dentro. Asimismo, la estructura de gestión no está especificada y queda abierta a toda suerte de arbitrariedad.

Se dice que el presupuesto vendrá directamente, se gestionará desde el territorio y habrá ingresos extras como los procedentes de aseguradoras por accidentes. Lo que no se dice es que si tienes vías de financiación extra puedes ver reducido el presupuesto el año siguiente.

El control económico puede ser menos transparente. Recordamos algunos escándalos de consorcios con imputados, no recordamos escándalos económicos en el seno del ICS. Se dice que todo estará auditado, pero las auditorías sólo miran que

cada número esté en su casilla, no cómo se ha hecho la gestión del dinero público, y no hace falta nombrar a entidades auditadas que después han hecho quiebra o han necesitado rescate público.

En relación con el personal que se integra, hay diferentes situaciones. Los laborales de GSS, a los que desaparece la empresa, no les cambia mucho, continúan siendo laborales, aunque con mayor riesgo de despido si se redujera plantilla. El personal estatutario del ICS con plaza en propiedad continuaría en su plaza, pero no está claro en el tema de traslados, tanto desde el Consortio SIS Lleida a otros centros ICS como a la inversa. Mucho nos tememos que estos traslados no serán posibles, o puede haber tentaciones de realizar presión para laboralizar si se quiere continuar en Lleida, porque la plaza está muy lejos de aquí, se está en comisión de servicio, etc.

El personal interino ICS, a los que no se está pagando jornada completa y se les paga tras 6 años de estudios y 4-5 años de especialidad 1.500 euros mensuales, sin que se les caiga la cara de vergüenza a los mandos, pueden ver mejorado su salario con el convenio laboral, siempre que no se reduzca la jornada del contrato. Ahora, gracias a las gestiones de Metges de Catalunya, hay el compromiso de la consejería de mejorar la situación de los compañeros que ahora no tienen jornada completa.

De todas formas, habrá tres tablas salariales, y eso es una mala experiencia ya

vidada por los facultativos de GSS en el pasado que sólo se solucionó con la llegada del Tripartito, que se avino a negociar con los sindicatos.

La selección del personal facultativo puede que no sea bajo los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad. El modelo ICS, aunque con defectos, parece más garantista.

Se nos dice que vendrán más médicos a realizar su formación MIR con el Consortio. El problema es de los cupos autonómicos, y no otros motivos.

También se alude a que se aumentarán las especialidades porque habrá más masa crítica. La masa crítica es la que es. La población de la Región Sanitaria es una determinada. Tenemos el reciente ejemplo de Girona, donde se quiere suprimir la cirugía cardíaca. Allí tienen un proyecto similar llamado CIMS y si políticamente se quiere, se añaden o se suprimen servicios. Depende si se tienen en cuenta las discriminaciones positivas con la población.

En resumen

Decimos que estamos a favor de sumar, coordinar para aumentar la eficacia/eficiencia, de respetar los derechos (no privilegios, como hemos llegado a oír) de los profesionales y de los ciudadanos, pero no parece que la propuesta SIS LLEIDA tal como está sea la mejor.

Metges de Catalunya
Territorial Lleida

La gran oportunitat que no hem de deixar passar

En temps molt complexos com els actuals tenim una gran oportunitat que cal aprofitar, i que consisteix a unificar en una única organització la gran majoria de la xarxa sanitària pública a les terres de Lleida i de l'Alt Pirineu. Aquest ha estat un desig de molts professionals des de fa molt de temps, que veien, o més ben dit, vèiem, com aquesta divisió en dues institucions ens feia ser més febles i ens privava tant els uns com els altres d'oportunitats de creixement i de millora. Malgrat que funcionalment en molts aspectes ja treballéssim com una única institució, la realitat és que aquesta situació provocava, i provoca encara, força problemes i també i algunes iniquitats.

Des de fa més de 20 anys tots els governs han anat fent passos per tal d'anar unificant a Lleida i l'Alt Pirineu els dispositius assistencials de l'Institut Català de la Salut i de l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris. Penso en la unificació de les urgències hospitalàries dels dos hospitals de Lleida el 1992, les unificacions de molts serveis des d'aleshores, alguns de força complexos, com, per exemple el laboratori o l'anatomia patològica, l'ús de l'ECAP-SAP en tota la xarxa de GSS, entre

moltes d'altres. Ningú no dubta ara que totes aquestes decisions van ser molt encertades, tot i que en el seu moment generessin neguit i incertesa per part de no pocs professionals.

Ara tenim la gran oportunitat de poder fer un pas més, que seria la integració de les dues grans institucions públiques de Lleida en una única entitat, amb una fórmula jurídica que permeti agafar allò més bo de cada casa perquè tothom se'n pugui beneficiar. I també mantenint la cultura i la identitat de tothom, no només contractualment, sinó també pel que fa a sentiment de pertinença al seu centre, tot i que calgui anar adquirint un sentiment també de pertinença al sistema integral de salut de Lleida i Pirineus. Ja tenim una experiència recent prèvia molt clara. La integració de l'Hospital del Pallars al GSS va ser una decisió encertadíssima, i cal felicitar de tot cor aquells que la van idear i portar a terme. Aquesta integració no ha fet pas perdre la identitat dels professionals de Tremp envers el seu hospital. Al contrari, amb el manteniment de la seva identitat se'ls van obrir noves portes i possibilitats que a poc a poc estan construint i que, si bé no van donar grans fruits el primer dia, sí que

ho comencen a fer un temps després de la seva integració dins el GSS.

Tenim un altre exemple d'èxit d'integració: l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, que es va crear el 2004 amb la finalitat d'unificar en un únic ens la recerca de l'àmbit sanitari a les terres de Lleida, per unificar així la recerca de la universitat amb la dels hospitals i obrir-se a la primària. En el seu moment, moltes persones van ser contràries al projecte o el van mirar amb molt recel i interrogants. I en canvi ara, deu anys després, ningú no dubta de les bondats d'aquesta unificació, amb un institut d'elevadíssim prestigi per als ciutadans de Lleida i, gràcies a l'acreditació per part de l'Institut Carlos III, a la primera divisió de la recerca sanitària estatal i amb clara projecció internacional. Per què l'IRB Lleida està acreditat i no ho estan Tarragona i Girona, per exemple, tot i que som la meitat d'habitants que ells? La resposta per mi és senzilla: en gran part, pel fet d'haver unificat tota la recerca. Sense aquesta unificació, per molt esforç que haguéssim fet, no ens n'hauríem sortit.

El projecte que proposem és molt utilitzat i clau d'èxit en molts indrets de Catalunya des de 1990: un consortio sanitari públic, que uneixi l'activitat assistencial de l'ICS i de GSS, que hi vinculi la docència i la recerca de les nostres terres. Un consortio 100% públic, tal com ho són totes les parts que l'integren, i amb vocació de donar servei als nostres ciutadans i en què els professionals puguem desenvolupar la nostra vocació com a mínim amb igualtat de condicions que

si treballéssim en qualsevol altra gran institució sanitària pública de Catalunya.

Des del punt de vista assistencial, podem parlar de molts avantatges: massa crítica, evitar duplicitats, augmentar la coordinació entre nivells assistencials, atenció primària i hospitalària d'igual a igual, atenció primària més potent, noves especialitats i subespecialitats, més atractiu per a nous professionals, gestió unificada dels procediments i proves amb temps d'espera, noves oportunitats docents i de recerca, facilitar l'aparició de nou talent...

Des del punt de vista de la gestió, també hi podem trobar molts avantatges: economies d'escala, progressiu aprimament de les estructures no assistencials en benefici de les assistencials, finançament més equitatiu ajustat per càpita corregida, eficiència en favor de tots i molt especialment de l'atenció primària, presa de decisions des de Lleida i l'Alt Pirineu...

I des del punt de vista del model, podem estar ben tranquils, un consortio sanitari públic de la Generalitat com l'ICS, regit per la normativa de contractes del sector públic. En relació amb el control i la fiscalització, el règim comptable i pressupostari s'adaptarà a les disposicions vigents en la matèria que dicti l'administració de la Generalitat de Catalunya. Serà mitjà propi de la Generalitat de Catalunya, exactament igual que ho ha estat sempre l'ICS, de manera que pot rebre encàrrecs de gestió de manera directa sense haver d'anar a concurs. Els professionals

mantenen les mateixes condicions laborals i tipus de contracte, amb accés a carrera professional, antiguitat, trasllats, etc. Es garanteix un pressupost finalista i que la facturació a tercers obligats (com els accidents de trànsit) quedin dins el compte d'exploració del consorci (fet que no succeeix a l'ICS) i que pot representar un finançament addicional gens menyspreable.

Totes aquestes raons són ben importants, i ja per si mateixes ja són prou importants per justificar la unificació de la nostra xarxa sanitària pública. Ara bé, per fer bona música no només cal un bon instrument. El Sistema Integral de Salut és l'instrument que de poca cosa servirà sense compositors que escriguin unes bones partitures i sense músics que les interpretin. I mireu-ho a l'inrevés, per molts bons que siguem com a músics o compositors, sense bons instruments no farem res; és més, anirem enrere, amb el risc de perdre tot el planter, que no ens vulgui venir cap fitxatge i que els més bons ens marxïn. A Lleida i a l'Alt Pirineu tenim compositors excel·lents, i encara més bons músics, ara tindrem l'instrument que ens ajudarà, amb l'esforç de tots, a ser a la Champions de l'assistència sanitària. Lleida, en cinc anys pot tenir una realitat molt diferent a l'actual en referència amb Catalunya. I com en el cas de l'IRB Lleida, aleshores tothom veurà clar que aquesta va ser la millor decisió.

Dr. Josep Pifarré
Director serveis1 territorials Salut a Lleida

El metge, perit o testimoni en un judici?

Quan els metges i metgesses són cridats a declarar en un judici per aportar els seus coneixements i la seva experiència en qualitat de què ho fan? De testimonis o de pèrits? Els professionals de la Medicina es plantegen dubtes i interrogants sobre aquesta qüestió. BUTLLETÍ MÈDIC publica l'opinió d'experts sobre el tema

La prova pericial mèdica

La prova pericial mèdica és un dels mitjans de prova en el procés judicial. El perit aporta els coneixements tècnics, artístics, pràctics o científics que permetin valorar, aclarir o arribar a aconseguir la veritat dels fets en estudi. És una de les possibilitats de prova que es poden realitzar per part d'un expert en una branca del saber i que aporten al sistema judicial coneixements que faciliten l'esclarament dels fets. La prova pericial mèdica és una de les proves pericials que més se sol·liciten en la pràctica judicial.

El peritatge mèdic està regulat per la Llei d'Enjudiciament Criminal (LECcr) i per la Llei d'Enjudiciament Civil (LEC). També la regulació específica en matèria laboral estableix preceptes respecte als pèrits i en la legislació reguladora contencioso-administrativa. Aquestes normes estableixen el marc de la prova pericial, l'elecció i els requisits dels pèrits, de la seva actuació, les causes de recusació, etc.

Els pèrits han de reunir una sèrie de requisits amb unes condicions científiques i ètiques precises: formació mèdica especialitzada, teòrica i pràctica, i també coneixements jurídics. Els pèrits mèdics, segons deia Palmieri, haurien de pensar en sentit jurídic quan desenvolupen l'activitat pericial. Altres qualitats que el professor Villanueva-Cañadas afegeix són l'objectivitat, el sentit comú, la reflexió, el judici crític, la prudència, la imparcialitat i la veracitat.

Altres requisits que cal considerar

en la prova pericial mèdica són la idoneïtat i la capacitat, el motiu concret de l'actuació pericial, les circumstàncies i l'oportunitat. Què volem dir amb això? Que no tothom i a totes hores és un perit. L'actuació concreta amb els requisits assenyalats serà segons els coneixements mèdics concrets que es necessitin per a la prova mèdica concreta, el perit i la seva actuació serà la d'un expert. Per tant, en l'actual configuració de la professió mèdica l'especialització fa que l'expertesa sigui molt concreta segons el tema o la matèria que s'ha de valorar judicialment.

L'objectiu principal de la prova pericial és proporcionar la informació necessària al jutge o tribunal sobre l'avaluació científica del contingut mèdic i biològic del cas i la seva relació amb la qüestió legal de què es tracti. És a dir, auxiliar amb l'informe el jutge i les parts i d'aquesta manera contribuir a l'aplicació correcta del dret. Les actuacions pericials són totes les que, sense finalitat terapèutica, són sol·licitades segons el que disposa la llei.

No hi ha cap mètode ni cap tècnica definitius estrictament, però sí que tenen unes característiques concretes. Hi ha punts de rellevància per tal d'arribar a completar l'informe pericial final:

1) Estudi de les actuacions. Revisió i estudi meticulós de les proves documentals i testificals, així com de les declaracions.

2) Estudi del fet judicial concret. És essencial en la pràctica del peritatge mèdic, ja que un dels seus objectius ha de ser establir la valoració i la relació de la matèria medicobiològica.

3) Exploració clínica i judici diagnòstic amb la finalitat de realitzar una activitat pericial.

L'informe pericial mèdic és un document medicolegal de gran transcendència que ha de ser emès en un llenguatge clar i comprensible per al món jurídic, però sense perdre la pròpia terminologia de la professió mèdica.

La redacció de l'informe no respon a cap criteri específic, tot i que sí que hi ha una estructura formal; pel que fa al contingut, segons l'estil personal i els coneixements necessaris o allò que se sol·licita o exigeix, és més o menys extens.

Com a parts estructurals pròpies de l'informe, es recullen les següents:

1) Preàmbul. Hi consten les dades de l'autoritat judicial que la sol·licita, l'extensió i els termes i, sobretot,



l'objecte de la prova pericial sol·licitada, la identificació de la persona sobre la qual se'ns ha ordenat fer la perícia i les dades del pèrit. També el temps i el lloc de la pràctica pericials.

2) Metodologia. S'hi expressen les tècniques i els mitjans dels quals s'ha valgut el pèrit en la prova pericial i també els documents consultats.

3) Antecedents. S'hi recullen els esdeveniments d'una manera des-

criptiva, no valorativa. Acostumen a recollir-se aquests antecedents segons la pericial sol·licitada, però, com que es tracta de qüestions mèdiques, són antecedents personals, patològics, familiars i socials. En aquest punt, i preservant el dret a la intimitat del pacient, si escau, s'haurien d'aportar els que de manera clara fossin d'interès per al cas concret que es perita, ja que l'extensió en altres dades pot fer

que el metge s'excedeixi en divulgar informació.

4) Exploració actual. S'aporta informació obtinguda durant l'exploració, l'entrevista personal, l'exploració i l'estudi d'informes mèdics com a conseqüència d'actuacions recents i el resultat de les proves complementàries que hàgim practicat dins de la prova. De vegades, no hi ha exploració del pacient, sinó que se sol·licita que es faci una perícia respecte a documents mèdics o prova testifical aportada. Si és així, es podrà fer sempre que sigui possible informar, però en cas del mínim dubte, s'haurà de practicar una intervenció directa amb el pacient, si és possible. Si no és possible realitzar una correcta prova pericial, es farà constar.

5) Consideracions medicoforenses. En aquest apartat es fa una valoració. S'hi inclouen els judicis, la valoració, la relació no descriptiva, sinó crítica del contingut medicobiològic del fet jurídic en estudi. En aquest apartat es deixa constància del raonament científic que ens portarà a concloure l'informe.

6) Conclusions. És la part final de l'informe. Hi solen constar afirmacions o negacions establertes de manera numerada o classificada, que representen el que s'ha conclòs després de relacionar tot l'estudi previ i el fet jurídic, segons els judicis científics que s'han fet constar en l'apartat anterior.

7) Fórmula final. És la fórmula de ratificació i signatura.

Una vegada emès l'informe, en el moment del judici oral s'exposarà verbalment com a declaració que es presta sempre sota jurament i amb caràcter oficial que obeeix a un manament judicial.

Els informes pericials mèdics aporten al sistema judicial coneixements científics, tècnics o pràctics sobre una matèria mèdica que la justícia desconeix o no coneix en la seva totalitat. Aquests informes són l'aportació raonada del pèrit mèdic per tal

que el sistema judicial pugui resoldre el cas concret.

El metge en funcions de perit i en el desenvolupament de la seva activitat pericial pot tenir responsabilitats legals, segons l'ordenament jurídic en què es doni la infracció i responsabilitats deontològiques, d'exclusiu control per part dels col·legis professionals.

El Col·legi de Metges té funcions controladores i reguladores en matèria deontològica. Atès que aquesta funció de regulació i control és una de les funcions principals de les corporacions professionals mèdiques, sembla oportú oferir el redactat concret que té el marc deontològic català i el que estableix l'OMC.

A Catalunya, el Codi de Deontologia vigent des de l'1 d'abril de 2005, actualitzat per acord del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, en l'article 20 de l'apartat "De la relació del metge amb els seus pacients", estableix el següent:

"El metge que sigui responsable de l'assistència d'un pacient s'haurà d'abstenir d'exercir funcions de perit, jutge instructor, forense o similars en la mateixa persona."

Molt més ampli i extens en el seu contingut referent als metges en el seu exercici com a perits és l'actual Codi de Deontologia Mèdica. Guia de Ètica Mèdica de la Organización Médica Colegial, vigent des de l'any 2011, l'article 62 del capítol XVII "Metges perits":

1.- El médico tiene el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales; auxiliará a las administraciones en aquellos asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común.

2.- La cooperación con la justicia y la administración no debe significar menoscabo de los derechos del paciente. El médico-perito respetará el secreto profesional con las únicas excepciones detalladas en este mismo Código.

3.- El médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible y sólo revelará aquello que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles, no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico.

4.- El médico no debe aceptar una pericia médica para la que no tiene capacitación profesional o si no está dispuesto a defenderla en el juicio oral. Si fuese obligado a ello, estará legitimado para acogerse a la objeción de ciencia.

5.- El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada.

6.- Si la pericia médica precisara de un reconocimiento médico del peritado expresamente hecho a tal fin, el perito comunicará su identificación personal y profesional, quién le nombra, la misión que le ha sido encargada, por quién, para qué y que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe y hacerse públicas. Si el paciente se negara a ser examinado, el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante.

7.- Las normas deontológicas que regulan la exploración de cualquier paciente para preservar su intimidad y pudor serán del máximo rigor, ya que el peritado, por su situación procesal, se encuentra en situación de inferioridad frente al perito.

8.- El médico no debería prestarse a actuar como testigo-perito.

9.- Si en el curso de su actuación el médico-perito descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve

un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros, deberá comunicarlo en primer lugar al interesado y eventualmente a la autoridad que corresponda."

El contingut d'aquestes normes deontològiques, vigents i que afecten tots els metges, s'han de conèixer i posar en pràctica quan es rep l'encàrrec de ser perit mèdic i es desenvolupa l'activitat pericial a l'administració de Justícia, però serà el Col·legi de Metges qui reguli en aquest àmbit el marc de l'actuació. Per tant, és important la funció controladora i reguladora col·legial, però també la funció d'informació i formació a l'abast dels col·legiats.

*Dra. Rosa M. Pérez
Metge forense*

El perito médico en la administración de justicia

El dictamen de peritos se prevé en nuestras leyes de procedimiento para aquellos casos en los que sea necesario aportar al juez o tribunal conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes o adquirir certeza sobre ellos. El médico, como profesional, puede ser

llamado a prestar su colaboración con la justicia como perito ante cualquier jurisdicción en dos aspectos principales: asesorar al juez para determinar las consecuencias de determinadas lesiones o enfermedades o bien para averiguar las personas responsables de esas consecuencias lesivas, supuesto este en el que se comprenden los casos, siempre más complicados, en que debe informar sobre un inadecuado comportamiento de otros profesionales sanitarios. En este punto, cabe recordar que la "lex artis ad hoc" es un elemento clave que el juez debe determinar, casi siempre, con la ayuda de un perito y así saber cuáles son los hechos o circunstancias clínicas que se tenían que haber previsto, prevenido o evitado para no ocasionar el daño o lesión física indemnizable que se imputa a la atención y asistencia sanitaria dispensadas a un paciente, o justificar, en otro caso, que a éste le sobrevino una complicación por causas que no se pudieron prever, prevenir o evitar.

Si bien tradicionalmente el perito médico centraba su actividad en los ámbitos civil, penal y social, cada día es más habitual su participación también ante la jurisdicción contencioso administrativa por haber concentrado ésta la mayor parte de las reclamaciones contra las administraciones públicas por prestaciones

sanitarias defectuosas.

Los preceptos básicos que se regulan la prueba pericial en la jurisdicción ordinaria española son los siguientes:

Procedimientos civiles: Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, artículos 124 a 128 y 335 a 352.

Procedimientos penales: Real Decreto, de 14 de septiembre de 1882, que aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículos 456 a 485, que regulan el informe pericial en la fase de instrucción del sumario, artículos 661 a 663 y 723 a 725, que lo regulan en la fase del juicio oral, y los artículos 334 a 367, que hacen referencia a diversas actividades periciales.

Procedimientos laborales: Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, artículo 93. Específicamente se establece en ese precepto que el órgano judicial podrá requerir la intervención de un médico forense, en los casos en que sea necesario su informe en función de las circunstancias particulares del caso, de la especialidad requerida y de la necesidad de su intervención, a la vista de los reconocimientos e informes que constaren previamente en las actuaciones.

Procedimientos contenciosos-administrativos: Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, art. 60.

La regulación principal de la prueba pericial se encuentra en la Ley de Enjuiciamiento Civil que, además, es de aplicación subsidiaria o supletoria al resto de los procedimientos penales, laborales y contenciosos. Es muy importante que el profesional que se va a enfrentar a esta importante tarea conozca los aspectos más relevantes de su regulación legal.

Por el origen de su nombramiento suelen distinguirse dos tipos de peritos: los nombrados directamente por las partes y los designados por el juez.

En cuanto a los primeros, son las partes del proceso y sus abogados quienes acuden libremente al facultativo que consideran conveniente y le encargan la realización de un dictamen. Este dictamen escrito, como regla general, se deberá acompañar con la demanda o contestación, aunque la ley permite también aportarlo posteriormente de forma excepcional en cuanto dispongan de ellos y como máximo cinco días antes de iniciarse la audiencia previa, en el

juicio ordinario, o de la vista, en el juicio verbal.

Cuando la necesidad del dictamen surja a causa de las alegaciones del demandado en la contestación a la demanda, o de las alegaciones o peticiones complementarias admitidas en la audiencia previa, cualquiera de las partes podrá aportar los dictámenes que considere necesarios con al menos cinco días de antelación a la celebración del juicio.

El profesional que ha realizado ese dictamen no necesariamente debe comparecer en el juicio, pues la ley prevé que sean las partes quienes lo propongan expresamente si consideran necesario que concurren en el juicio o vista los peritos autores de los dictámenes para exponerlos o explicarlos, o responder a preguntas, objeciones o propuestas de rectificación. Esta excepción es, sin embargo, la práctica habitual si la cuestión médica es el objeto central del procedimiento, especialmente en los casos de responsabilidad civil profesional.

El perito, como señalábamos, puede ser designado también judicialmente cuando una o varias partes lo pidan en su demanda o contestación, incluso excepcionalmente con posterioridad a ellas.

El caso más habitual de designación judicial del perito es cuando una parte litiga con el denominado derecho de asistencia jurídica gratuita reconocido por la administración; en esos casos la ley presume que el interesado carece de fondos para encargar una pericial antes del procedimiento y por ello se le permite simplemente manifestar por escrito que le resulta necesaria y que se realice a posteriori. En este caso la pericial médica, por establecerlo así la ley, se encargará preferentemente al personal técnico adscrito a los órganos jurisdiccionales, normalmente a los médicos forenses o, en su defecto, a funcionarios, organismos o servicios técnicos dependientes de las administraciones públicas. Sólo cuando por inexistencia de técnicos en la materia de que se trate no fuere posible prestar la asistencia pericial de peritos dependientes de los órganos jurisdiccionales o de las administraciones públicas, ésta se llevará a cabo, si el juez o el tribunal lo estima pertinente, a cargo de peritos privados designados de acuerdo a lo que se establece en las leyes procesales.

En caso de que quienes pidan la pericial al órgano jurisdiccional no gocen de ese privilegio, el juez sólo



tiene obligación de acordarla si la considera pertinente y útil al objeto del pleito. Si así lo resuelve, procederá primero a designar perito en la persona que de común acuerdo propongan las partes y, en defecto de pacto, al que por turno corresponda de la lista que cada año remiten los colegios profesionales iniciándose la primera designación anual por sorteo en presencia del secretario judicial y a partir de ella correlativamente (por ello se denomina sistema de "lista corrida").

En el proceso civil, excepcionalmente puede también ser designado perito de oficio por el tribunal, es decir, sin que ninguna parte lo solicite, aunque esta posibilidad queda limitada a los procesos matrimoniales, de capacidad de las personas y sobre declaración o impugnación de filiación, paternidad y maternidad.

El secretario judicial comunicará la designación al perito que corresponda requiriéndole para que en el plazo de dos días manifieste si acepta el cargo. En caso afirmativo, se efectuará el nombramiento y el perito hará, en la forma en la que se disponga, la manifestación bajo juramento o promesa. Si el perito designado adujere justa causa que le impidiere la aceptación, y el secretario judicial la considerare suficiente, será sustituido por el siguiente de la lista, y así sucesivamente, hasta que se pueda efectuar el nombramiento.

Es muy importante conocer que el perito designado podrá solicitar la provisión de fondos que considere necesaria, que será a cuenta de la liquidación final. Si el secretario judicial la considera adecuada ordenará a la parte o partes que hubiesen propuesto la prueba pericial y no tuviesen derecho a la asistencia jurídica gratuita, que procedan a abonar la cantidad fijada en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones del Tribunal. Transcurrido dicho plazo, si no se hubiere depositado la cantidad establecida, el perito quedará eximido de emitir el dictamen, sin que pueda procederse a una nueva designación. Cuando el perito designado lo hubiese sido de común acuerdo, y uno de los litigantes no realizare la parte de la consignación que le correspondiere, el secretario judicial ofrecerá al otro litigante la posibilidad de completar la cantidad que faltare o bien recuperar la cantidad depositada renunciando así, de facto, a la pericia

El perito que el Tribunal designe emitirá por escrito su dictamen, que hará llegar al tribunal en el plazo

que se le haya señalado, y se dará traslado a las partes especialmente por si consideran necesario que el perito concurre al juicio o a la vista a los efectos de que aporte las aclaraciones o explicaciones que sean oportunas. Además, el tribunal, aunque las partes no lo insten, puede acordar la necesaria presencia del perito en el juicio o la vista para comprender y valorar mejor el dictamen realizado.

En el juicio, las partes y sus defensores pueden pedir al perito médico la exposición completa del dictamen, la explicación de alguno o algunos de sus puntos, cuyo significado no se considerase suficientemente expresivo a los efectos de la prueba y la descripción del método, premisas, conclusiones y otros aspectos del dictamen. La ley permite expresamente la crítica del dictamen de que se trate por el perito de la parte contraria.

Por supuesto que el tribunal podrá también formular preguntas a los peritos y requerir de ellos explicaciones sobre lo que sea objeto del dictamen aportado.

Establece la ley que el tribunal valorará los dictámenes periciales según "las reglas de la sana crítica", para lo cual deberá tomar en consideración primero lógicamente la conclusión a la que lleguen los peritos pero además el grado de convicción que alcancen en virtud de sus razonamientos. En definitiva, lo que quiere decirse es que el juez no tiene porque aceptar sin más el dictamen pericial, pero es difícil que el juez sentencie contra la opinión de un experto en una materia que se supone desconoce. Esto es más evidente cuando la pericial sea la única prueba practicada. En todo caso, si discrepa, la jurisprudencia exige que motive o exponga detalladamente el razonamiento seguido para no aceptar las conclusiones del perito, lo que obviamente posibilita el control de la decisión en apelación.

En cuanto a la responsabilidad de los peritos, señalar que pueden ser, por orden de gravedad, penales, civiles y disciplinarias.

Si un profesional es llamado a emitir el informe como perito ante un juzgado fácil es comprender que, en términos generales, el reproche penal le alcanzará en la medida en que dicho informe sea emitido torcido o parcialmente y sea cual sea la motivación. Dice la ley que el perito debe actuar siempre con imparcialidad, "tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como



lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes". El perito designado se integra en el proceso como cooperador en la finalidad de obtener una resolución lo más ajustada posible a la verdad material, y en esa medida lo más justa posible. En esta tesitura asume un carácter público y su actuación en el desempeño de función debe atenerse a criterios de objetividad e imparcialidad, similares a los que son predicables del juez. Pues bien, cuando el perito, apartándose de dichos criterios, emite deliberadamente un informe parcial, incurre en el delito de falsa pericia. Si además eso lo hace por dinero u otra ventaja, también podría cometer un delito de cohecho en cuanto se asimila su actuación a la de un funcionario público.

El legislador, sin embargo, no parece demasiado convencido de que esa imparcialidad absoluta sea posible en la realidad donde todos sabemos que en numerosas ocasiones concurren en un mismo procedimiento dictámenes contradictorios; por ello aborda la cuestión con cierta cautela y por eso la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil no exige al perito plena objetividad, sino que se contenta con señalar que el perito "actuará con la mayor

objetividad posible", criterio posibilista que acredita una cierta resignación. El Código Penal, en caso de que los peritos faltaren a la verdad maliciosamente en su dictamen, prevé penas de hasta cuatro años y seis meses de prisión. Por otra parte, hay que recordar aquí que la mera discrepancia entre dos informes periciales opuestos no implica necesariamente que uno de ellos sea falso. Si el falseamiento radica en los hechos base sobre los que parte el dictamen, será normalmente más fácil acreditar el apartamiento de la verdad por parte del perito y la malicia en su tergiversación de las bases fácticas del informe. Ahora bien, cuando las divergentes conclusiones de dos peritos se funden en distintas concepciones técnicas o teóricas, la mera discrepancia científica o el desacuerdo, desde el punto de vista técnico, de un informe no será suficiente, como regla general, para estimar cometido un delito de falsa pericia. El Tribunal Supremo

ha señalado respecto a la falsedad de informes periciales que "no se ha considerado falsedad penal una desacertada opinión científica, sino la censurable e intencionada falta de verdad en la constatación de las bases fácticas sobre las que la opinión científica se emite".

También se sanciona con una pena de hasta tres años al perito que, sin faltar sustancialmente a la verdad, "la alterare con reticencias, inexactitudes o silenciando hechos o datos relevantes que le fueran conocidos" lo que permite solucionar un problema largamente debatido de si comete falso testimonio el perito que calla algo que debería decir o exponer, es decir, si se puede incurrir en falsa pericia por omisión. Bien es cierto que el informe pericial, en la mayoría de las ocasiones, descansa en los conocimientos, en la preparación, en el método utilizado por el perito para llevar a cabo ese informe y partiendo de estas premisas, si ya es difícil determinar el falso testimonio de un perito llevado a cabo por acción propiamente dicha, más lo será cuando se haya podido cometer en la modalidad omisiva.

Como complemento de la posible sanción penal hay que tener en cuenta que, en cuanto la emisión de un peritaje puede provocar daños materiales y morales por culpa o negligencia, el perito puede responder económicamente de los mismos y, además, en la medida en que esa actividad se encuentra sometida, sobre todo en sus aspectos deontológicos, al control del correspondiente colegio profesional puede ser sancionado disciplinariamente.

Para finalizar haremos una referencia a la cuestión siempre relevante del cobro de honorarios. Los honorarios de los peritos aportados por las partes no tienen, en principio, otra limitación que lo acordado entre la parte y el perito. No obstante, muchas de las entidades donde se encuadran los peritos, como los colegios oficiales o las asociaciones profesionales, suelen aprobar y publicar unas normas orientativas sobre la cuantía de los honorarios mínimos, aunque en la actualidad tienden a desaparecer debido a la incidencia de la normativa europea en materia

de libre competencia en la prestación de servicios profesionales.

En cuanto a los honorarios de los peritos designados judicialmente a instancia de parte, la cuestión es mucho más compleja. Cuando tan sólo sea una parte la que propone el nombramiento de un perito, a priori, esta deberá abonar los gastos del perito; cuando sean las dos partes las que solicitan dicho nombramiento, haya después acuerdo o no sobre el perito concreto a designar, y el juez acuerda acceder a esas peticiones nombrando un único perito, lo deberán hacer por partes iguales. Por lo que respecta a su importe, el perito es libre a la hora de proponer y acordar los mismos. La legislación procedimental no establece una limitación a los mismos y se limita a señalar al respecto que los peritos judiciales tienen el derecho a percibir los honorarios por su trabajo o, en su caso, los aranceles estipulados en el concurso o ámbito en el que se desenvuelva su pericia. No obstante, éstos suelen variar sustancialmente en función de diferentes variables, como los concretos trabajos realizados, las cualidades profesionales del perito, la complejidad del caso, la premura del dictamen, etc. Respecto de la liquidación de los honorarios, una vez concluida la actuación pericial los peritos pueden presentarla al Juzgado para su reclamación a quien propuso la actuación pericial sin esperar a que el proceso finalice y con independencia del pronunciamiento que la resolución judicial que ponga fin al proceso haga sobre las costas. La jurisprudencia civil venía entendiendo que los honorarios y gastos del perito designado directamente por la parte corresponden a una actividad anterior o al menos externa al proceso, es decir extraprocesal, y por ello ajena a la regulación del proceso. Por tanto, no podían incluirse en la eventual condena en costas contra alguna de las partes, por lo que la parte que obtenía a su favor dicha condena no podía resarcirse de los mismos con cargo a ellas. La nueva Ley de Enjuiciamiento ya considera claramente al dictamen pericial en sí como un medio de prueba, sin distinción alguna por su procedencia. Ello ha provocado una revisión, aún no definitivamente resuelta, del criterio anterior y la posibilidad de que el coste de este peritaje pueda ser considerado como parte de las costas. En cualquier caso ninguna duda existe sobre su inclusión cuando se trata de perito de parte designado por el juez o tribunal.

La nueva Ley de Enjuiciamiento ya considera claramente el dictamen pericial en sí como un medio de prueba

Con respecto al perito designado en supuestos de justicia gratuita, sus honorarios deberán ser abonados por la Administración de Justicia. No obstante, si el litigante que ha obtenido el derecho de asistencia jurídica gratuita resulta condenado en costas, deberá abonar dichos honorarios si, en el plazo de tres años, viene a mejor fortuna. También deberá abonar los honorarios si vence en el pleito y no hay condena en costas a la parte contraria, si bien, en este supuesto, sólo deberá abonar, como máximo, el importe equivalente a una tercera parte de lo obtenido en virtud del pleito. Si hay condena en costas a la parte contraria a la que ha obtenido el derecho de asistencia jurídica gratuita, aquella parte deberá pagar los honorarios. En cualquiera de dichos casos, lógicamente, el perito deberá devolver a la Administración las cantidades percibidas.

Juan Fco. Boné Pina

Fiscal jefe provincial de Lleida

El testigo-perito en el procedimiento civil

1. Introducción

La figura del testigo-perito se encuentra prevista en el artículo 370.4 de la LEC, pero, a pesar de ello, ocasiona no pocos problemas de interpretación. Hay que tener en cuenta que resulta una figura híbrida entre las categorías tradicionales del testigo y el perito, y de ahí que pueda generar dificultades para los operadores jurídicos, e incluso provocar ciertas dudas para los propios testigos con conocimientos técnicos, ya que podría haber confusión acerca de su verdadero papel en el proceso y sus derechos y obligaciones procesales. Vamos a tratar de analizar con más detalle este medio de prueba desde las diferentes perspectivas.

2. Naturaleza jurídica

El artículo 370.4 de la LEC establece que “cuando el testigo posea conocimientos científicos, técnicos, artísticos o prácticos sobre la materia a que se refieran los hechos del interrogatorio, el tribunal admitirá las manifestaciones que en virtud de dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas sobre los hechos”. Estamos, por lo tanto, ante una prueba testifical pero con la particularidad de que el declarante posee conocimientos específicos sobre la materia objeto de litigio, y

de ahí que pueda ser interrogado en relación con esas materias.

El testigo es la persona que ha tenido conocimiento de los hechos objeto de debate, ya sea por su intervención directa o por referencia de otras personas (testigo indirecto o de referencia). El perito, sin embargo, no es una persona que haya tenido conocimiento directo de los hechos, sino que su intervención en el procedimiento es recabada en atención a sus conocimientos técnicos, científicos o prácticos, y con la finalidad de que emita un dictamen relativo al objeto del litigio en aplicación de esos conocimientos específicos.

En medio de estos dos instrumentos de prueba nos encontramos con otras dos posibilidades:

- Que una persona haya tenido conocimiento de los hechos litigiosos precisamente por su profesión y sus conocimientos técnicos o científicos. Se trata del supuesto más frecuente, ya que es habitual que un médico intervenga en el diagnóstico o tratamiento de un enfermo o lesionado que posteriormente es demandante en un procedimiento civil.

- Que una persona haya intervenido en los hechos al margen de sus conocimientos, pero que se dé la casualidad de que sus conocimientos tienen relación con el objeto del debate.

La nota predominante en estos dos supuestos es la intervención en los hechos objeto de debate, y por ello la LEC regula sistemáticamente esta figura dentro de la prueba testifical. De hecho, hay resoluciones como la SAP de Murcia, sección 5ª, de 26 de febrero de 2013, que consideran al testigo-perito fundamentalmente como un testigo, con independencia de que pueda agregar aclaraciones derivadas de sus conocimientos técnicos o científicos. En este mismo sentido se pronuncia la SAP de Pontevedra, sección 6, de 21 de noviembre de 2013 (ROJ: SAP PO 2531/2013).

No será posible, por lo tanto, citar a un especialista para que declare en atención a sus conocimientos

No se puede citar a un médico sin que tenga conocimiento previo de los hechos

técnicos o científicos sin que antes haya tenido de alguna forma conocimiento o intervención en los hechos. De otro modo se podría utilizar de forma irregular esta norma, ya que se citaría a peritos a declarar sin que previamente hubiesen emitido informe alguno, bajo la forma del testigo-perito.

3. Obligaciones y derechos del testigo-perito

Puesto que el testigo-perito es esencialmente un testigo, la proposición de esta prueba deberá hacerse en la audiencia previa del juicio ordinario o en la vista del juicio verbal, sin que sea necesario anunciarlo previamente en la demanda, salvo por la exigencia legal de indicar los testigos que deban de ser citados judicialmente para la vista del juicio verbal. Pero nada obsta a que la parte interesada pueda valerse de esta persona como auténtico perito, solicitando que elabore un dictamen pericial de parte para su aportación como prueba en el momento procesal oportuno.

En cuanto a las obligaciones del testigo-perito, queda claro que no ha de emitir ningún dictamen al margen de la documentación que haya elaborado en el ejercicio de su actividad profesional y que ya estará unida a los autos normalmente (partes médicos, documentación de baja y alta, etc.). El testigo-perito deberá comparecer al juicio cuando sea citado para ello, si bien hay que tener en cuenta que no es necesario ratificar los documentos que haya elaborado salvo que los haya impugnado alguna de las partes. Deberá declarar con obligación de decir la verdad en cuanto a los hechos y faltar a esta obligación daría lugar a la comisión de un delito de falso testimonio. Aunque se trata esencialmente de un testigo, en las consideraciones o valoraciones que haga como perito, deberá de actuar con objetividad, teniendo en cuenta lo que pueda beneficiar o perjudicar a cualquiera de las partes.

El testigo-perito está sometido a las tachas propias de los peritos, enumeradas en el artículo 343 de la LEC, de modo que en la vista del juicio verbal o en la audiencia previa del juicio ordinario se podrá tachar a ese testigo si concurre alguna de estas circunstancias:

- 1.º Ser cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad, dentro del cuarto grado civil de una de las partes o de sus abogados o procuradores.

- 2.º Tener interés directo o indirecto en el asunto o en otro semejante.

- 3.º Estar o haber estado en situación de dependencia o de comunión o contraposición de intereses con alguna de las partes o con sus abogados o procuradores.

- 4.º Amistad íntima o enemistad con cualquiera de las partes o sus procuradores o abogados.

- 5.º Cualquier otra circunstancia, debidamente acreditada, que les haga desmerecer en el concepto profesional.

No cabrá la recusación del testigo-perito, ya que solo es posible la recusación del perito designado judicialmente, pero se podrá proponer prueba sobre esas circunstancias si son discutidas, y finalmente el juez valorará las declaraciones de este testigo conforme a las reglas de la sana crítica. Es importante tener presente que si el testigo-perito entiende que la tacha le produce un menoscabo profesional o personal, podrá él mismo solicitar que finalizado el proceso el juez dicte una providencia declarando la falta de fundamento de la tacha.

El supuesto más habitual del testigo-perito relacionado con la profesión médica es el del médico de cabecera o el médico que asiste en urgencias al enfermo o lesionado que luego interviene como demandante. En estos casos, los médicos tienen conocimiento directo de cuestiones relacionadas con sus conocimientos profesionales, pero no emiten dictamen alguno, al margen de la documentación propia del ejercicio de su trabajo. Por ello no pueden ser llamados como peritos. Una cuestión difícil es dirigir el interrogatorio de forma que la declaración no se convierta en una auténtica prueba pericial oral. Es claro que podrá solicitarse la aclaración de aspectos recogidos en los partes emitidos, pero no cabrá pedir una valoración haciendo suposiciones sobre hechos ni pedir una estimación de posibles responsabilidades. Tampoco se espera del testigo-perito médico que haga una valoración de puntos del baremo respecto a las lesiones que ha atendido, ni mucho menos una cuantificación económica a efectos indemnizatorios.

Por lo que respecta al médico forense, hay resoluciones como la SAP de Murcia, Sección 5ª, de 26 de febrero de 2013, que establecen que “los informes de los médicos forenses son documentos, y como tales han de ser valorados, no precisando de ratificación alguna en

el proceso civil, resultando improcedente la citación del médico forense a juicio en un proceso civil en calidad de perito o en calidad de testigo-perito a los efectos de que ratifique su informe, pues los peritos han de ser propuestos y designados en la forma señalada en los artículos 335 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil y la figura del testigo-perito contemplada en el artículo 370.4 del texto procesal civil es fundamentalmente un testigo y el médico forense no, sino que en la labor de éste lo fundamental son los conocimientos científicos que posee, siendo claro que no se pretende la llamada al proceso del médico forense para que declare sobre hechos controvertidos de los que hubiese tenido conocimiento, sino fundamentalmente para que emita opiniones basadas en sus conocimientos científicos, lo que es más propio de la prueba pericial, por lo que se estaría admitiendo, en realidad, la práctica de una prueba pericial encubierta, al margen de los cauces previstos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. A lo expuesto debe añadirse que la sala estima no solo que dicha prueba resulta improcedente, por lo ya señalado, sino que, además, resulta innecesaria, por tener que procederse a la valoración del informe médico forense como prueba documental”.

Pero frente a esta resolución, en relación con la valoración del informe del médico forense, la SAP de Pontevedra, Sección 3ª, de 3 de febrero de 2006, señala que “resulta llano que no estamos ante lo que el actor pretende documental en sentido estricto, sino ante lo que se viene a llamar “Prueba de Informes”, que se regula en el art. 380 de la LEC/00, entendiéndose que los mismos, no siendo informes periciales estrictos conforme a lo prevenido en los arts. 335 y ss. de la LEC/00, han de someterse a unas reglas específicas de emisión y valoración que remiten al testigo-perito del art. 370.4, lo que hace efectivo entonces, como testigo y perito, su ponderación conforme a las reglas de la sana crítica (arts. 348 y 376

La figura del testigo-perito colma una laguna existente en la regulación anterior

LEC/00), con lo que, en todo caso, no le es aplicable lo prevenido, en cuanto a documental, en el art. 326 LEC/00 como se pretende”.

En mi opinión, el médico forense no tiene que comparecer para ratificar el informe que haya emitido, pero podrá solicitarse su intervención para aclarar cualquier aspecto médico relativo a él. En ese caso, el médico forense comparecerá como testigo-perito al igual que lo haría cualquier otro médico que hubiese diagnosticado o tratado al enfermo o lesionado.

En cuanto a los derechos del testigo-perito, hay que tener en cuenta que como testigo que es principalmente podrá reclamar los gastos que le haya originado su comparecencia a juicio. En efecto, el artículo 375 de la LEC establece que “los testigos que atendiendo a la citación realizada comparezcan ante el Tribunal tendrán derecho a obtener de la parte que les propuso una indemnización por los gastos y perjuicios que su comparecencia les haya originado, sin perjuicio de lo que pudiere acordarse en materia de costas. Si varias partes propusieran a un mismo testigo, el importe de la indemnización se prorrateará entre ellas”. Así, una vez finalizada la vista el testigo puede presentar justificantes de gastos ante el secretario judicial, que aprobará el importe mediante decreto. Si en el plazo de diez días desde la firmeza de esa resolución, la parte obligada al pago no lo hiciera, podrá acudir a la vía de apremio para reclamar.

Lo más normal es reclamar el kilometraje cuando se ha tenido que desplazar desde una localidad distinta a la del lugar del juicio, o reclamar gastos de manutención si, según la hora a la que se haya terminado el juicio, el testigo-perito no puede desplazarse en un tiempo razonable a su residencia para comer. Tampoco hay que olvidar que en los supuestos en los que el testigo-perito resida en un lugar muy alejado o de difícil comunicación con el lugar donde se celebra el juicio, podrá solicitar la práctica de la prueba a través de videoconferencia. Hay que entender que esta solicitud no solo la puede hacer el abogado de la parte que proponga la prueba, sino que el propio testigo-perito podrá dirigir escrito al juzgado competente para articular esta petición.

4. Conclusiones

La figura del testigo-perito ha venido a colmar una laguna que existía

en la regulació anterior y por la que solo se contemplaba la figura del testigo o la del perito, desconociendo que es muy habitual que los testigos que declaran cuentan con conocimientos específicos y, por lo tanto, pueden aportar más información que el simple relato o la versión sobre los hechos. Mediante esta prueba híbrida se permite a los testigos con conocimientos técnicos o científicos que completen su declaración añadiendo consideraciones de tipo profesional.

Estamos esencialmente ante una prueba testifical, pero la particularidad de este testigo cualificado hace que se deban observar ciertas especialidades procesales y de hecho el propio profesional que declara cuenta con una serie de derechos y obligaciones que conviene que conozca para su mejor desenvolvimiento en el procedimiento.

Diego Gutiérrez Alonso
Magistrado
Juzgado Primera Instancia
número 3 de Lleida

Sobre el testimonio-perit

Què o qui és testimoni-perit? Quina funció té assignada en el procés judicial? Què se li demana?

De ben segur que aquestes i altres preguntes se les han fet metges, i altres professionals sanitaris, o professionals d'altres àmbits (arquitectes, enginyers, fusters, electricistes, etc.) cada vegada que han estat citats com a testimonis en la celebració d'un judici. I després, durant la celebració del mateix judici, o pocs minuts abans, han estat informats que també se'ls demana la seva opinió com a experts sobre els fets objecte de la controvèrsia judicial en qualitat de testimoni-perit.

En aquests casos, l'afectat normalment passa de la sorpresa a la incomoditat, i tot d'una li entra un cert neguit per causa d'allò que no té previst ni pot controlar.

Atès que es plantegen moltes reclamacions judicials sobre la base de lesions, deformitats, invalideses i malalties, en què és habitual demanar el testimoni del professional mèdic que, en diferents moments, ha atès el pacient (ara reclamant), resulta que la figura del testimoni-perit té una incidència especial en la professió mèdica, tal com ha estat recollit en la premsa especialitzada (vegeu Diario Médico). Per això en

les ratlles següents s'intenta aportar una mica de llum sobre la qüestió explicant la figura del testimoni-perit, contemplada per primera vegada en l'ordenament jurídic espanyol en l'article 370.4 de la Llei d'Enjudiciament Civil (en endavant, LEC), de 7 de gener de 2000.

Abans de la data esmentada la figura no era pas desconeguda per la doctrina jurídica, però no tenia cap mena de reconeixement legal ni estava inclosa dins dels mitjans de prova autoritzats per les lleis de procediment, malgrat que sempre hagin existit persones en què coincideixen, al mateix temps, les condicions de testimoni i de perit.

En aquesta primera aproximació veiem que el testimoni-perit se situa en l'àmbit del procés judicial. Caldria, doncs, explicar en dues paraules què és i per a què serveix el procés (altrament dit, també, el judici, i que en anglès s'anomena trial).

El procés és l'instrument que serveix per a la resolució dels conflictes que sorgeixen entre les persones que viuen en societat (interpersonals), i/o els que tenen els individus amb la mateixa societat (quan infringeixen les normes de convivència, fins a cometre un delictes, segons la gravetat de la infracció i el valor dels béns afectats), en el que anomenem conflictes de caràcter social, mitjançant l'actuació dels jutjats i els tribunals.

Segons la matèria que està en conflicte, el procés pot ser civil, penal, contencions administratiu, laboral (també anomenat social) o, militar, i la seva tramitació correspon a jutjats i tribunals especialitzats en cadascuna de les branques esmentades, estructurats en una piràmide jeràrquica que culmina al Tribunal Suprem, organitzat en sales diferents, identificades numèricament seguint el mateix ordre amb què les hem esmentat (1a, del Civil; 2a, del Penal, 3a del Contencions Administratiu; 4a del Social, i 5a, del Militar).

Per a cada ordre jurisdiccional (segons la matèria objecte del litigi, civil, penal, contencions administratiu, social, militar) tenim una llei que regula el procediment i la forma en què s'ha de tramitar el procés (per fer-ho més entenedor, la poden comparar amb un protocol d'actuació).

En el procés, cadascuna de les parts presenta les al·legacions al tribunal, que se situa al centre, aliè als interessos de cadascuna d'elles, i imparcial, i proposa les proves que considera més convenients per demostrar els fets que sustenta.

És així com la presència d'un

testimoni-perit, i la seva intervenció en el procés, depèn de la voluntat de les parts en litigi, enfrontades davant d'un tribunal.

En aquest punt és on es fa més visible l'actuació de l'advocat de les parts, que dissenya i executa un pla d'acció per portar fins al tribunal les proves que, d'una banda, demostrin la realitat dels fets que sustenten llurs al·legacions, i, de l'altra, anul·len i deixen sense efecte els arguments del contrari.

Amb aquestes breus explicacions podem entendre el procés judicial, qualsevol procés. I així, posats en el procés, ara cal que ens aturem de moment en la definició de les figures del testimoni i del perit.

Testimoni és aquell que té coneixement directe i personal d'uns fets relacionats amb el procés (amb la controvèrsia entre les parts) i que els exposa al tribunal responnent les preguntes que li facin les parts.

Exceptuant que una disposició legal l'obligui a guardar secret sobre els fets, cosa que haurà de comunicar al tribunal, el testimoni està obligat a declarar i a dir la veritat.

El perit no té coneixement directe dels fets i aporta al tribunal els seus coneixements científics, artístics, tècnics o pràctics sobre els fets controvertits.

Dit això és fàcil entendre que professionals de diferents àmbits es poden trobar que, d'una banda, tinguin coneixement personal i directe d'uns fets (metge que ha tractat un lesionat de trànsit; arquitecte que té el domicili en un edifici en el qual han aparegut humitats i goteres; enginyer de camins propietari d'unes finques negades d'aigua després d'una tempesta, etc.).

Però el testimoni-perit presenta importants diferències amb un perit ordinari, i en la seva funció destaca més l'aspecte de testimoni que el de perit.

El perit ordinari és escollit o nomenat directament per la part que el presenta o pel tribunal, que li encarreguen un informe sobre uns punts concrets i determinats relacionats amb els fets litigiosos. Són les parts, o el mateix tribunal, els que trameten la informació al perit sobre els fets, i aquest disposa d'un temps per redactar l'informe i presentar-lo per escrit. Després, en un moment posterior, és convocat a la celebració del judici per tal de fer els aclariments i les ampliacions, i de respondre a les qüestions que plantegin les parts o el mateix tribunal en la celebració del judici.

Al testimoni-perit no se li encarrega un informe per escrit, que podrà redactar fent servir tant els coneixements memoritzats com les teories i les conclusions contingudes en les diferents obres científiques publicades, al seu despatx, després de prendre les dades que li calguin sobre els objectes relacionats amb el litigi, sinó que, al mateix temps que declara com a testimoni i aporta el seu coneixement personal dels fets també se li demana el seu parer com a expert en la matèria.

En aquest aspecte, l'actuació del testimoni-perit és molt semblant a la pregunta que li pot fer una persona al seu veí metge sobre el millor remei per al refredat que té mentre pugui a l'ascensor, o la que hom pot fer a un amic advocat mentre esmorzen sobre les causes d'acomadament d'un treballador.

En resum, al testimoni-perit no se li demana un informe per escrit, sinó l'opinió, immediata, com a tècnic i coneixedor de la matèria. Per això el valor de l'aportació serà relatiu, i fins i tot poc fiable, segons la complexitat del problema, que moltes vegades necessitarà d'un estudi acurat i del coneixement detallat de dades abans de donar una opinió.

I arribats aquí, cal dir que, en si mateixa no sembla gens complicada

una actuació com a testimoni-perit, atès que, partint de la base que la principal aportació és la de testimoni, coneixedor directe d'uns fets, hom els pot explicar sense cap altre problema que el derivat de la pèrdua de memòria o del coneixement que en tingui. I si en el mateix acte se li demana l'opinió com a expert o tècnic en la matèria, cal respondre amb sinceritat segons els seus coneixements, començant per fer avinent, si s'escau, la necessitat d'un estudi detallat i profund sobre el cas particular per poder donar una opinió, i assenyalant, amb tot el respecte, però també amb tota sinceritat i fermesa, que en el cas no es pot anar més enllà d'una explicació dels conceptes bàsics i generals.

L'aportació del testimoni-perit serà important i valuosa sempre que sigui sincera segons el seu nivell de coneixement. No és aconsellable donar una resposta que només vulgui "quedar bé", ni aquella que aparenti coneixements que hom no té. Si ens trobem en aquest cas, és millor contestar, senzillament, "no ho sé" o "no puc respondre sense fer un estudi del cas".

Dit això, només caldria demanar a les parts, i als seus advocats, que mirin d'avisar amb temps de la seva intenció de demanar la citació i la compareixença d'un professional com a testimoni, o com a testimoni-perit, en la celebració d'un judici, perquè així hom pot repassar els antecedents i refrescar la memòria dels fets. Però aquestes no són qüestions estrictament processals, i és possible que continuem molt temps vivint la participació en el procés com una sorpresa.

Finalment, i atès que les lleis de procediment preveuen el pagament d'indemnitzacions o dietes als testimonis que ho reclamen, cal dir que aquells que són cridats a intervenir com a testimoni-perit tenen dret a rebre una indemnització com a perit, segons les tarifes d'honoraris establertes per l'Administració.

Dr. J. Corbella i Duch
Advocat

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

Abel Lluç X. "Derecho probatorio", JMB Editor, Barcelona, 2012.
Gimeno Sendra V. Introducción al Derecho Procesal. 7a edició, Colex, Madrid, 2012.
López-Muñoz Goñi M. La prueba pericial. Colex, Madrid, 2008.
Hernández Martínez-Capello, C. Et al. La prueba pericial médica. La Ley, Madrid, 2008.



Polèmica sobre la troncalitat

L'aprovació el passat agost del Reial Decret de la Troncalitat va estar precedida per la controvèrsia. Els alumnes de les facultats de Medicina s'hi oposaven, i s'hi oposen. El professorat manté opinions dispars i, sobretot, incertesa pel que fa a l'aplicació del decret. BUTLLETÍ MÈDIC recull tres articles amb posicionaments diferents.

Troncalitat, una formació en més dimensions

El cambio es la única cosa en el universo que no cambia.

Wilhem, Helmuth

L'objectiu d'aquest article és donar una visió de conjunt dels arguments des de diferents sectors que estan al voltant de la troncalitat, bé com a planificadors, participants o amb diferents àrees d'influència.

Des de l'any 2003, amb la publicació de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS) fins a l'actualitat, agost de 2014, quan el Consell de Ministres va donar el vist-i-plau a l'anomenat Reial Decret de la Troncalitat, han finalitzat el seu període de formació catorze promocions de llicenciats en Medicina i un nombre similar de metges especialistes. Els primers, seguint el pla d'estudis previ a Bolonya i els altres, pel sistema tradicional del MIR. Enlloc ningú ha expressat cap dubte de la seva capacitat i valors professionals, tot el contrari, s'han format en el millor entorn docent i tècnic dels darrers decennis, amb uns tutors i col·laboradors docents excel·lents preparats i actualment la majoria estan exercint la nostra professió en diferents territoris europeus.

Des de l'any 2006, al voltant de la troncalitat s'han creat diferents documents de treball que aborden aspectes competencials, objectius docents, eines avaluadores, sistemes organitzatius i nombrosos

argumentaris amb elements prou contundents per implementar aquest canvi profund en el sistema de formació especialitzada.

Arguments per implantar la troncalitat en la formació MIR

La millora contínua de la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients.

Els avenços científics i tecnològics i els canvis demogràfics i socials.

La definició de l'Espai Europeu d'Educació i el seu impacte en els estudis de grau.

La necessitat percebuda per diferents agents que intervenen durant el procés.

Un abordatge més integral dels problemes de salut dels pacients i una major participació dels professionals en equips multidisciplinaris i interdisciplinaris que repercutiria en l'eficiència i la sostenibilitat del sistema de salut.

Aconseguir una major interacció entre els estudis de grau i la FSE per formar part del desenvolupament professional continu que té lloc durant tot l'exercici professional.

Donar una base competencial més àmplia al futur especialista que li faciliti major versatilitat i pluralitat.

Per donar un marc jurídic, s'han elaborat i portat a consultes al voltant de quatre esborranys del reial decret fins a l'actual, que ja només està pendent de ser publicat. Al mateix moment que s'introdueixen canvis en el sistema d'examen MIR, es creen les àrees de capacitació

específiques, la normativa per a la reespecialització, i neixen noves especialitats (a Espanya hi ha 47 especialitats mèdiques reconegudes).

Diferents societats científiques, fins a 14, han mostrat el seu rebuig adduint com a argument principal la disminució del període específic de l'especialitat que pot posar en perill la competència del futur especialista i la seva competitivitat dins de l'Espai Europeu (com han fet les de Neurologia, Infeccioses, Urgències i Emergències, i les incloses al tronc d'Imatge Clínica). Hi ha hagut fins i tot enfrontaments entre algunes d'aquestes per la inclusió o no de noves especialitats (com el cas d'Urgències i Emergències), fins i tot dimissions de comissions nacionals d'especialitat (com Medicina Familiar i Comunitària).

Des de l'OMC, la vocalia de metges en formació ha reclamat la ratificació del RD 183/2008, pel qual es regula la FSE, ja que encara no ha estat desenvolupat en la majoria de les comunitats autònomes, incloent-hi Catalunya (actualment està en fase d'esborrany), aprovar el projecte de troncalitat per acreditar les UD en un sistema homogeni de formació i una avaluació de la qualitat, poder establir un mínim de guàrdies d'acord amb les competències recollides als programes, reorganitzar la jornada ordinària dels MIR, amb la supervisió d'un nombre adequat de facultatius i ajustar les ràtios d'activitat a fi de poder assolir les competències dels programes formatius i el compliment íntegre dels programes de formació.

Facme (Federación de Sociedades Científico-Médicas de España) anuncia que farà mediacions entre les societats científiques i el ministeri davant les nombroses peticions d'ampliar el temps de formació específica de les especialitats (com fins ara ha estat la petició de les d'Hematologia, Anestesiologia i Reanimació, Geriatria, Al·lèrgologia, Radiologia, Neurologia i Cirurgia Maxil·lofacial). Facme proposarà individualitzar cada durada segons el programa.

Arguments en contra de la implantació de la troncalitat

Escurçament dels temps real per aplicar els programes i formar en qualitat amb les competències pròpies.

Indefinició dels costos reals que suposarà la seva implementació.

Procés d'accés al món laboral llarg, complex i poc clar.

Pèrdua identitària d'algunes especialitats actuals.

Afegir noves estructures a la xarxa docent que n'augmentin la complexitat i els costos (unitats docents troncales, comissions nacionals, tutors troncales).

El moment actual, amb una manca clara de recursos, pot provocar el fracàs del projecte.

El Consell Estatal d'Estudiants de Medicina actualment en demana la retirada, tot defensant el sistema MIR clàssic, i aporten, entre d'altres arguments, en el seu document a les LXX Jornades Estatals d'Estudiants de Medicina, la qualitat contrastada de l'actual, la no-existència de necessitats reals per al canvi, el tipus de contractació, l'allargament dels períodes formatius, la falta de consens i la situació econòmica actual.

Fins i tot associacions de pacients, com la Neuroalianza, han manifestat públicament que pot provocar problemes en la salut del mateixos pacients en afectar les competències dels professionals.

Els partits polítics també hi han dit la seva i, en passar tants anys, han anat variant segons la seva vinculació amb el govern de torn.

Durant aquest llarg procés s'han format cinc troncs comuns i vuit especialitats s'han autoexclòs de qualsevol tronc.

La quantitat de temps que ha anat passant des de l'inici del projecte, el nombrós conjunt d'actors que estan participant en la seva elaboració, l'alt grau de consens que s'està buscant, conjuntament amb els diferents interessos que barregen necessitats acadèmiques, científiques, col·lectives i personals, han anat afegint una sensació d'obscurantisme que pot invalidar moralment i socialment la seva naturalesa i acabar amb un gran intent d'obrir el col·lectiu mèdic d'Espanya al professionalisme de la medicina moderna, que actualment demana la mateixa societat.

No és tracta de formar millor en medicina general (per això ja tenim una especialitat pròpia), no es tracta de perdre el temps en estades formatives poc profitoses i deixar d'aprendre allò que realment cal, no hauria de tractar-se de fer una formació mèdica tan allargada en el temps que acabés desmotivant els futurs especialistes, amb una pèrdua d'identitat professional barrejada amb la d'un estudiant perpetu.

La visió seria començar la formació troncal durant el grau, amb la integració d'un continu entre l'especialitzada i la formació continuada (creixement com a professional, àrees de capacitació i les reespecialitzacions), amb una coordinació de les estructures formatives i els plans de formació. Amb unes competències troncales ben definides i no deixades a interpretacions. És el moment que els mateixos governs i serveis assistencials decideixen la seva aposta real per la formació, no acceptar mitges tintes ni falses ambigüitats, estructurals, econòmiques i, sobretot, de persones ni dels proveïdors sanitaris.

S'ha de mantenir un sistema de formació accessible a tots els egresats, amb les mateixes oportunitats d'aprenentatge, sense diferències qualitatives entre centres. S'ha de poder formar un metge o metgessa amb gran capacitat resolutiva i alta competitivitat en el món laboral, amb un gran compromís social i un professionalisme d'acord als temps actuals.

I mentrestant, hi ha hagut prou temps per aprovar i desaprovar el cèntim sanitari, els copagaments, la inclusió o no en la presentació de l'atenció sanitària, la Llei de l'Avortament i canvis normatius en la política de recursos humans al sistema sanitari. Caldria saber com ho han fet tan àgilment i incloure al mateix camí la reforma de les professions en ciències de la salut, que afectarà els professionals que en un futur proper cuidaran els lectors d'aquesta revista.

Eduard Peñascol Pujol
Metge de família

Cap d'estudis UDMAFic Lleida. ICS

Soy ya viejo y he conocido muchos grandes problemas, pero la mayoría de ellos jamás sucedieron.

M. Twain

Troncalidad, el nuevo sistema de especialización

Estado actual de la troncalidad

La troncalidad es el nuevo sistema de especialización que se pretende implantar dentro del SNS para la formación de los profesionales médicos; abandonando así el actual sistema de formación de especia-

listas.

Esta nueva manera de especialización nace en el año 2003 con la LOPS 44/2003 (Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios). Tras un inicio lento, donde recibió las primeras críticas, poco a poco fue tomando cuerpo y visos de realidad. En el año 2008 el Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud (CNECS) sacaba un informe en el que destacaba algunos puntos a mejorar.

Es a partir de entonces cuando se aceleró el proceso, principalmente durante estos dos últimos años.

Se han publicado hasta seis borradores que fueron introduciendo ligeros cambios hasta que finalmente a principios de verano del presente año fue aprobado el Real Decreto en Consejo de Ministros. Por lo que actualmente la troncalidad es una realidad y nos encontramos en un período máximo de 24 meses en los que los hospitales de todo el Estado tienen que acreditarse como Unidades Docentes y desarrollar los planes formativos que seguirán sus residentes mientras realicen la formación troncal y de especialidad.

Si bien es cierto que desde que se diera a conocer la troncalidad ha recibido numerosas críticas por parte del conjunto del mundo sanitario, situación que no ha cambiado con la aprobación en Consejo de Ministros del Real Decreto. Tanto el CEEM (Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina) como sociedades científicas mantienen el pulso con el Ministerio de Sanidad hasta el punto de que sociedades científicas como la Sociedad Española Médica de Urgencias y Emergencias (SEMES) o la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) han presentado recursos ante el Tribunal Supremo. Además, se esperan otros tres recursos que se añadirían a los mencionados, según publicaba *Redacción Médica* el 4 de octubre en sus páginas. Estos vendrían por parte de la Sociedad Española de Inmunología (SEI), la Sociedad Española de Neurología (SEN) y el sindicato UGT.

Incertidumbre con la troncalidad

Una de las principales críticas que se le ha realizado a la troncalidad es la gran incertidumbre que genera en los futuros especialistas antes de su inserción dentro del mundo laboral.

Tal y como se plantea ahora

mismo la troncalidad, la elección de especialidad se realiza en dos fases: la primera para escoger el tronco y la segunda para elegir la especialidad propiamente dicha. En caso de que un futuro residente no pudiera obtener su primera opción deseada y tuviera como segunda preferencia una especialidad de un tronco diferente, el especialista no podría escoger esta plaza aunque tuviera un puesto MIR suficiente para ello, es decir, se invierte durante dos años en un futuro especialista que finalmente no lo será.

Esto conlleva, como se ha demostrado en países donde se han implantado modelos similares al de troncalidad, a un aumento de la demanda de aquellas especialidades no troncales dejando de lado la motivación vocacional, lo que podría derivar en un detrimento de la calidad asistencial que se brinda.

Por otro lado, existen aún dos cuestiones fundamentales sobre las que el Ministerio de Sanidad no se ha pronunciado: la duración de los periodos de formación específica y las competencias que el residente tendrá que reunir en función de la especialidad que elija.

Lo primero podría llevar a un aumento en los años de formación necesarios para la obtención del título de especialista, lo que redundaría (especialmente en la situación actual de la profesión médica) en una inestabilidad laboral y familiar del médico que suma a la alta probabilidad de que al acabar el periodo troncal el residente tendría que volver a cambiar de hospital y de ciudad.

En cuanto a la necesidad de conocer las competencias, en todo sistema formativo se hace necesario por parte de las personas que van a acceder a él tener una información apropiada sobre cuáles van a ser las normas de funcionamiento por las que se va a regir su formación, más aún si este sistema pretende verter en la sociedad a los futuros médicos encargados de la salud de la sociedad, por lo que una implantación precipitada lo único que puede propiciar es una situación de inseguridad durante los años de especialización en el futuro profesional.

Consecuencias de la troncalidad

La troncalidad supone un gran cambio respecto al sistema MIR actual. A partir de su implantación, el personal docente de cada UDT



(Unidad Docente Troncal) formará durante dos años (periodo troncal) a médicos que probablemente harán el periodo de especialidad en otra Unidad Docente. Por tanto, estarán formando a profesionales durante dos años, según unos criterios propios, que una vez formados se irán a otra Unidad Docente a cursar la especialidad. Además, el periodo troncal conllevará a un lapso de tiempo en el que no entrarán especialistas, coincidiendo con las dos primeras generaciones que entren en troncalidad. ¿Quién cubrirá esa actividad? En el contexto de recortes presupuestarios en sanidad que se están produciendo en los últimos años, siendo en 2013 el mayor recorte presupuestario en sanidad

de los últimos tiempos, ¿cómo se garantizará la calidad asistencial?

En vista de ello, el profesional médico tendrá menos interés en la formación de médicos residentes, ya que esta formación no revertirá beneficios ni en el médico de manera individual ni en la UDT/Hospital.

Asimismo, el RD de Troncalidad está presupuestado en 800.00 € sin contar que parte del coste de la troncalidad será asumido por cada CC.AA. En la situación actual de crisis económica y de recortes, cada CC.AA. deberá hacer una inyección de capital para la formación de las diferentes UDT y así implantar correctamente la troncalidad tal y como se prevé en el RD. Si no fuera así, la troncalidad seguiría el camino del

plan Bolonia actual.

A día de hoy, en el RD de Troncalidad no está definido cuantos años durará cada periodo específico, lo que causa gran incertidumbre al futuro profesional de la medicina. Este hecho supone retardar la entrada del médico en el mundo laboral con las consiguientes repercusiones en la vida social y familiar del médico. Durante los años de periodo troncal se rotará por diferentes servicios, tampoco definidos, para adquirir unos conocimientos y unas formas de actuación de acuerdo con la UDT donde se esté cursando el periodo troncal, aún sabiendo que la especialidad no se cursará en la misma.

En conclusión, el RD de Troncalidad aprobado sigue generando muchas incertidumbres, puesto que aún quedan muchos puntos por definir. Sin embargo, con lo anteriormente expuesto, ¿cómo va a repercutir la troncalidad en el sistema sanitario actual? ¿Y en la salud de la población?

LXXII Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina del CEEM

El pasado 20 y 21 de septiembre de 2014 tuvieron lugar en la Universidad Autónoma de Madrid las LXXII Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina del CEEM para tratar exclusivamente el tema de troncalidad.

Durante esos dos días los representantes de las delegaciones de alumnos de las Facultades de Medicina del Estado se reunieron con el Dr. Castrodeza Sanz, director general de Ordenación Profesional del MSSSI, y el Dr. López-Blanco, secretario de Ordenación Profesional del MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad), para exponer su visión sobre la troncalidad y preguntar dudas sobre el RD aprobado durante el periodo estival. Durante el debate nos informaron de que probablemente la implantación de la troncalidad será en el MIR 2017-2018. Posteriormente, los represen-

tantes de cada facultad debatieron el RD aprobado y con las propuestas de cada una de las delegaciones se elaboró un nuevo posicionamiento de troncalidad del CEEM, que sigue posicionado en contra de la troncalidad.

A destacar, todas las conclusiones de las reivindicaciones de los alumnos de la Facultad de Medicina de Lleida quedan recogidas en el actual posicionamiento de troncalidad del CEEM.

LXXIII Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina

Una vez realizada la asamblea general de Madrid para tratar en exclusiva la troncalidad, los estudiantes de todo el Estado se reunieron del 22 al 25 de octubre en Valencia.

Entre otros temas, y con el posicionamiento sobre troncalidad ya realizado, uno de los puntos más importantes era la defensa activa de posicionamientos donde los estudiantes, entre la amplia gama en la que tienen reivindicaciones, deciden cuáles deben tener preferencia.

La troncalidad fue el posicionamiento más prioritario para la asamblea y se fijaron unas líneas de actuación para mantener la firme postura en contra de la troncalidad.

A modo general, algunas de las decisiones que se tomaron fueron encaminadas a mantener la presencia tan importante que ha tenido el CEEM en los medios de comunicación, mantener las campañas a través de las redes sociales y aumentar su presencia, no sólo a nivel estatal, sino también local en las provincias y facultades para concienciar a todos los estamentos implicados de la importancia que tiene la troncalidad e intentar un posicionamiento por parte de estos. Además, se dejó patente la voluntad de los estudiantes de realizar nuevas movilizaciones como la que tuvo lugar en Madrid el 5 de abril de este año.

**Nelson Montes Piñuela
y Mercè Matinero Tor**
Estudiantes de Medicina de la Universidad de Lleida

Fortaleses i debilitats de la nova FSE

Després d'anys d'incertesa en relació amb la troncalitat, amb la publicació recent per part del Ministeri de Sanitat del projecte del Reial

El periodo troncal conllevará un lapso de tiempo en el que no entrarán especialistas coincidiendo con las generaciones que inicien la troncalidad

Decret de Troncalitat en la Formació Sanitària especialitzada (FSE), sembla que ja no té marxa enrere la inclusió d'aquest concepte en el nostre sistema sanitari.

La troncalitat es defineix com l'adquisició de competències nuclears i comunes a diverses especialitats a través d'un programa formatiu de tronc, la durada no pot ser inferior a dos anys, per facilitar l'atenció integral del pacient en els processos preventius, diagnòstics, terapèutics i rehabilitadors.

El projecte de reial decret preveu que la majoria d'especialitats s'agrupin en 5 troncs (mèdic, quirúrgic, laboratori, imatge clínica i psiquiatria), i que quedin, per tant, 8 especialitats fora dels troncs (Anatomia Patològica, Dermatologia, Medicoquirúrgica i Venereologia, Obstetrícia i Ginecologia, Oftalmologia, Otorinolaringologia, Pediatria i les seves àrees específiques (Radiofarmàcia i Radiofísica).

La forma d'elecció de la plaça es farà en relació amb el número

àrees de capacitació específica són: Malalties Infeccioses, Neonatologia, Hepatologia Avançada i Urgències i Emergències. Només algunes especialitats podran accedir a aquestes àrees de capacitació específica: metges especialistes en Medicina Interna, Microbiologia i Parasitologia, Pneumologia i Pediatria, i les seves àrees específiques per a l'àrea de Malalties Infeccioses. Metges especialistes en Aparell Digestiu i Medicina Interna per a l'àrea d'Hepatologia Avançada. Metges especialistes en Pediatria i les seves àrees específiques per a l'àrea de Neonatologia i metges especialistes en Medicina Interna, Medicina Intensiva, Medicina Familiar i Comunitària i Anestesiologia i Reanimació per a l'àrea d'Urgències i Emergències.

Tots aquests canvis és evident que tindran una sèrie de repercussions en els hospitals i s'hauran d'adaptar.

Des del meu punt de vista, és evident que aquesta nova forma de FSE té avantatges. Actualment, la



Des del punt de vista hospitalari, el nou sistema millorarà l'equilibri entre la formació més general i l'excessiva especialització

d'ordre de la nota aconseguida en l'examen anual, tal com es fa actualment. En les especialitats no troncales, l'elecció de l'especialitat serà ja definitiva i en les troncales es farà en dues fases, en una primera es triarà el tronc, que durarà 2 anys, i, posteriorment, utilitzant la mateixa nota de l'examen s'escollirà l'especialitat que es podrà fer en qualsevol hospital, és a dir, no necessàriament a l'hospital on s'ha realitzat el tronc.

El projecte de reial decret també afegeix dues noves situacions: la reespecialització i les àrees de capacitació específica. La reespecialització significa que un especialista amb almenys cinc anys d'exercici pot aspirar a una altra especialitat del seu mateix tronc. Les àrees de capacitació específica són un conjunt d'habilitats, coneixements i actituds afegides en profunditat o en extensió a les exigides pel programa oficial d'una o diverses especialitats, sempre que aquest programa tingui un especial interès assistencial, científic i social rellevant. La formació es realitzarà en una unitat docent acreditada. Aquestes

FSE als hospitals està excessivament especialitzada. La majoria dels programes elaborats per les comissions nacionals i unitats docents aposten més per una formació molt especialitzada i es dona menys importància a formar-se també amb una base més general. Molts pensem que, abans de ser especialistes, han de ser bons metges, sobretot considerant que la comorbiditat és freqüent entre els pacients, i formar-se de forma més general els ajudaria a ser millors especialistes.

Desgraciadament, per diverses raons els mateixos residents i molts tutors i responsables d'unitats docents han escollit el camí d'una formació específicament especialitzada. Per tant, l'arribada de la troncalitat provocarà un equilibri entre la formació més general i l'especialitzada. Això beneficiarà la formació del resident, que podrà abordar les patologies de manera més eficaç en tenir coneixements més generals i beneficiarà el pacient, que serà més ben valorat. La reespecialització donarà més oportunitats de canviar d'especialitat sense haver de fer una

nova residència completa, i donarà més facilitats als professionals que, per diferents motius, vulguin exercir una altra especialitat del seu tronc, i es podran cobrir de forma més accelerada especialitats deficitàries.

No obstant això, per poder fer la formació troncal, el ministeri, en el seu projecte de decret, publica la manera com es durà a terme aquesta reforma de la FSE: en primer lloc, s'hauran de formar cinc noves unitats docents troncales que gestionin els diferents troncs, que dependran de la Comissió de Docència de l'hospital, excepte el tronc mèdic, ja que en haver-hi Medicina de Família pot dependre de la Comissió de Docència Hospitalària o Medicina de Família.

Les unitats docents actuals, en general, són els diferents serveis de l'hospital acreditats. Els components d'aquestes unitats estan clarament implicats en la formació dels residents, ja que aquests estan integrats des del primer dia de residència perquè són els propis de l'especialitat. Per contra, amb la nova formació de les unitats docents

troncales, si valorem, per exemple, que el tronc mèdic té 21 especialitats diferents, correm el risc que els integrants d'aquestes unitats no considerin els residents troncales com a propis i la seva implicació podria no ser la mateixa que quan són de la seva especialitat, i més si tenim en compte que els residents troncales poden acabar fent la seva especialitat en un altre hospital.

Un altre factor negatiu és que l'avaluació dels residents dels diferents troncs no influirà en la nota per escollir especialitat, ja que s'utilitzarà la mateixa nota de l'examen MIR, evidentment, sempre que l'avaluació del tronc sigui positiva. Crec que una situació diferent serviria d'estímul al resident, ja que hauria d'esforçar-se més per aconseguir una millor valoració de cara a triar l'especialitat. Haurém de buscar sistemes que estimulin els metges dels actuals serveis hospitalaris acreditats per a la FSE a formar part de les unitats docents troncales, ja que suposarà un esforç addicional formar diversos tipus de residents diferents (troncales, especialitats dels

diferents troncs, no troncales, reespecialització i àrees de capacitació específica), que tindran programes de formació diferents, però que coexistiran en els diferents serveis de l'hospital.

Un altre problema que es pot plantejar és que, si el tronc és dels diferents especialitats és la mateixa, és evident que les rotacions i els objectius dels actuals programes de formació serà difícil que es pugui complir, perquè, o bé s'augmenta el temps de residència o es disminueixen rotacions i objectius per aconseguir. Els detractors d'aquest sistema consideren que milloraran la formació troncal, però empijoraran la formació especialitzada, tot i que no és menys cert que la formació no s'acaba amb la residència i que el que hem de formar són especialistes més generalistes, perquè és el que la societat més ens reclama, ja que només alguns treballaran en centres molt especialitzats o de tercer nivell. Estarem pendent dels programes troncales i de l'adequació dels programes de les diferents

especialitats que les comissions nacionals hauran d'elaborar.

Una altra crítica és la forma d'elecció de les places, perquè perjudica els hospitals perifèrics o de primer o segon nivell, com el nostre, ja que triar l'especialitat al final del període de tronc i poder anar a un altre hospital implica el perill de la falta d'estímul dels tutors o metges implicats en la docència. Crec que seria més útil que els residents troncales es quedessin a l'hospital i competissin en les places d'especialitat del seu tronc, i que també estimularia les diferents unitats docents per poder captar els millors residents. Aquest sistema de troncalitat corre el perill que hospitals com el nostre (perifèrics a Barcelona, primer, segon nivell) puguin convertir-se en formadors predominantment troncales, deixant la formació especialitzada més en mans d'hospitals de tercer nivell. Es pot competir entre hospitals del mateix nivell, però és difícil competir amb hospitals de diferent nivell.

Si s'aposta per la troncalitat, és difícil entendre que deixin fora dels troncs diversos especialitats, ja que trenca el concepte que els especialistes han de tenir una formació més general i suposa un clar desequilibri en el temps de formació de la seva especialitat, perquè tindran més anys de formació específica.

En resum, des del punt de vista de la FSE hospitalària, la fortalesa d'aquest nou sistema és que millorarà l'equilibri entre la formació més general i l'excessiva especialització per formar especialistes més d'acord amb les necessitats que la societat requereix. No obstant això, té diversos punts febles, com ara les dificultats que podem tenir per trobar tutors per a les unitats docents troncales, tenint en compte que formarà residents que poden triar l'especialitat en un altre hospital i que les avaluacions del període troncal no serviran per triar l'especialitat; i tot això en un entorn de molta pressió assistencial.

Els responsables docents tenim al davant un difícil tasca per fer de cara a organitzar tot aquest nou panorama formatiu de la FSE, i haurém de tenir el suport de les direccions dels hospitals i els responsables dels diferents serveis o unitats perquè els professionals puguin tenir la dedicació necessària per poder dur a terme una bona docència en aquesta nova i complexa situació.

Dr. Manel Vilà
Cap d'Estudis de l'HUAV

Desordres neurològics i psiquiàtrics des de la perspectiva de la biologia del desenvolupament

El sistema nerviós és el teixit més complex del nostre organisme, el substrat de les nostres emocions, intel·ligència i capacitats cognitives. No obstant això, del seu funcionament se'n coneix molt poc, i des que Santiago Ramón y Cajal va demostrar la seva naturalesa cel·lular (com qualsevol altre teixit), fa més de cent anys, relativament poques aportacions importants s'han fet durant aquest temps en el camp de la neurobiologia. En gran part, això ha estat per l'enorme complexitat d'aquest teixit, tant en l'àmbit morfològic com funcional, ateses les milions de connexions que una neurona posseeix. Aquesta complexitat requereix d'unes eines tecnològiques, principalment de computació i d'imatge, que tot just ara s'estan començant a desenvolupar. No hi ha cap dubte que el gran repte del segle XXI en recerca biomèdica és entendre com funciona el nostre cervell, com computa el nostre pensament, les nostres emocions i la nostra intel·ligència, i també com podem evitar o tractar patologies neurològiques associades.

Una manera d'entendre el funcionament d'un teixit és estudiar com es construeix, el seu desenvolupament. Els investigadors que estudiem el desenvolupament dels organismes ho fem des de la perspectiva que si sabem com es forma en etapes embrionàries un determinat teixit o òrgan sabem com funciona, i si sabem com funciona, sabem també com reparar-lo en situacions patològiques. Els models animals que s'utilitzen en biologia del desenvolupament són molt diversos, des del petit cuc *Caenorhabditis elegans*, passant pel peix zebra i la mosca de la fruita, fins als més coneguts i propers, com el model de ratolí. Tots han aportat i aporten dades molt valuoses sobre la fisiologia humana que ens ha permès avançar enormement en el coneixement del nostre funcionament i en el tractament de les nostres malalties.

Desenvolupament de l'escorça cerebral: migració neuronal i guia axonal

L'escorça cerebral juga un paper fonamental en la memòria, l'atenció, la percepció, el pensament, el llenguatge i la consciència. És la regió del cervell més desenvolupada al llarg de l'evolució, fet que s'associa directament amb

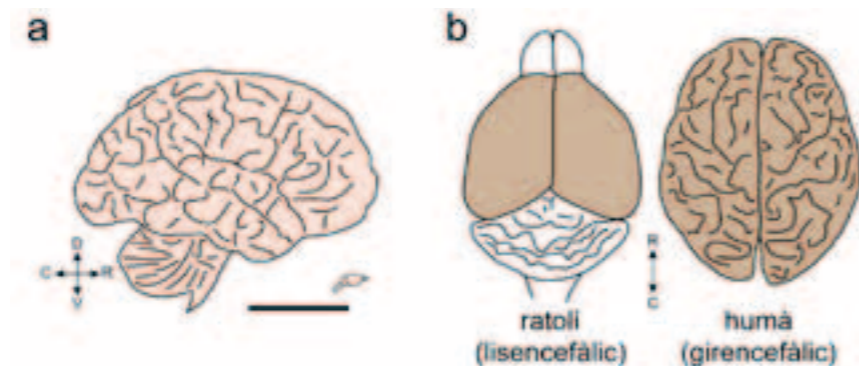


Figura 1: Diferències morfològiques entre el cervell de ratolí i humà.
a) Vista lateral dels cervells de ratolí i humà a escala (valor de l'escala = 5 cm); b) Vista dorsal dels dos cervells, on el cervell de ratolí s'ha ampliat per observar més bé els detalls de l'escorça (pintada de marró). En comparació amb el que passa al cervell de ratolí (de tipus lissencefàlic), l'escorça humana cobreix tot el cervell i presenta nombrosos solcs i girs (tipus giroencefàlic). La creu amb les fletxes indica l'orientació dels esquemes (R, rostral; D, dorsal; C, caudal; V, ventral).

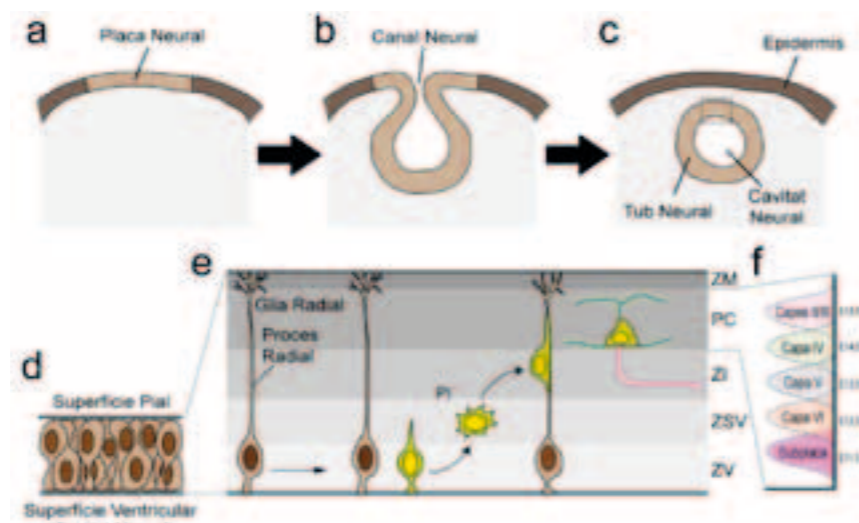


Figura 2: Formació del sistema nerviós i desenvolupament cortical.
a-c) Etapes primerenques del desenvolupament del sistema nerviós, o neurulació, en què la placa neural a la part dorsal de l'embrió es plega per donar lloc al tub neural a partir del qual es desenvoluparà tot el sistema nerviós. El requadre puntejat en panell (c) indica la regió ampliada en panell (d). d) El tub neural està format per progenitors neuronals amb morfologia epitelial, també anomenat neuroepiteli. e) Més tard, aquests progenitors adopten una morfologia polaritzada, amb un llarg procés citoplasmàtic (procés radial) que connecta la superfície ventricular amb la superfície pial. Aquests progenitors reben en aquests moments el nom de glia radial. La divisió asimètrica de la glia radial genera un precursor neuronal que comença a migrar cap a la placa cortical per diferenciar-se en una neuronal madura. En la gran majoria dels casos aquests progenitors s'aturen a la zona subventricular, on adopten una morfologia multipolar i es tornen a dividir per incrementar en nombre de precursors (precursors intermedis o PI). D'aquesta manera es formen el 80% de les neurones corticals, excitadores, amb morfologia piramidal que generalment projecten a altres regions del sistema nerviós. f) La migració radial dels progenitors té lloc en forma de cohorts i les neurones madures a les quals donen lloc es col·loquen a la placa cortical en forma de capes, les més joves, més superficialment. PC, placa cortical; ZI, zona intermèdia; ZM, zona marginal; ZSV, zona subventricular; ZV, zona ventricular.

l'adquisició d'intel·ligència i capacitats cognitives. La limitació del perímetre cranial ha fet que, especialment en primats, aquesta escorça expandida s'hagi hagut de plegar formant els típics solcs i circumvolucions (o girs) i que ocupi pràcticament tot el cervell (figura 1). Per contra, en ratolins, així com en altres vertebrats com els llargardaixos, la superfície cortical és completament llisa i cobreix només la part superior del cervell. Als primers cervells se'ls anomena "giroencefàlics", mentre que els segons reben el nom de "lissencefàlics" (figura 1).

La imatge estàtica i plena de connexions entre diferents regions que tenim d'un cervell adult contrasta amb la del seu desenvolupament en etapes embrionàries caracteritzada per l'existència de processos cel·lulars molt dinàmics que inclouen la divisió cel·lular (neurogènesi), migració neuronal (pràcticament totes les neurones s'han de moure des dels llocs on neixen fins on finalment realitzen la seva funció), la migració de l'axó (també coneguda com "guia axonal"), la diferenciació neuronal (formació de dendrites i axons) i la formació d'espines (petites protusions a les dendrites on té lloc el contacte funcional entre neurones a través de la sinapsi). Tots aquests processos han d'estar sincronitzats d'una manera molt precisa, atès que, com veurem posteriorment, una errada en qualsevol d'aquests passos pot tenir conseqüències greus per a la funció del sistema nerviós.

Tot el sistema nerviós es desenvolupa a partir d'un epitel·li (placa neural) que es plega des de la part dorsal de l'embrió per formar el tub neural (figura 2a-c). Aquest tub està format per progenitors neuronals amb morfologia epitelial (també anomenat neuroepiteli) que es divideixen d'una manera simètrica per donar lloc a més cèl·lules precursors i ampliar així el conjunt de progenitors (figura 2d). A l'escorça, on més s'ha estudiat aquest procés, aviat durant el desenvolupament la morfologia d'aquests precursors canvia i adopten una forma polaritzada amb el seu soma tocant el lumen del tub neural (la superfície ventricular), però estenent una protusió citoplasmàtica (procés radial) que travessa tot el neuroepiteli fins a tocar l'altre extrem, la superfície pial (figura 2e) (vegeu Marín i Rubenstein 2003). Aquest progenitor reben el nom en aquest moment de "glia radial" (GR) i formen una capa al costat del lumen cortical que rep el nom de "zona ventricular" (ZV). Més tard, aquesta GR passa a dividir-se de manera asimètrica per donar lloc a dues cèl·lules, un progenitor que manté la forma de GR i un progenitor que perd el procés radial i que migra fora de la ZV per començar a diferenciar-se cap a una neurona madura a la placa cortical (PC). Aquesta migració rep el nom de

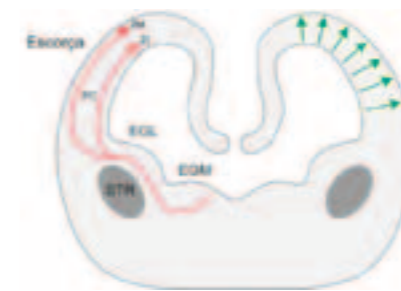


Figura 3: Principals trajectòries de migració neuronal a l'escorça.
Les neurones que formen l'escorça són de dos tipus, principalment: neurones piramidals excitadores, que migren de manera radial des de la zona ventricular adjacent (fletxes verdes, hemisferi dret) i neurones inhibidores o interneurons, que migren de manera tangencial des de la zona ventricular de la part ventral del cervell embrionari, concretament des de l'eminència ganglionar mitjana (fletxes vermelles, hemisferi esquerre). Al seu torn, la migració tangencial a l'escorça segueix dues rutes principals: una a la zona marginal i l'altra a la intermèdia. PC, placa cortical; STR, estriat; ZI, zona intermèdia; ZM, zona marginal; EGL, eminència ganglionar lateral; EGM, eminència ganglionar mitjana.

No hi ha cap dubte que el gran repte del segle XXI en recerca biomèdica és entendre com funciona el nostre cervell

La complexitat del funcionament neuronal requereix d'unes eines tecnològiques de computació i imatge

migració radial perquè segueix una trajectòria ortogonal a la ZV (vegeu la figura 3). Una particularitat d'aquesta migració radial és que té lloc sincronitzadament en forma de cohorts de neurones, en què les primeres cohorts ocupen capes més profundes a la PC, mentre que les cohorts següents van travessant les formades prèviament i successivament van ocupant capes més superficials (figura 2f). Aquest tipus de desenvolupament és la raó per la qual els talls histològics de l'escorça, amb qualsevol tinció convencional, presenten una estructura laminar.

Una segona peculiaritat d'aquesta

migració radial és que la gran majoria de les neurones que abandonen la ZV fan una pausa a la regió adjacent a la ZV, en una zona denominada subventricular (ZSV). Aquí els progenitors canvien la seva morfologia i es tornen a dividir abans de migrar i diferenciar-se com una neurona madura a la PC (figura 2e). Aquests progenitors reben el nom de precursors intermedis PI. La ZSV cortical només apareix en cervells més evolucionats i es considera que ha estat fonamental per a l'expansió cortical dels cervells d'aquests organismes i l'adquisició de tasques cognitives complexes. De fet, existeix una molt bona correlació entre la complexitat cortical i la capacitat de desenvolupar aquestes tasques amb el gruix de la ZSV (Abbel-Mannan et al. 2008).

La migració radial descrita fins ara genera aproximadament el 80% de les neurones de l'escorça, la gran majoria de naturalesa excitadora, amb morfologia piramidal, i són, en general, neurones de projecció que connecten amb altres regions del sistema nerviós. El 20% restant està format per neurones inhibidores (també anomenades interneurons) que, tot i el seu baix nombre, juguen un paper fonamental en la coordinació i en el control de la hiperexcitabilitat cortical. A diferència de les neurones excitadores, les interneurons no projecten cap a altres regions i s'integren en circuits neuronals locals. Una altra diferència és que les interneurons no neixen a la ZV adjacent, sinó que ho fan a la ZV de la part ventral del cervell, principalment d'una regió anomenada eminència ganglionar mitjana (EGM). Això fa que les neurones inhibidores adoptin una trajectòria tangencial de migració cap a l'escorça cerebral, perpendicular a la trajectòria radial de les neurones excitadores (figura 3) (Marín et al. 2010).

La migració neuronal i la guia axonal, és a dir, el procés de com l'axó navega fins a projectar i connectar amb una altra cèl·lula, generalment una altra neurona, estan íntimament relacionades en l'espai i en el temps. És evident que si la neurona està mal posicionada, la seva connectivitat estarà compromesa. Però recentment s'ha descobert que la migració neuronal d'una població neuronal en molts casos genera uns senyals que són necessaris per a la correcta projecció d'altres poblacions neuronals independents, de manera que si el primer procés falla, el segon també se'n veu afectat.

Desordres neurològics causats per defectes greus en migració neuronal

Tenint en compte el que s'ha explicat anteriorment, és evident que defectes en migració neuronal durant el desenvolupament poden tenir un impacte

important en la formació del teixit i, per tant, en la seva funció. Pel que fa a l'escorça cerebral, els defectes greus en migració donen lloc a malformacions severes que s'han classificat tradicionalment en tres tipologies segons el procés biològic afectat: desordres de proliferació, migració i organització cortical (Manzini, Walsh 2011). Les conseqüències funcionals d'aquestes malformacions depenen molt del grau de severitat; els casos més greus presenten un profund retard mental, continus atacs epilèptics i una curta esperança de vida, mentre que en els casos més lleus, els pacients poden arribar a tenir una funció cerebral quasi normal. En els desordres de proliferació, el nombre de neurones està reduït significativament i resulta en un cervell més petit (microcefàlia) (figura 4). En els desordres de migració les neurones poden no arribar al seu destí final a la PC i es diferencien prematurament en la superfície ventricular (heterotòpia periventricular) o bé en regions intermèdies (banda heterotòpia subcortical) (figura 5c,d). Problemes de migració en la PC donen lloc a una PC més desorganitzada i sovint més gruixuda, que resulta en un patró més simplificat dels girs (*pachygyria*) o un aspecte més llis (lissencefàlia) de la superfície cortical (figura 5e). Defectes de migració en la PC ocasionen de vegades una migració exagerada de neurones cap a la superfície pial (lissencefàlia empedrada). La tercera categoria està formada pels desordres que afecten l'organització cortical o la migració tardana, i inclou majoritàriament les polimicrogíries (figura 5f), un grup heterogeni de malformacions amb molts girs petits i una escorça anormalment més gruixuda (o més prima), i que algunes vegades afecten tant l'estructura cerebral, que causa esquerdes des de la superfície ventricular fins a la pial (esquizefàlia, figura 5g).

La causa principal d'aquestes malformacions és un defecte genètic. Estudis en pacients ha revelat que les mutacions i els gens responsables sovint correlacionen amb la tipologia del desordre. Així, per exemple, la majoria de gens implicats en microcefàlia codifiquen per proteïnes del centrosoma (un organitzador important del citoesquelet cel·lular, imprescindible per a la divisió cel·lular) i en la reparació de l'ADN, que és important per al cicle cel·lular. De la mateixa manera, gens responsables de lissencefàlies i heterotopies s'han implicat en migració neuronal, i han afectat sobretot l'estabilitat del citoesquelet o bé alterat les vies de senyalització intracel·lular que regulen la migració. No obstant això, existeix molta variabilitat clínica en les malformacions corticals i la relació d'un gen → un mecanisme → una malformació ha estat posada en dubte a partir de la descoberta de nous gens i l'anàlisi

Malgrat les seves complexitat i variabilitat, els trastorns autistes, psicòtics i bipolars semblen tenir una base genètica similar

Observacions recents suggereixen que una funció inhibidora anormal en l'escorça pot ser la causa dels problemes cognitius associats a l'esquizofrènia

de cohorts de pacients més diverses. Es pot donar el cas, per exemple, que un pacient mostri diverses tipologies fenotípiques al mateix temps. En el cas de les distroglicanopaties, un grup de distrofies musculars congènites associades a malformacions cerebrals, i es pot donar el cas que una mateixa mutació en un mateix gen resulti en un espectre molt ampli de fenotips, des de lissencefàlia empedrada fins a polimicrogíria i fins a no efectes en absolut. Aquestes observacions reforcen la idea que els gens implicats en les malformacions corticals tenen funcions en diferents etapes del desenvolupament cortical i que, per tant, la distinció entre les diferents tipologies de desordres esmentades anteriorment, com a mínim a nivell molecular, no és tan clara com es pensava inicialment. D'altra banda, mutacions en gens diferents poden convergir en un mateix fenotip i suggerir que el mecanisme d'acció és similar. La possibilitat de combinar els estudis de genètica humana amb els estudis funcionals en models animals de laboratori està permetent entendre més bé la funció d'aquests gens i com es relacionen entre si.

Defectes subtils en migració neuronal i la seva relació amb trastorns neurològics i psiquiàtrics

Canvis petits en la posició final de les neurones a causa de defectes menors en la seva migració espaciotemporal durant el desenvolupament poden afectar també la formació dels circuits neuronals i manifestar-se com a trastorns neurològics i psiquiàtrics. De fet, molts gens associats amb els desordres de l'espectre autista, psicòtic (esquizofrènia) i bipolar s'han

relacionat, entre d'altres, amb funcions del control de la migració neuronal durant el desenvolupament. En molts casos aquestes variants genètiques afecten la formació dels circuits inhibitoris, en particular la migració de les interneurons corticals, que acaben produint un desequilibri entre l'activitat excitadora i inhibidora i que desencadena una sobreexcitació del circuit. Aquestes observacions indiquen, per tant, que malgrat la seva complexitat i la variabilitat de causes subjacents, aquests trastorns semblen tenir una base genètica similar que suggereix que comparteixen déficits comuns, especialment en el desenvolupament i la funció de les interneurons i els circuits inhibitoris (Marín 2012).

Els pacients amb esquizofrènia poden patir déficits de memòria severa, atenció i funció executiva. Observacions recents suggereixen que una funció inhibidora anormal en l'escorça prefrontal dels individus amb esquizofrènia pot ser la causa de problemes cognitius associats. Aquests estudis apunten a un tipus específic d'interneurona, caracteritzat per la presència del marcador parvalbúmina (PV), com el principalment afectat en la malaltia. Alguns dels gens associats a l'esquizofrènia s'han implicat en la regulació del desenvolupament de les interneurons PV+. Dos d'aquests gens codifiquen per una proteïna soluble que se secreta a l'espai extracel·lular, Neuregulina-1 (NRG1), que exerceix la seva funció a través del seu receptor de membrana específic, ErbB4. ErbB4 sembla que està implicat en diverses funcions del desenvolupament de les interneurons PV+, des de la seva migració cap a l'escorça en resposta al seu lligand NRG1, fins a la integració de les interneurons PV+ en els circuits neuronals corticals. Estudis en ratolins modificats genèticament que no tenen ErbB4 a les interneurons PV+ s'ha observat que desenvolupen fenotips similars als pacients esquizofrènics. En aquests animals s'ha demostrat que aquestes neurones formen menys sinapsis amb neurones piramidals, fet reminiscent del que passa en estudis *post mortem* de pacients amb esquizofrènia. Un tercer gen relacionat amb la susceptibilitat a esquizofrènia, i que s'ha relacionat també amb el desenvolupament de les interneurons PV+, és el gen "deletat en esquizofrènia" o DISC1. La proteïna DISC1 té múltiples funcions durant el desenvolupament del cervell i en el cervell adult, i estudis recents l'han relacionada també amb el control de la regulació de la migració tangencial de les interneurons corticals.

Perspectives futures: teràpia del segle XXI

L'estudi del desenvolupament del sistema nerviós, en diferents organismes,

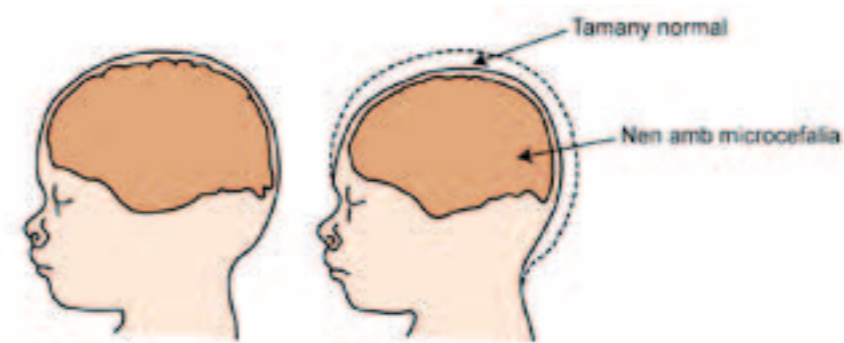


Figura 4: Microcefàlia. Esquema de l'estructura cranial i del cervell (pintat en marró) d'un nadó normal (esquerra) i d'un nadó amb microcefàlia (dreta).

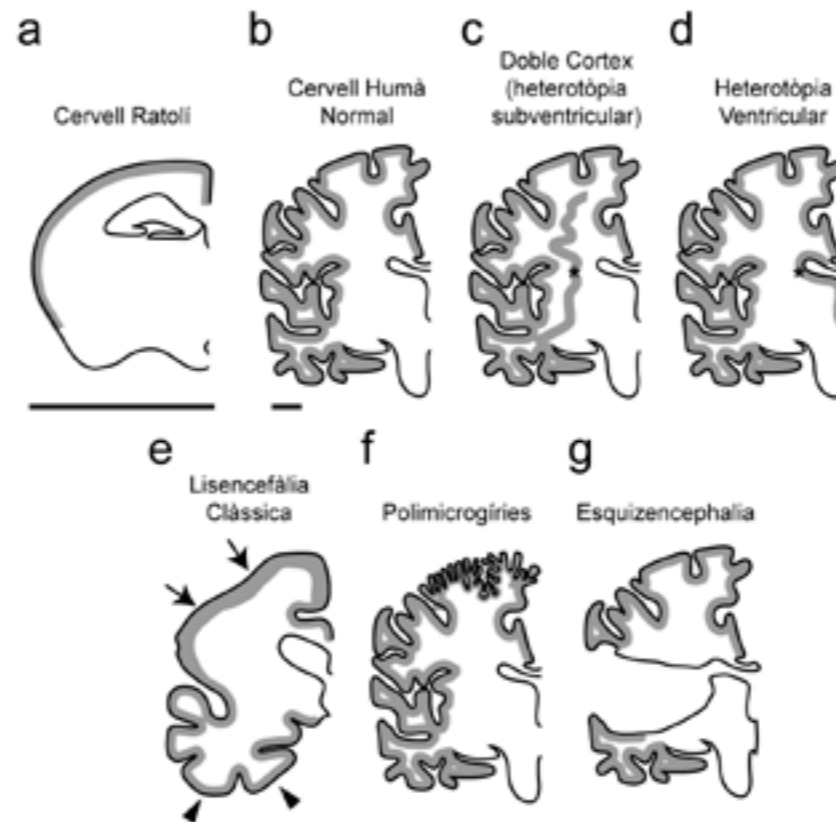


Figura 5: Principals malformacions cerebrals relacionades amb el desenvolupament cortical. a,b) Esquema de les seccions coronals del cervell de ratolí i humà (només se n'ensenya un hemisferi) per mostrar l'estructura interna. En color gris es mostra la matèria gris, on es concentren la majoria de neurones a l'escorça. Destaca la naturalesa lissencefàlica del cervell de ratolí comparada amb la humana (giroencefàlica). Escala, 0,5 cm. c,d) Esquema d'heterotopies (asterisks), en què una capa ectòpica de neurones diferenciades (matèria gris) apareix en regions més profundes (subventricular en c; ventricular en d). f,g) Problemes de migració tardana durant el desenvolupament generen una estructura més complexa de solcs i girs (polimicrogíries, f) o bé poden causar esquerdes profundes que comprometen tota l'estructura cerebral (esquizefàlia, g).

ens està permetent entendre millor el seu funcionament i extreure conclusions molt importants sobre com la seva morfologia i estructura condiciona la seva funció, com pensem, sentim i recordem. No obstant això, la seva complexitat demana la generació de noves eines tecnològiques que estan encara per desenvolupar. L'estudi de la formació de l'escorça cerebral ha permès entendre també algunes de les causes relacionades amb els trastorns

psiquiàtrics i neurològics, com, per exemple, l'esquizofrènia, i que tenen a veure amb defectes de migració neuronal i amb un desajustament de l'activitat excitadora i inhibidora. És temptador pensar que alguns aspectes de l'etiologia d'altres patologies neuronals, com, per exemple, les malalties neurodegeneratives, puguin estar també relacionades amb el desenvolupament. Els tractaments actuals per tractar l'esquizofrènia es basen principalment en

medicaments denominats neurolèptics o antipsicòtics, que corregeixen principalment els desequilibris de certs neurotransmissors. La utilització de teràpies cel·lulars a partir de cèl·lules mare pluripotents induïdes serà possiblement un dels avenços més importants de la medicina del segle XXI. El fet que en alguns casos el desordre neurològic es degui a un desajustament entre inhibició i excitació a la zona cortical obre la possibilitat que el trasplantament d'interneurones per corregir el defecte sigui potencialment una bona teràpia. S'ha demostrat en ratolins que les interneurons immadures trasplantades a partir d'embrions es poden integrar en els circuits neuronals de l'hoste adult i regular-ne la funció (Southwell et al. 2014).

L'activitat de recerca del Grup de Neurobiologia Molecular del Desenvolupament està finançat pel Plan Nacional de Investigación (BFU2013-48563-P i BFU2010-18055), el Programa Ramón y Cajal (RYC-2008-03342), la Unió Europea, (PEOPLE-2011-CIG, PCIG9-GA-2011-293980) i la Fundació La Marató de TV3 (lesions medul·lars i cerebrals adquirides, 113031) i l'IRBLleida. Vull agrair també a tots els membres del grup Molecular and Developmental Neurobiology el seu esforç i la seva constància.

Joaquim Egea
Grup de Neurobiologia Molecular del Desenvolupament
Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida)/Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFIA

Abdel-Mannan O, Cheung AF, Molnár Z. Evolution of cortical neurogenesis. *Brain Res Bull.* 2008 Mar 18;75(2-4):398-404.

López-Bendito G, Cautinat A, Sánchez JA, Bielle F, Flames N, Garratt AN, Talmage DA, Role LW, Charnay P, Marín O, Garel S. Tangential neuronal migration controls axon guidance: a role for neuregulin-1 in thalamocortical axon navigation. *Cell.* 2006 Apr 7;125(1):127-42.

Manzini MC, Walsh CA. What disorders of cortical development tell us about the cortex: one plus one does not always make two. *Curr Opin Genet Dev.* 2011 Jun;21(3):333-9.

Marín O. Interneuron dysfunction in psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci.* 2012 Jan 18;13(2):107-20.

Marín O, Rubenstein JL. Cell migration in the forebrain. *Annu Rev Neurosci.* 2003;26:441-83. Epub

Marín O, Valiente M, Ge X, Tsai LH. Guiding neuronal cell migrations. *Cold Spring Harb Perspect Biol.* 2010 Feb;2(2):a001834.

Southwell DG1, Nicholas CR, Basbaum AI, Stryker MP, Kriegstein AR, Rubenstein JL, Alvarez-Buylla A. Interneurons from embryonic development to cell-based therapy. *Science.* 2014 Apr 11;344(6180):1240622.



Control de hipertensos mediante telemedicina. BP-Control, una apuesta de futuro

Una realidad que vivimos a diario es que cada vez llevamos a cabo más actividades utilizando las nuevas tecnologías. Esto es así tanto en el ámbito profesional como en el del tiempo libre y el del ocio. Las generaciones más jóvenes van más allá, llevando a cabo gran parte de las relaciones sociales.

No cabe duda que el sistema sanitario debe prepararse para este gran cambio. No deben desaprovecharse las posibilidades que el uso de las nuevas tecnologías puede abrir en lo que respecta al control de las enfermedades, la educación sanitaria y el refuerzo del cumplimiento terapéutico. El gran objetivo de conseguir implicar a la población y al enfermo crónico en el autocontrol de su enfermedad puede estar al alcance de la mano en la sociedad de las TIC.

En este sentido, especialistas en Nefrología y en Medicina Interna de los hospitales Arnau de Vilanova y de Santa María de Lleida, en colaboración con un equipo de informáticos de la UdL, han desarrollado un aplicativo de telemedicina para pacientes hipertensos.

En una encuesta preliminar llevada a cabo entre los pacientes de las consultas de hipertensión de la UDETMA del Hospital Arnau de Vilanova y de la Unidad de Factores de Riesgo del Hospital de Santa María, se ha evidenciado que entre un 65-70% de los pacientes hacen uso de la tecnología y les hace candidatos a seguir algún sistema de control por telemedicina.

El sistema desarrollado, BP-Control,

implica una comunicación bidireccional entre el paciente y el profesional sanitario a través de un programa informático que, por un lado, estimula y refuerza al

paciente en el autocontrol de la hipertensión arterial y, por otro, brinda al profesional información estructurada de la evolución y control de sus pacientes permitiendo una mejor gestión de la consulta y de la frecuentación.

Así, el paciente recibe, ya sea vía correo electrónico o mensajería, en su ordenador, tablet, smartphone o móvil mensajes solicitándole, con una periodicidad preestablecida, que se tome la presión arterial y que la envíe vía SMS o correo (link). Al hacerlo recibe un análisis sobre su situación clínica en un mensaje y/o un sencillo gráfico. Si se comunica a través de ordenador, tablet o smartphone, recibe al mismo tiempo vídeos de educación sanitaria en relación con su enfermedad.

El profesional sanitario tiene una información actualizada al minuto de los pacientes controlados y no controlados en una interfaz sencilla e intuitiva. Esta le permite ejecutar gráficas de evolución de la tensión arterial de cada paciente, comunicarse fluidamente con el enfermo si observa alguna anomalía o escapa del control, o incluso enviarle en forma de vídeos información personalizada para mejorar el control y cumplimiento.

Todo el sistema se basa en las guías europeas de la ESC/ESH 2013 de estratificación del riesgo y manejo de la presión arterial, y asegura la confidencialidad y protección de datos personales.

Los días 5 y 6 de junio se ha procedido a su presentación en las V Jornadas de TIC-Salud de Girona, y actualmente se

Pasos de las vistas del paciente

encuentra en fase de prueba piloto.

Sin duda habrá que demostrar que mejoramos el control de nuestros pacientes, pero sólo probando, aprendiendo de nuestros fracasos y éxitos, llegaremos a obtener un sistema realmente válido y operativo. En definitiva, la vieja frase "quien no se moja no come peces".

El sistema implica una comunicación bidireccional entre el paciente y el profesional sanitario. Esta puede llevarse a cabo mediante correo electrónico (por tablet, smartphone o ordenador) o SMS. Además, está mediada por un aplicativo informático con capacidad de análisis personalizado de la presión arterial.

Vistas del paciente

Paso 1: Con una periodicidad predefinida, el paciente recibe, ya sea vía correo electrónico o mensajería, en su ordenador, tablet, smartphone o móvil, mensajes solicitándole que se tome la presión arterial y que la remita.

Paso 2: Al clicar el enlace del correo electrónico en su ordenador, tablet o smartphone, el paciente accede a una pantalla prediseñada para que introduzca sus presiones de mañana y tarde. Posteriormente, solo tiene que clicar en "Enviar". Esta operación también se puede realizar mediante SMS.

Paso 3: Al clicar en la pestaña "Enviar" el paciente recibe un análisis de

Vistas del profesional sanitario



su situación clínica en un mensaje de texto y un sencillo gráfico evolutivo de sus tensiones. También recibe vídeos de educación sanitaria en relación con su enfermedad. En caso de comunicarse vía SMS, recibe por esta vía mensajes de refuerzo.

Vistas del profesional sanitario

El profesional sanitario, en la visita presencial, introduce los datos de filiación

y clínicos del paciente. Estos últimos permiten estratificar el riesgo sobre la base de las guías europeas de la ESC/ESH del 2013 y determinar, en consecuencia, los objetivos de control de presión arterial (P.A. diana).

El profesional sanitario puede visualizar los datos del paciente, así como la gráfica evolutiva de los controles de presiones arteriales y su situación respecto a la PA diana u objetivo. Asimismo, puede enviar mensajes o vídeos personalizados al paciente. Por ejemplo, un mensaje de adelanto de la visita en caso de mal control o un vídeo reforzando aspectos de su tratamiento.

El profesional sanitario puede disponer además de una información actualizada al minuto de los pacientes controlados y no controlados en una interfaz sencilla e intuitiva.

Grupo HTA-Lleida: Dra. Elvira Fernández, Dr. Jacint Cabau, Dr. Gerard Torres, Dra. Àngels Betriu, Dr. Josep Maria Gutiérrez, Dr. Óscar Sacristán, Dr. Jordi Roig, Valle Peña, enfermera, María Franch, enfermera i Carmen Bravo, enfermera
El grupo HTA-Lleida está integrado actualmente por la UDETMA del Hospital Arnau de Vilanova y la Unidad de Factores de Riesgo del Hospital de Santa María.
Hesoftgroup: Josep Cuadrado, informático i Francesc Solsona, informático

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: 902 362 492

Telèfon Lleida: 973 273 859

L'hemofília, una malaltia real poc coneguda

Les hemofílies A i B són malalties produïdes per un defecte o absència dels factors VIII i IX de la coagulació. Té una incidència d'1 entre 5.000 homes en l'hemofília A i d'1 entre 30.000 en l'hemofília B. Es calcula que al món hi ha unes 400.000 persones afectades.

Els gens que codifiquen ambdós factors de la coagulació es localitzen al cromosoma X i l'herència segueix un patró recessiu, per la qual cosa només es manifesta en els homes, mentre que les dones en són portadores (figura 1).

La importància del FVIII i FIX en la cascada de la coagulació es fa palesa arran de les complicacions hemorràgiques derivades de la seva deficiència; de fet, abans de rebre tractament, els malalts morien en l'adolescència o la joventut per sagnats causats per lesions lleus.

Encara que és poc probable, també hi ha la possibilitat que una dona estigui afectada per la malaltia; això seria possible si fos filla d'un home hemofílic i d'una dona portadora o si, per alguna raó, solament tingués un cromosoma X (síndrome de Turner) o es produís una inactivació a l'atzar del cromosoma X sa.

Història

Les referències històriques més antigues d'aquesta malaltia estan escrites al Talmud Babilònic dels jueus, al segle V dC. Els rabins ja tenien constància que, amb la circumcisó, alguns membres de la mateixa família podien tenir hemorràgies molt importants; de fet, es va aconsellar que si dos germans havien mort per sagnat, els altres membres quedaven exempts d'aquesta pràctica.

L'hemofília és una malaltia poc freqüent però coneguda perquè va afectar la reialesa europea. La reina Victòria n'era portadora i el seu fill, el príncep Leopold, la va patir. Com a mínim, dues filles portadores van transmetre la malaltia a la descendència i podria haver-hi hagut altres membres afectats no coneguts; ateses les con-

Les referències més antigues de la malaltia estan escrites al Talmud Babilònic dels jueus

notacions negatives, alguns casos podien no fer-se públics. El cas més conegut va ser el d'Alexei, fill del tsar Nicolau II i de la tsarina Alexandra (neta de la reina Victòria). Tots ells van ser executats el 1918. Malauradament, els últims descendents van morir abans que el gen de l'hemofília fos clonat.

La utilització de tècniques genòmiques innovadores ha permès als investigadors estudiar, a partir de les restes funeràries, la possible mutació del misteri de la reialesa, i al contrari del que es pensava, es tractava d'una mutació en el factor IX, hemofília B, que sol comportar uns nivells de factor menors a l'1%.

Alteracions moleculars

Històricament, un terç dels pacients hemofílics no tenien història de la malaltia i podien presentar una mutació de *novo*; en l'actualitat, i amb el consell genètic de les famílies, solen ser el 75% dels casos. El gen del FVIII, situat al cromosoma X (Xq28), va ésser clonat entre el 1982 i el 1984 per Gitschier i col·laboradors. Tot i que, en ser un dels gens més grans i complexos, resulta difícil estudiar-lo, s'han identificat més de 1.800 mutacions al món (<http://hadb.org.uk/>). El defecte més freqüent és la inversió de l'intró 22, que representa el 45% dels casos greus.

El gen que codifica la síntesi del FIX també es troba en el cromosoma X (Xq27) i el seu patró mutacional és heterogeni. El defecte original



Atropatia hemofílica

va ser descrit en el pacient Mr Christmas, que durant anys també va donar nom a la patologia.

Diagnòstic

El diagnòstic de sospita d'hemofília sempre s'ha d'iniciar amb una revisió de la història de diàtesi, tant personal com familiar, sobretot en la part materna. Per confirmar-lo, o simplement per a l'estudi dels pacients amb tendència al sagnat, es pot avaluar al laboratori un recompte de plaquetes, el temps de protrombina (TP) i el temps de tromboplastina parcial activat (TTPa). En el cas de l'hemofília, solament estarà alterat el TTPa. Per a la seva confirmació, s'haurà de demanar la quantificació dels factors de la coagulació. És important tenir en compte que, depenent del reactiu utilitzat, podem tenir un TTPa normal en casos amb nivells de FVIII

superiors al 30%. Per tant, en cas de sospita clínica ferma, pot ser d'interès demanar igualment la determinació dels factors de la coagulació.

Clínica

Les manifestacions clíniques són indistingibles entre l'hemofília A i la B, i la seva gravetat es relaciona amb els nivells plasmàtics dels factors (taula 1). El primer sagnat es pot presentar fins i tot en el període neonatal, però no és el més freqüent. En casos d'hemofília greu, amb nivells de factor inferiors a l'1%, se sol produir el primer esdeveniment hemorràgic al voltant dels 12-18 mesos, coincidint amb l'inici de la deambulació. En casos moderats, pot presentar-se molt després, coincidint amb un traumatisme, una extracció dental o un procediment quirúrgic.

Tot i que el sagnat es pot localitzar en diferents regions, la manifestació més característica és el sagnat intraarticular i muscular. El 80% dels episodis hemorràgics seran hemartrosi.

Si els episodis d'hemartrosi de repetició no reben el tractament adequat, es poden produir canvis en l'articulació que portin a la deformitat i incapacitat permanent.

Tractament

En l'actualitat, els objectius principals del tractament de l'hemofília són la reposició ràpida i eficaç del factor deficient en cas de sagnat agut i la prevenció dels episodis hemorràgics per evitar complicacions com l'artropatia hemofílica (figura 2).

En els casos de sagnat menor, s'hauran d'assolir uns nivells de factor d'almenys un 25-30%, mentre que si el sagnat és greu, es requeriran nivells superiors al 50%. En alguns procediments quirúrgics o hemorràgies molt greus es necessitaran nivells objectius superiors, al

volant del 75-100%.

Hi ha dos tipus de concentrats: d'origen plasmàtic i recombinant. La infusió de productes derivats de plasma va comportar importants efectes adversos en les dècades anteriors, amb la infecció de molts pacients pel virus del VIH i l'hepatitis C. Actualment s'han introduït processos d'inactivació viral que fan aquests productes més segurs. L'elaboració de factors recombinants ha fet que s'eliminessin del procés tots els components humans. Actualment, existeix la tendència internacional a la utilització de productes d'origen recombinant en pacients no tractats prèviament, sobretot nens, ja que es consideren més segurs.

En pacients amb hemofília lleu o moderada i episodis hemorràgics lleus també podem utilitzar desmopressina (DDAVP, desamino-8-arginina vasopressina) a dosis de 0,3 µg/kg de pes via intravenosa que allibera el factor Von Willebrand de les cèl·lules endotelials i incrementa també els nivells de FVIII circulant.

Els antifibrinolítics (l'àcid aminocaproic èpsilon i l'àcid tranexàmic) també poden ser útils com a tractament de suport.

En els països desenvolupats amb recursos s'utilitza la profilaxi primària en pacients pediàtrics amb hemofília greu per evitar complicacions hemorràgiques, en especial l'artropatia. Els règims utilitzats poden ser diversos, però solen constar de 2 o 3 infusions setmanals per assolir nivells superiors a l'1%. En aquests casos, els pares o tutors hauran de ser educats per poder ser els encarregats de l'administració endovenosa del factor, per punció venosa o bé mitjançant un catèter.

El pacient hemofílic, en ser un malalt crònic complex, necessita un maneig multidisciplinari, preferentment en unitats especialitzades. Idealment, el grup hauria de constar d'especialistes en hematologia, hepatologia, malalties infeccioses, traumatologia i ortopèdia, odontologia, fisioteràpia, psicologia i infermeria, entre d'altres.

En ser una patologia sense tractament curatiu, els programes d'educació per a familiars i persones properes són fonamentals. Conèixer la malaltia, identificar símptomes de sagnat i saber administrar el factor endovenós al domicili al més aviat possible en cas de necessitat és essencial per a un correcte maneig de les complicacions. El consell genètic i el diagnòstic prenatal també formen una part essencial en la prevenció de la malaltia en les famílies afectades.

La recerca encaminada a la teràpia gènica (transferència del gen a les cèl·lules mitjançant vehicles o vectors) s'ha dut a terme en models animals i ha arribat en diferents assajos clínics als humans. Els resultats, encara que no gaire espectaculars, són encoratjadors.

Inhibidors

Malgrat els grans avenços assolits en els últims temps, la complicació més important continua essent el desenvolupament d'anticossos inhibidors contra el FVIII i el FIX causats per la infusió exògena del factor deficient. Els anticossos neutralitzaran el tractament substituït i faran que sigui poc efectiu, de manera que augmentaran els episodis d'hemorràgia. En l'hemofília A greu, la incidència sol situar-se al voltant del 25-32%; en l'hemofília B

les complicacions són infreqüents. L'objectiu terapèutic fonamental serà l'eradicació de l'inhibidor. S'han utilitzat diferents règims o pautes d'immunotolerància que inclouen altes dosis de factor i, en alguns casos, immunosupressors. El control dels episodis hemorràgics o la cirurgia en aquest tipus de pacients és un repte. Tot i que el tractament pot dependre de diferents variables (títol i tipus d'inhibidor, gravetat de l'hemorràgia...), en general, s'utilitzen agents *bypass*, que són capaços d'induir l'hemostàsia independentment del FVIII i el FIX. Actualment, els preparats disponibles són els concentrats de complex protrombínic activat (CCPA, FEIBA®) i el factor VII recombinant activat (rFVIIa, Novo-Seven®). L'aparició d'un inhibidor no solament empitjorarà la qualitat de vida del malalt, sinó que també augmentarà exponencialment el cost econòmic del tractament.

Hemofília A adquirida

Al contrari dels casos congènits, l'hemofília A adquirida és una malaltia autoimmunitària causada per l'aparició d'anticossos inhibidors del factor VIII. És una entitat poc freqüent, amb una incidència d'1 cas entre 34-48 milions habitants/any, amb molta més prevalença en pacients grans. Tot i que en la meitat dels casos no es troba causalitat, es pot associar a neoplàsia, fàrmacs, embaràs i malalties autoimmunes com artritis reumatoide, polimialgia reumàtica o lupus, entre d'altres. El diagnòstic de sospita pot ser tant per clínica hemorràgica com per alteracions analítiques (TTPAR allargat). La gravetat dels esdeveniments hemorràgics és variable i pot causar fins i tot la mort. El tractament es basa en el diagnòstic acurat al més aviat possible i la utilització d'agents *bypass* juntament amb l'eradicació de l'inhibidor amb diferents fàrmacs (glucocorticoides, immunoglobulines, agents citotòxics o rituximab).

L'hemofília, anys després d'haver estat coneguda popularment perquè afectava la reialesa europea, encara ens guarda molts reptes per resoldre. La recerca, el millor coneixement de la seva fisiopatologia, la millora del tractament i la teràpia gènica ens podran donar algunes respostes en els pròxims anys.

Dra. Pons Escoll V.

Dr. López Andreoni L.

Dr. Parra R.; Dr. Altisent C.

Unitat d'Homeostàsia

Unitat d'Hemofília de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

- Srivastava A1, Brewer AK, Mauser-Bunschoten EP, Key NS. Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia*. 2013 Jan;19(1):e1-47 <http://www.wfh.org/es/recursos/guias-para-el-tratamiento-de-la-hemofilia>
- Aznar JA1, Lucía F, Abad-Franch L, Jiménez-Yuste V, Pérez R, Battle J, Balda I, Parra R, Cortina VR. Haemophilia in Spain. *Haemophilia*. 2009 May;15(3):665-75
- Franchini M1, Mannucci PM. Acquired haemophilia A: a 2013 update. *Thromb Haemost*. 2013 Dec;110(6):1114-20
- Ramírez L, Altisent C, Parra R, Vidal F. The 'royal disease' mutation in a Spanish patient. *J Thromb Haemost*. 2010 Oct;8(10):2316-7

Taula 1: Tipus d'hemofília segons el nivell de factor		
GRAVETAT	NIVELL DE FACTOR (% ACTIVITAT, IU/ML)	TIPUS DE SAGNAT
Severa	1% (< 0,01)	Esportani, predomini en músculs o articulacions
Moderada	1%-5% (0,01-0,05)	Ocasionalment espontani. Sever amb traumatisme i cirurgia
Lleu	5%-40% (0,05-0,40)	Greu amb traumatisme major o cirurgia

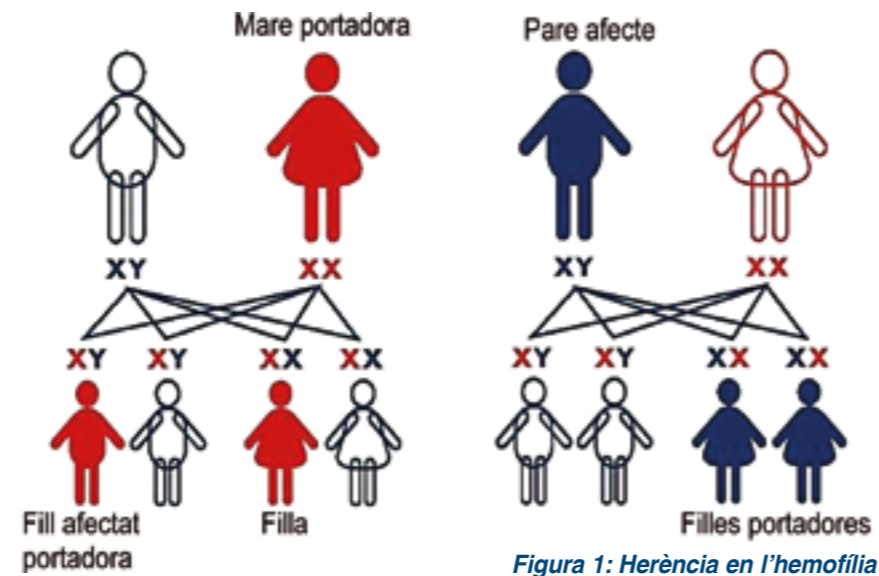



Figura 1: Herència en l'hemofília



Els moments de la vida canvien,
Mutual Mèdica canvia amb vostè

Com a metge, Mutual Mèdica li dona suport per al seu desenvolupament professional. La mutualitat dels metges mira per la seva previsió social: alternativa a autònoms, jubilació, invalidesa, orfenesa... i vostè es pot centrar només en la seva professió, la medicina.



MutualMèdica

la mutualitat dels metges